

gisch-heilpädagogisches Seminar / Pädagogisches Oberseminar / Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters / Anatomie / Schulhygiene / Spezielle Didaktik und Methodik der Sonderschule / Organisation und Lehrplan der Sonderschule / Sprachgebreechen beim Sonderschulkind / Psychodiagnostisches Praktikum / Erfassung des Sonderschulkindes / Singen, Zeichnen und Basteln in der Sonderschule / Lehrübungen an der Sonderschule (Übungsschule). Während der akademischen Ferien absolvieren die Kandidaten ein *Praktikum* von mindestens vier Wochen in einer anerkannten Sonderschule. Lehrkräften, die bereits als Sonderschullehrer tätig waren, wird diese Tätigkeit als obligatorisches Praktikum angerechnet.

Zugelassen zum Studium werden Inhaberinnen und Inhaber eines kantonalen Lehrerpates. Das am Ende des Kurses zu erwerbende *Diplom* berechtigt zur Führung von Sonderklassen (Spezialklassen, Hilfsklassen, Förderklassen) für Kinder des Primarschulalters in privaten und öffentlichen Schulen.

Beginn und Dauer des Kurses: Die Vorlesungen beginnen am Montag, den 23. April 1963. Das Sommersemester dauert bis Freitag, den 5. Juli 1963. Das Wintersemester beginnt Mitte Oktober 1963 und endet Anfang März 1964. Die Diplomprüfungen finden Anfang März 1964 statt.

Auskünfte und Anmeldungen an das Heilpädagogische Institut der Universität Freiburg, Place du Collège 21, Freiburg i. Ue. Tel. (037) 2 91 21.

Wir haben für Sie gelesen - Nous avons lu pour vous

Allgemeine Hygiene - Hygiène générale

Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit in Wohnungen. *S. W. Schüle* und *H. Lutz*. Gesundheitsingenieur 83, 217-224 (1962).

Einleitend besprechen die Autoren die Faktoren, welche die Temperatur und die relative Feuchtigkeit in einem geheizten Raum bestimmen. In beiden Fällen spielt der normale Luftwechsel zwischen Raum und Außenwelt eine ausschlaggebende Rolle. Die Autoren haben über längere Perioden im Winter in 120 Wohnräumen, in 100 Schlafräumen sowie in 18 Küchen die Temperaturen und die relativen Feuchtigkeiten registriert. Die untersuchten Räume gehörten der Kategorie des sogenannten sozialen Wohnungsbaues an. Die Autoren fanden folgende, häufigste Temperaturwerte:

- a) bei Einzelofenheizung (Eisenöfen): 23° C
- b) bei Kachelofen-Mehrraum-Warmfluftheizung: 21° C
- c) bei Stockwerks-Warmwasserheizung: 19,2° C.

Die Streuung ist erheblich größer bei den Einzelöfen und bei der Warmfluftheizung als bei der Stockwerksheizung. Die relative Feuchtigkeit zeigte geringere Unterschiede zwischen den drei Heizungssystemen: Die häufigsten Werte lagen bei 40% bei der Stockwerksheizung und 50% bei den beiden andern Heizungen. Werte unter 40% relativer Feuchtigkeit wurden in 40% bei a), in 20% bei b), und bei c) in 10% der Fälle registriert. Dabei schwankte die relative Feuchtigkeit der Außenluft zwischen 45 und 100%. Hohe relative Feuchtigkeiten wurden bei Einzelofenheizungen in schlecht gepflegten Wohnungen mit Kleinkindern gefunden (über 70%). Spitzen bis 90% relativer Feuchtigkeit wurden in nur kurzzeitig beheizten Räumen (zum Beispiel Schlafzimmer) beobachtet. Bei den Küchen haben die Autoren aus den Feuchtigkeitsverhältnissen Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der eingerichteten Lüftungsanlagen gezogen. Es zeigte sich, daß im Winter Küchen mit Fenster- und Schachtlüftung erheblich höhere Lüftungsleistungen (50-60 m³/h) aufwiesen als Küchen, die nur Fenster- oder Fenster- und Ventilatorlüftung (30-40 m³/h) hatten.

E. Grandjean

Comité d'experts de l'Habitat dans ses rapports avec la santé publique: premier rapport.
Organisation mondiale de la Santé: Série de rapports techniques, N° 225, 1961 (62 pages).
Prix: Fr. s. 2,—.

