

diagnostischen und therapeutischen Verwendung der Aerosole in der Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Verneblung durch Treibgas.

Der Kongreß wird veranstaltet unter Mitwirkung der Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung, München. Wissenschaftliche Programmgestaltung: Dr. H. Nüchel, Bad Lippspringe (Westf.), Arminiuspark 3a, Kongreßbüro.

Referate - Rapports

III. Internationales Kolloquium über Medizinische Psychologie, Lausanne 1960

Veranstalter des 3. Internationalen Kolloquiums über Medizinische Psychologie, Lausanne 1960, war die Société de Psychologie médicale de langue française. Die lokale Organisation war von Prof. Schneider, Direktor der psychiatrischen Universitätspoliklinik, Lausanne, und von Dr. Villa, Chef de Clinique daselbst, übernommen worden.

In den Referaten und Fachgesprächen sind die beiden Themen behandelt worden:

1. Psychologische Reaktionen auf den Zustand des Krankseins (Réactions psychologiques à l'état de maladie) und
2. Der Unterricht der Medizinischen Psychologie (L'enseignement de la psychologie médicale).

Das Einführungsreferat zum *ersten Thema* hielt Prof. Schneider: Die Angst vor der Krankheit (L'angoisse devant l'état de maladie). Der Referent unterschied zunächst zwischen « peur » (Furcht vor etwas Bestimmtem) und « angoisse » (Angst vor etwas Unbestimmtem). Vielen Theorien über die Entstehung von Angstzuständen sei gemeinsam, daß sie mit dem grundlegenden Begriff einer vitalen Bedrohung arbeiten, einem meist in der Kindheit erfahrenen Schreckenserlebnis, nach dem sich das Schema der später auftretenden Angstzustände bildet. Der Zusammenhang zwischen dem ursprünglichen Angsterlebnis und dem gegenwärtigen schmerzlichen Erlebnis werde dem Individuum aber nicht bewußt.

Neben einer « normalen » Angst sei auch eine pathologische Angst anzunehmen. Daß die pathologische Angst auch durch organische Krankheiten verursacht sein kann, zeigen klinische Beispiele aus der Neurochirurgie, den Drüsenkrankheiten usw. Auch Medikamente können, insbesondere bei psychologischer Prädisposition, Angsteffekte erzeugen. Die Arbeiten etwa der Schule von R. R. Grinker scheinen zu zeigen, daß beim Studium der physiopathologischen Mechanismen an der Basis der Angst auch psychologische Faktoren mitzubehütenden sind.

Nicht nur mit Hilfe von Medikamenten läßt sich heute die Angst angehen, die Aktion des Arztes selbst kann ebenfalls die Angst bekämpfen helfen, wenn auch nicht in allen Fällen. Die Frage wird aufgeworfen, ob das Auftreten von Angstreaktionen nicht durch die psychologischen Begleiterscheinungen des Krankheitszustandes begünstigt wird, und wird bejaht, gestützt auf klinische Argumente.

Eine zweite Frage wird aufgeworfen: Sind die Angstreaktionen häufig bei physischen Erkrankungen anzutreffen? Vereinzelt Beobachtungen scheinen darauf schließen zu lassen, daß die manifeste Angst nicht die ursprüngliche (primordiale) psychische Manifestation des kranken Menschen ist. Die Person des Kranken mobilisiert Mechanismen zur Abwehr gegen ein bewußtes Erleben schmerzlicher Angstzustände, es werden Haltungen und Verhaltensweisen angenommen, wie infantile Regression, Egozentrismus, Aggressivität, die Haltung des « schwierigen » Kranken, Überaktivität, Alkoholismus, Toxikomanie, Sublimation, affektive Isolierung, religiöse und philosophische Spekulationen, die Krankheit wird nicht zur Kenntnis genommen, euphorische und zwanghafte Reaktionen, Selbstvernichtungstendenzen.