L'OMS a convoqué dernièrement une réunion d'experts mondiaux qu'elle a priés d'examiner, du point de vue de la santé publique, l'amélioration du logement et le développement urbain et rural. Le logement pose des problèmes complexes et fait intervenir de nombreuses disciplines. Aussi le rapport du Comité d'experts est-il de nature à intéresser non seulement les administrateurs de la santé publique et les ingénieurs sanitaires, mais encore les urbanistes, les architectes, les ingénieurs civils, les sociologues et de nombreux autres spécialistes dont le concours est nécessaire à l'amélioration des conditions de vie.

Après une brève introduction générale, qui aborde notamment la question des normes d'habitat, les rapports entre le logement et la santé ainsi que la situation de l'habitat dans le monde, le rapport expose les critères fondamentaux de la salubrité de l'habitat en tenant compte des facteurs suivants: conditions auxquelles doit répondre le plan des unités d'habitation; approvisionnement en eau et évacuation des eaux usées et des déchets liquides et solides; équipement ménager; besoins physiologiques, conditionnés notamment par des facteurs tels que la température, l'humidité, l'aération et l'éclairage; protection contre l'incendie et d'autres dangers; planification à l'échelon de la ville, du village et de la région.

Au cours des années, la pénurie de logements dans les villes a parfois amené à négliger les campagnes, au point que même les mauvaises conditions de l'habitat rural sont sans doute l'une des causes de l'exode vers les villes, où les logements surpeuplés des bas quartiers sont tout de même supérieurs aux habitations très défectueuses des campagnes. Le rapport évoque les problèmes particuliers à l'habitat rural et suggère quelques solutions. Un autre problème social dont traite le document est celui du logement des personnes âgées et des personnes physiquement diminuées; le rapport expose, en particulier, les services et les ressources qu'il faut prévoir pour satisfaire les besoins physiologiques et psychologiques de cette catégorie de personnes.

Le rapport examine ensuite les devoirs qui incombent aux services de santé publique en matière d'hygiène et de sécurité de l'habitat et leur rôle légal dans la protection du milieu résidentiel. Il souligne tout ce que peut faire le personnel sanitaire pour le développement communautaire et traite de la formation de ce personnel et d'autres catégories de travailleurs techniques.

Enfin, le rapport énumère quelques-uns des secteurs dans lesquels des recherches seraient nécessaires et formule quelques suggestions.

Zum Stand der Berufstätigkeit der Frauen in der Welt und insbesondere der DDR. Von J. Adam, K. Renker und U. Renker, *Santé publique (Bukarest) 3*, 321–331 (1960).

In Ostdeutschland ist seit 1949 die «Gleichberechtigung der Frau als Bürgerin und Schaffende» in der Verfassung verankert. Die Frau hat das «Recht» und die Aufgabe, auch als Mutter noch berufstätig zu sein. Gemäß dem «Befehl 253 vom 17. August 1946» hat sie dabei das Recht auf den Männern entsprechende Entlohnung für die gleiche Tätigkeit.

Von diesem die Frauenarbeit als wünschbar erachteten Standpunkt aus wird der Beschäftigungsgrad der Frauen in Ostdeutschland mit demjenigen in anderen Ländern verglichen. Zwischen 15 und 25 Jahren erreicht er in fast allen Ländern ein Maximum, das in Ostdeutschland um etwa 70% liegt, in den meisten westeuropäischen Ländern, wie auch in der Schweiz, um 65%, in Kanada und Belgien um 45%. Von Interesse ist, daß der Beschäftigungsgrad der Frau in den «kapitalistischen Ländern» mit 20–30 Jahren stark absinkt (Heirat, Haushalt), um bei den 30- bis 40jährigen wieder etwas anzusteigen. In den kommunistischen Ländern wird dieser mit der Eröffnung eines eigenen Haushalts verbundene Abfall durch die Einrichtung von Kinderkrippen zu verhindern gesucht. Um eine Doppelbelastung durch Haushalt und Frauenarbeit zu vermeiden, fordern die Ver-

fasser Wohnungseinrichtungen, deren Pflege ein Minimum an Arbeit ergibt: die Leitungen sollen unter Putz gebaut werden, damit sie als Staubfänger wegfallen; neue Häuser sollten nicht mehr mit Ofenheizungen ausgerüstet werden, elektrische Haushaltapparate sollten weniger komfortabel und damit billiger hergestellt werden, damit ihre Anschaffung nicht zu kostspielig ist.

Daneben werden verschiedene andere mit der Frauenarbeit in Zusammenhangstehende Probleme berührt: die Frage der Mitarbeit der Frau im eigenen Familienbetrieb, wie sie in der Bundesrepublik häufig sei, und die eine Ausnutzung der Frau als «unbezahlte Kraft» bedeute. Die Frage des Einsatzes der Frau an für sie geeigneten Arbeitsplätzen, diejenige der nützlichsten Feriengestaltung usw.

«Weitgehende Berufstätigkeit der Frauen ist für die Volkswirtschaft günstig und kann zugleich ein Zeichen der tatsächlichen Befreiung der Frau sein.» Es ist das Anliegen der Autoren, zur Erreichung dieses Zieles beizutragen und zugleich auf die Gefahren einer Überbeanspruchung der Frau hinzuweisen.

Th. Abelin, Zürich

Zur pränatalen Fluorprophylaxe der Zahnkaries. Von *H.-J. Hartenstein*. Internat. J. prophylakt. Med. u. Sozialhyg. 4, 40–44 (1960).

Mit dem Vorrücken der Zivilisation und dem damit parallel gehenden zunehmenden Verzehr verfeinerter, industrialisierter Nahrung ist die Zahnfäule zur weitestverbreiteten Krankheit der Welt geworden. Im Spurenelement Fluor steht ein Mittel zur Verfügung, das – richtig dosiert – ohne Nebenwirkungen imstande ist, das Auftreten von Zahnkaries weitgehend zu verhüten, und zwar in besonders hohem Maße dann, wenn man mit der Fluorprophylaxe bereits im dritten Monat der Schwangerschaft – mit dem Beginn der Mineralisation der Zahnkeime – anfängt. Die Plazenta scheint dabei nicht nur Durchgangs-, sondern auch Schutzorgan vor einer Fluorüberdosierung zu sein. Als weiterer Überdosierungs-Sicherheitsfaktor dient die Verabreichung des Fluorids zusammen mit Kalziumsalzen, die im Bedarfsfall eine Art resorptiver Bremswirkung ausüben. Der für die Kariesprophylaxe optimale Tagesbedarf an Fluor beträgt, zumindest während der Zahnbildungsperiode, 1,3–1,5 mg. Davon werden durch Nahrung und Trinkwasser aber nur etwa 0,5 mg gedeckt. Das bedeutet die Empfehlung einer zusätzlichen täglichen Gabe von 1 mg Fluor bis mindestens zum zwölften Lebensjahr, sei es durch Genuß fluorierten Trinkwassers oder durch regelmäßige Einnahme fluorhaltiger Tabletten. Dabei dürfen natürlich die bewährten kariesprophylaktischen Maßnahmen nicht vernachlässigt werden, wie vor allem eine mineralsalz- und vitaminreiche, im übrigen aber gemischte und möglichst ursprüngliche Ernährung. Durch Deckung des genannten Fluortagesbedarfs gelingt es, bei frühzeitigem Prophylaxebeginn die Karies bis um 78% zu vermindern. Zahlreiche Untersuchungen in den USA (wo etwa 54 Millionen Personen fluoriertes Trinkwasser erhalten) und in der Schweiz (Fluortablettenaktion in mehr als 1000 Gemeinden) bestätigen den prophylaktischen Wert der Fluorverabreichung in eindeutiger Weise.

(Zusammenfassung des Autors, leicht modifiziert.)

Ab.

Vergleichende Untersuchungen über die Ernährung in verschiedenen Gebieten der Schweiz. II Erhebungen in Altnau (Thurgau). Von *D. Gsell* und *B. Streuli*. Mitteil. Lebensmitteluntersuchungen und Hygiene 55, 125–148 (1962).