Solche Verhaltensweisen muß der Arzt erkennen und richtig deuten. In gewissen Fällen wird er sie sogar unterstützen müssen. Abschließend zeigt der Referent, daß der Mensch bis zu einem gewissen Grade gefahrlos Angstzustände (anxiété) im Bereiche des Normalen ertragen kann, so daß sich als Aufgabe des Arztes zeigt: 1. das Auftreten krankhafter (morbides) Angstreaktionen zu verhindern oder 2. diese zu behandeln.

In den folgenden Referaten zum ersten Thema kamen zum Teil recht verschiedene Gegenstände, medizinische Standorte und therapeutische Methoden zur Behandlung. Der Verzicht auf eine verbindliche nähere Definition des Begriffes der Medizinischen Psychologie machte dies möglich. Als der gemeinsame Nenner kann vielleicht die allgemeine Annahme des Prinzipes einer psychosomatischen Wechselwirkung gelten, in einzelnen Fällen auch die Vorstellung einer Beeinflussung der Krankheit bzw. des Kranken durch die Person des behandelnden Arztes oder durch das soziale, menschliche Milieu des hospitalisierten oder ambulant behandelten Patienten.

Beim Versuch, die einzelnen in den Referaten zum Ausdruck kommenden Standorte innerhalb der Medizinischen Psychologie zu charakterisieren, um eine gewisse Übersicht über die Vielfalt des dargebotenen Gedankengutes zu gewinnen, kommt der Berichterstatter etwa zu einer Dreipolarität:

1. Dem *pharmakologischen Pol* zuzuordnen wären Referate wie:
«Behandlung der Angst durch ein neues Produkt» (van Herck, Antwerpen);
«Isolierte psychologische Funktionen und allgemeine therapeutische Situation: Beurteilung der Wirkungsweise eines neuroleptischen Präparates» (Von Brauchitsch und Bukowczyk, Zürich);
«Klinische Untersuchung einer neuen anxiolytischen Substanz: das Methaminodiasepoxid» (Smits, Antwerpen);
«Versuch einer anxiolytischen Medikation» (Vincendeau, Bordeaux).

2. Auf einem *psychologischen Pol* finden wir Vertreter wie etwa:
Boven, Lausanne (Die individuellen psychologischen Reaktionen auf den Zustand des Krankseins, vom charakterologischen Standpunkt aus betrachtet);
Lopez-Ibor, Madrid (Die normale und die anomale Angst vor der Krankheit);
Canziani, Palermo (Psychologische Reaktionen der Kinder auf chirurgische Interventionen und insbesondere auf die Tonsillektomie);
Dalla Volta, Genua (Motivationale Aspekte der emotiven Reaktionen auf den Krankheitszustand beim Kleinkind);
Pichot, Paris (Psychologische Charakteristika der hospitalisierten Kranken mit einer chronischen medizinischen Affektion);
Guyotat und Guillaumin, Lyon (Psychologische Enquête in einer tramatologischen Abteilung);
Majorana, Catania (Die psychologische Methodologie in der gegenwärtigen Phase der psychiatrischen Forschung);
Lob, Lausanne (Probleme, die sich aus der Angstreaktion von Silikose-Kranken ergeben).

3. Als dritter Pol wären der *soziologische und beziehungspsychologische* zu erwähnen.
Die Beziehung des Arztes zu seinem Patienten steht im Mittelpunkt der Betrachtungen des Referates von Abraham, Monthey: «Die Haltung des Therapeuten als einer der die Reaktion auf die Krankheit bestimmenden Faktoren».

Mit dem Zusammenleben der Kranken untereinander in einem Tuberkulose-Pavillon befaßt sich das Referat von Fréour, Serise, Coudray, Bourricau und Amart, Bordeaux: «Strukturelle Studien von Gruppen von Tuberkulose-Kranken im Sanatorium». Die dabei verwendete Untersuchungsmethode war die teilnehmende Beobachtung (observation participante); der Beobachter nimmt aktiv am Gruppenleben teil.