Im Frühjahr 1961 wurden Ernährungserhebungen in 50 Haushaltungen mit 269 Personen in einem Bauerndorf (Altnau) am Bodensee durchgeführt. Etwas später erfolgten im gleichen Dorf medizinische Untersuchungen an 147 Schulkindern. Die Haushaltungen umfaßten 23 aus Bauernbetrieben, 10 aus dem Gewerbe und 17 aus Beamtenkreisen. In den landwirtschaftlichen Betrieben waren 4 Mahlzeiten üblich: Frühstück (Café complet oder Kaffee mit Rösti), Mittagessen mit Suppe (94%), Fleischgericht (74%) und Mehlspeisen (19%); um 17 Uhr Kaffee mit Resten vom Mittagessen oder Café complet;

um 20 Uhr Nachtessen mit Wurst, Brot und Most oder Café complet. In einer Tabelle geben die Autoren den durchschnittlichen Lebensmittelverbrauch pro Person pro Tag (= g/P/Tag) an. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

1. Beim Brot wurde 220,7 g/P/Tag verzehrt, wobei 6mal mehr Ruchbrot oder Halbweißbrot gegessen wurde als Weißbrot. Die Bauernfamilien aßen mehr Brot (246,6) als die andern (187).

2. Die Bauernfamilien verzehrten 168,6 g/P/Tag Kartoffeln gegen bloß 126,9 in den andern Familien, die dafür erheblich mehr Gemüse und Früchte konsumierten.

3. Der Milchkonsum betrug bei den Bauern 756,7 g/P/Tag und bei den übrigen Familien 548,8 g/P/Tag.

4. Beim Fleisch betrug der Konsum 103,2 g/P/Tag, wobei Wurstwaren an erster Stelle und Schweinefleisch an zweiter Stelle steht.

5. Käse (18,9), Butter (23,6) und Fette und Öle (23,0) waren die wichtigsten Fettquellen, die 40% der Kalorien ausmachten!

6. Von Suppen- und Saucenpräparaten wurden bei den Bauern 3,6 g/P/Tag und bei den übrigen 2,4 g/P/Tag konsumiert; bei den Bouillonwürfeln lauten die entsprechenden Zahlen 2,0 und 2,4 g/P/Tag. Die täglichen Kalorienaufnahmen betragen 2772 bei den Bauern und 2342 in den nichtlandwirtschaftlichen Betrieben. Die Eiweiße machten bloß 13% der Kalorien aus. Von den Schutzstoffen wurden durchschnittlich täglich folgende Mengen eingenommen: a) Eisen: 12,4 mg, b) Calcium: 1147 mg, c) Niacin: 12,7 mg, d) Vitamin C: 90,8 mg.

Personen, deren Bedarf an Schutzstoffen zu weniger als 80% gedeckt wurde, sind verhältnismäßig häufig beim Calcium (13%), bei Niacin (8%) und beim Vitamin C (12%) beobachtet worden.

Die medizinischen Untersuchungen an den 147 Schulkindern ergaben folgende Resultate: 4% waren untergewichtig und 12% übergewichtig. Symptome, die auf mangelnde Schutzstoffzufuhr zurückgeführt werden können, wurden nur an vereinzelt Fällen beobachtet, wobei die Zahl der Kinder mit diesen Symptomen in den Gruppen mit ungenügender Bedarfsdeckung meistens nicht größer, gelegentlich sogar niedriger war als in der Gruppe mit guter Bedarfsdeckung. Es ist somit sehr fraglich, ob die gefundenen Symptome wirklich durch die Ernährung verursacht werden. Von den 147 Kindern wiesen 50 (34%) ungenügende Hämoglobinwerte auf. Bei allen Haushaltungen ist in 45% der Fälle die Eisenaufnahme suboptimal, das heißt 99 bis 80% des Bedarfes. Die Autoren glauben, daß die Anämien auf diese ungenügende Eisenzufuhr zurückzuführen sei. Leider fehlt hier eine gesonderte Aufstellung der Anämien für Haushaltungen mit suboptimaler Eisenzufuhr. Die übrigen medizinischen Erhebungen über die Krankheitshäufigkeit und die Todesursachen in der Gemeinde Altnau lassen keine besonderen Befunde erkennen.

E. Grandjean

Epidemiologie - Epidémiologie

Studies on the Extension of Rheumatism among the Staff of Wroclaw Plants. Von *J. Winklerowa*. *Medycyna Pracy* 12, 379-390 (1961).

Der Autor führte bei der Belegschaft einer Fabrik der Schwerindustrie und einer Kunstfaserfabrik eine Umfrage durch.

Er gelangte zu folgenden Schlüssen:

1. Rheumatische Krankheiten kommen bei der Mehrheit der arbeitenden Bevölkerung vor;
2. Der Anteil an rheumatischen Erkrankungen wächst mit zunehmendem Alter der untersuchten Personen;
3. Es wurde eine Beziehung zwischen der Häufigkeit des Rheumatismus und der Dauer der Arbeit festgestellt. Diese Abhängigkeit war besonders deutlich bei männlichen Arbeitern in der Schwerindustrie und bei in der Textilindustrie arbeitenden Frauen.

4. Es wurde eine deutliche Beziehung zwischen einigen vorausgegangenen Krankheiten und Rheumatismus festgestellt.
5. Rheumatismus ist häufiger bei Leuten aus Familien, die bereits durch diese Krankheit belastet sind.
6. Psychische Schocks (Kriegserlebnisse) und schwere Lebens- und Arbeitsbedingungen fördern die Entstehung des Rheumatismus.
(In polnischer Sprache. Hier Übersetzung der englischen Zusammenfassung.) Ab.

Coronary Heart Disease in London Busmen. A Progress Report with Particular Reference to Physique. Von *J. A. Heady, J. N. Morris, A. Kagan* und *P. A. B. Raffle*. *Brit. J. prev. soc. Med.* 15, 143–153 (1961).

Die Untersuchungen von Morris und Mitarbeitern bei Angestellten der Londoner-Verkehrsbetriebe, die zeigten, daß die Chauffeure bedeutend häufiger an koronarer Herzkrankheit erkranken als die Kondukteure, sind zu einem klassischen Werk in der epidemiologischen Betrachtung der Koronarsklerose geworden und werden immer wieder zitiert. Hier vervollständigen und erweitern die Autoren ihre Angaben.

In den zehn Jahren 1949–1958 starben im Verhältnis dreimal mehr Chauffeure an Herzschlag («sudden death») als Schaffner. Bei den über 50jährigen war der Unterschied weniger deutlich. Angina Pectoris kam aber vor allem im Alter bei den Kondukteuren häufiger vor als bei den Chauffeuren.

Um Kenntnis über den Körperbau der Angestellten zu erhalten, bedienten sich die Autoren der leicht zugänglichen Angaben über die Uniformgrößen. Kontrolluntersuchungen zeigten, daß dieses Vorgehen zulässig war. Die Chauffeure erwiesen sich dabei als korpulenter als die Schaffner. Da aber die Brustweiten, die Körperlänge und das Gewicht bei Koronarkranken und gleichalten Gesunden gleich waren, und da die Kondukteure seltener an Herzschlag starben als Chauffeure mit gleichem Körperbau, kann dieser Unterschied des Körperbaus nicht die Ursache der verschiedenen Krankheitshäufigkeit sein. Der einzige signifikante Unterschied im Körperbau zwischen den überlebenden Koronarkranken und den Kontrollen bestand in einer größeren Hautfaltendicke bei den Kranken.

Diese neuen Resultate bekräftigen die Annahme, daß nicht der Körperbau für die unterschiedliche Anfalligkeit für koronare Herzkrankheiten verantwortlich ist, sondern der Unterschied in der körperlichen Betätigung bei der Berufsausübung.

Th. Abelin, Zürich

Variöle. *Chronique OMS*, 1962, 16, 57.

A part quelques très petites épidémies survenues à la suite de cas importés, la variöle a disparu, durant la première moitié de ce siècle, de l'Europe, de l'Amérique du Nord, de Costa Rica et du Salvador. Elle s'est faite très rare dans certains pays africains et asiatiques, dont Israël, Madagascar et l'Ile Maurice. On a également remarqué une régression en Argentine, au Chili, au Guatémala, au Mexique, en Uruguay et au Venezuela, de même qu'à Ceylan, au Japon et aux Philippines. La variöle n'a jamais été endémique en Australie.