Da als Thema für das 4. Internationale Kolloquium über Medizinische Psychologie psychologisch-soziologische Probleme vorgesehen sind und Ort der Zusammenkunft Bordeaux sein wird, wird dieser Pol wohl noch vermehrt in nächster Zeit zu Worte kommen.

Thema II: Der Unterricht der Medizinischen Psychologie

Mit seinem Referat über die Medizinische Psychologie als Lehrfach leitete Dr. Davost, Generalsekretär der veranstaltenden Gesellschaft, das zweite Thema aufschlußreich und übersichtlich ein. Er behandelte die drei Fragen:

1. Der Unterricht der Psychologie für Medizinstudenten.
2. Der Unterricht der Psychologie für Ärzte.

3. Der Unterricht der Psychologie für medizinische Hilfskräfte (Krankenschwestern, Sozialarbeiter usw.)

Im Zuge der Reform des Medizinstudiums ist nun in Frankreich Psychologie als obligatorisches Lehrfach für alle Medizinstudenten vom ersten Jahr an und während des sechsten und siebenten Semesters eingeführt worden. Nicht zuletzt dank der jahrelangen Aufklärungsarbeit von Prof. Lamache, dem Präsidenten der Gesellschaft für Medizinische Psychologie.

Für die Organisation der Ausbildung der Ärzte empfahl der Referent, die vom Tavistock-Institut in ihrer Londoner Klinik durchgeführten Seminare, unter der Leitung von Dr. Balint, als Vorbild zu nehmen.

In einer psycho-sozio-somatischen Perspektive werde die psychologische Schulung des medizinischen Hilfspersonals aus einer bisher oft als nebensächlich betrachteten zu einer wesentlichen Aufgabe für den medizinischen Lehrkörper.

Die weiteren Referate zum Thema brachten zum Teil Vorschläge für das Programm und den Inhalt der Medizinischen Psychologie als Lehrfach, zum Teil konnte aber auch bereits von Erfahrungen mit bestimmten Methoden berichtet werden. Zum Beispiel: «Ein Plan für den medizinischen Unterricht der Psychologie» (De Pina, Porto); «Ausbildung und Qualifikation der medizinischen Psychologen im militärischen Milieu» (Hamon, Quero, Missenard, Paris); «Zur Ausbildung in Psychologie von Krankenpflegern und Sozialarbeitern» (Durand, Genf); «Der Medizinstudent und die Medizinische Psychologie» (Dechaume und Guyotat, Lyon); Grundsatzreferate waren etwa «Soll die Medizinische Psychologie eine weitere Technik werden?» (Finkel, Grenoble) oder «Berechtigung und Grenzen der Medizinischen Psychologie» (Porot, Algier).

Von der Entwicklung neuartiger Lehrmethoden berichtete Missenard, Paris, in seinem Referat «Bilanz eines Jahres Unterricht in Medizinischer Psychologie». Bei der Ausbildung junger Mediziner kurz nach dem Abschluß ihres Studiums für die ärztliche Betreuung von Piloten sind außer den üblichen Vorträgen noch weitere Lehrmethoden praktiziert worden, wie eingehende Analyse klinischer Beispiele mit psychotherapeutischer Behandlung, Gruppendiskussion und Psychodrama. Dargelegt wurde, welche Widerstände bei den jungen Ärzten dabei auftauchten und auf welche Weise diese schließlich überwunden werden konnten. Die neuen, intensiven Methoden lösen eine rein intellektuelle Vermittlung des Lehrstoffes und dessen rezeptive Aufnahme ab durch eine intensivere Erlebnisqualität und bessere Stoffverarbeitung, die ihrerseits gestaltend auf die Persönlichkeit des jungen Arztes wirken. Diese Tendenz im Unterricht scheint dem Berichterstatter darum bemerkenswert und vielleicht wegweisend, weil sie als Lehrziel setzt, daß der Arzt nicht bloß um Probleme der Medizinischen Psychologie weiß, sondern daß er Psychologie als Mediziner vermehrt lebt.