Le nombre total des cas enregistrés dans le monde est tombé de 490 000 en 1951 à moins de 60 000 en 1960, mais la situation est moins favorable que les chiffres ne le laissent supposer. Lorsque la mortalité est faible, le diagnostic de la variöle prête aisément à confusion avec celui de la paravariöle, ou même avec celui de la varicelle. Les cas enregistrés en Inde et au Pakistan atteignent parfois 90% des totaux annuels, et, dans ces pays, 1951 représente une année épidémique (168 000 décès en Inde et 32 800 au Pakistan); il en a été de même en Indonésie (18 500 décès). La variöle continue de sévir à l'état endémique dans d'immenses régions de l'Afrique, de l'Asie et des Amériques où elle constitue un grave

problème. Chaque année, on y observe des cas, des décès et même de fortes épidémies dont l'enregistrement laisse parfois à désirer. En 1960, le nombre des cas connus dans le monde s'élevait à 59 500, chiffre inférieur à celui de toute autre année précédente (78 000 en 1959). Il faut attribuer ce déclin à une baisse de la fréquence de la maladie en Inde et au Pakistan. L'année 1961 paraît également devoir être une année de fréquence relativement faible.

En dépit des cas de variole survenus au cours de ces dernières années dans plusieurs villes voisines d'importants ports et aéroports, les transports ont perdu beaucoup de leur importance dans la transmission de la maladie. Entre janvier 1960 et mars 1961, sept navires débarquèrent des passagers infectés dans de grands ports sans dommages pour le pays de destination. La brève durée des voyages peut toutefois permettre à un voyageur, infecté juste avant son départ, d'arriver à destination avant l'apparition des premiers symptômes et d'y contaminer son entourage. C'est ainsi que la variole a été exportée de l'Inde en cinq occasions au cours de 1960 et 1961, provoquant des épidémies localisées à Moscou en 1960 et à Madrid et Ansbach (République fédérale d'Allemagne) en 1961.

Luftverunreinigung - Pollution de l'air

A study of air pollution carcinogenesis. Wynder E. L. and Hammond E. C. *Cancer* 15, 79-92, 1962.

Die Autoren analysieren die gegenwärtigen Kenntnisse zur Frage der Erhöhung des Risikos für Lungenkrebs durch Luftverunreinigung. Im allgemeinen kommt der Lungenkrebs in Städten rund zweimal häufiger vor als auf dem Lande. Die Erhöhung der Anfälligkeit scheint vor allem die Raucher zu treffen. Allerdings sind die Kenntnisse hierüber noch lückenhaft, weil die Nichtraucher nur sehr selten Lungenkrebs aufweisen. Die Erhöhung des Lungenkrebses in der Stadt könnte nach den Autoren teilweise auch auf die besseren Diagnosen, auf die Dislokation von Krebskranken in die Stadt, auf den erhöhten Tabakkonsum der Stadtbewohner und auf andere berufliche Tätigkeiten zurückgeführt werden. Es wird vor allem kritisiert, daß in den bisherigen Untersuchungen die industriellen Expositionen zu wenig Beachtung gefunden haben. Die Autoren fordern, daß der Begriff des «urban factor» besser untersucht und definiert werde und daß die möglichen Wirkungen von Luftverunreinigungen am Arbeitsplatz von den allgemeinen Verunreinigungen der Stadtluft getrennt untersucht werden.

E. Grandjean, Zürich

The contribution of engine exhausts to air pollution. Miura T., Kimura K., Akutsu A., Tada O. and Sato T. *J. Sci. Labour* (Tokyo) 37, 577-582, 1961.

Um den Anteil der Auspuffgase von Kraftfahrzeugen an der Verunreinigung der Stadtluft zu beurteilen, bestimmten die Autoren an einer stark belasteten Straßenkreuzung in Tokio die Verkehrsdichte und die wichtigsten Stoffe der Auspuffgase in der Luft. Sie fanden folgende Durchschnittswerte:

CO = 3 bis 10 ppm; SO² = 0,8 bis 4,9 pphm (Teiles pro Hundertmillion Luftteile); Formaldehyde = 0,7 bis 1,7 pphm; NO² = 0,7 bis 4,1 pphm.

Die Autoren fanden jedoch keine statistisch hoch signifikante Korrelation zwischen der Verkehrsdichte und den Luftverunreinigungen.

E. Grandjean, Zürich

The Nashville air pollution study. 1. Sulfur dioxide and bronchial asthma. A preliminary report. Von Zeidberg L. D., Prindle R. A. & Landau E. *Amer. Rev. respiratory dis.* 84, 489-503, 1961. ref. in *Bull. Hyg. (London)* 37, 449, 1962.

Die Autoren notierten in Nashville (USA) fortlaufend während eines Jahres die Asthmanfälle von insgesamt 84 Patienten. Der Vergleich der Orte, wo die Anfälle aufgetreten