Den Abschluß des Kolloquiums bildete ein «Carrefour», eine Art Streitgespräch, in dem die einzelnen Teilnehmer an zwei abgewinkelten Tischen im Angesicht des Publikums in zwangloser Form zu einzelnen Fragen ihren Standpunkt vertraten.

Aus den im Kolloquium behandelten Fragen lassen sich in der Sicht einer vorbeugenden Medizin eine Reihe von Problemkreisen ableiten, mit denen sich die Forschung auseinanderzusetzen hätte, um der medizinischen Praxis Richtlinien an die Hand geben zu können.

Solche Fragen wären zum Beispiel:

- Studium der Bedingungen für das Entstehen eines primären normalen oder anomalen Angsterlebnisses (im Sinne Schneiders),
- Möglichkeiten der Verhinderung eines primären anomalen Angsterlebnisses in der Frühkindheit,
- Möglichkeiten, die Auswirkung eines primären anomalen Angsterlebnisses auf die Entstehung einer anomalen Angst vor der Krankheit zu verhindern,
- Erziehung des Gesunden zur Freiheit von anomaler Angst vor der Krankheit.

Die Abnahme der zwischenmenschlichen Beziehung Arzt-Patient als einen therapeutischen Faktor führt in vorbeugender Sicht zu der Fragestellung:

- Wie ist die Beziehung Arzt-Patient zu gestalten, damit sie die Behandlung oder Heilung nicht erschwert, sondern nach Möglichkeit erleichtert?

Aus der Annahme, daß das menschliche Milieu des - hospitalisierten oder ambulant behandelten - Kranken einen therapeutischen Faktor darstellt, läßt sich die Frage ableiten:

- Wie ist das menschliche Milieu des - hospitalisierten oder ambulant behandelten - Kranken zu gestalten, damit es die Behandlung oder Heilung nicht erschwert, sondern nach Möglichkeit erleichtert?

Dipl. Psych. *Edmond Breuer*, Genf, rue du Môle 32

Jahresbericht 1959, Gesellschaft für Gesundheitspflege, Basel

An der ordentlichen Generalversammlung vom 24. November 1959 unter dem Vorsitz von Herrn Dr. med. H. Birkhäuser wurden Jahresbericht und Jahresrechnung des Vorjahres gutgeheißen. Den aus ihren Ämtern scheidenden Vorstandsmitgliedern Frau Dr. Ch. Birkhäuser, Vizepräsidentin, Herrn Dr. E. Selz, Sekretär, und Herrn H. Grell, Kassier, wurde für ihre wertvollen Dienste der beste Dank ausgesprochen. An ihre Stelle traten die Herren Dr. H. Zuber, Vizepräsident, W. Kurmann, Kassier, und Dr. K. Boner, Sekretär.

Die Veranstaltungen des Berichtsjahres 1959 waren außerordentlich gut besucht und fanden bei Publikum und Presse rege Beachtung.

Am 26. Mai 1959 fand im St.-Alban-Saal ein Vortrag über «Unsere geplagten Füße» statt. Referent war Herr Dr. H. Fredenhagen, Spezialarzt FMH für Orthopädie. Er erläuterte u. a. die Fehlentwicklungen der Füße infolge mangelhafter natürlicher Beanspruchung und wies namentlich auf Fußleiden hin, die ihre Ursache im Tragen unzumutbaren Schuhwerkes haben. Anschließend trat der Referent näher auf die Möglichkeiten ein, solche Schäden zu vermeiden oder zu korrigieren. Der durch Lichtbilder ergänzte Vortrag war so gut besucht, daß er am 5. Juni 1959 wiederholt werden mußte. Auch die Wiederholung fand bei den wiederum zahlreich erschienenen Zuhörern gute Aufnahme.

Eine weitere Veranstaltung fand am 27. Oktober 1959 statt. Herr Ernst Jucker, Psychologe, referierte im St.-Alban-Saal über «Gerücht und Geschwätz, ihre Gefahren und ihre Lenkung». Das Bedürfnis, Gerüchte zu verbreiten, ist in erster Linie auf den Geltungstrieb des Menschen zurückzuführen. Es ist schwer zu entscheiden, wie lange ein Geschwätz harmloses Spiel bleibt und wo die Gefahr beginnt. Gerüchte gebären - wie der Referent anhand von Beispielen aus seiner langjährigen Praxis eindrücklich darlegte - unaufhaltsam Neues. Der Referent beschäftigte sich im weitern mit der Frage, wie Gerüchte unterbunden werden können. Die einzige Möglichkeit sieht er darin, von den in Frage stehenden Personen zu verlangen, zu den von ihnen verbreiteten Gerüchten zu stehen und ihre Äußerungen nötigenfalls zu bezeugen. Abschließend wies der Referent noch darauf hin, daß Gerüchte andererseits auch bewußt in positivem Sinne eingesetzt werden können, zum Beispiel zur Bekämpfung einer Panikstimmung.

Die Kassarechnung pro 1959 ergab bei Fr. 1751.35 Einnahmen und Fr. 1681.05 Ausgaben einen Einnahmen-Überschuß von Fr. 70.30. Um den gleichen Betrag ist auch das Vermögen von Fr. 3047.75 am 31. Dezember 1958 auf Fr. 3118.05 per 31. Dezember 1959 angestiegen. Die Rechnung wurde von Herrn Ed. Eckstein revidiert und in Ordnung befunden.

Dr. K. Boner, Sekretär

Aus dem SAEB-Tätigkeitsbericht 1959

Die *Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft (SAEB)* umfaßt 83 Amtsstellen und staatliche Anstalten, Fürsorge- und Selbsthilfswerke, Regionalstellen und Eingliederungsstätten, Institutionen für Erziehung und Ausbildung, Berufsverbände und andere an der Eingliederung interessierte Organisationen. Der Tätigkeitsbericht über das Jahr 1959, erstattet vom Präsidenten, alt Bundesrat *Dr. W. Stampfli*, und dem Sekretär, *Dr. F. Nüscherer*, stimmt den tragenden Prin-

zipien der nun eingeführten eidgenössischen *Invalidenversicherung* zu, namentlich der Gleichberechtigung von körperlich und geistig Behinderten sowie dem Vorrang der Eingliederung ins Arbeitsleben vor der bloßen Rentenleistung. Dagegen wird die hie und da zutage tretende Tendenz zu einer allgemeinen *Verstaatlichung* der Eingliederungsbestrebungen abgelehnt.

Gemeinsam mit den vier Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe (Pro Infirmis, Vereinigung gegen die Tuberkulose, Askio, Verband der heilpädagogischen Seminarien) hat die SAEB zu Beginn des Berichtsjahres den eidg. Räten Anregungen zum IV-Gesetz unterbreitet. Die *Arbeitsgruppe für Ausbildung* führte Kurse für Mitarbeiter der IV-Regionalstellen und für einen weiteren Kreis von Berufsberatern und Fürsorgern durch. Die *Arbeitsgruppe für Invaliden-Dauerwerkstätten* bemüht sich, solche Institutionen, besonders neu zu errichtende, möglichst in den Dienst der normalen industriellen Produktion zu stellen. Die Kommission für das *Schutzzeichen*, das seriös tätigen wirtschaftlichen Unternehmungen mit sozialer Zweckbestimmung sowie Einzelbehinderten verliehen wird, wurde auch für die wirtschaftliche Beratung dieser Werke und Personen in Anspruch genommen. Die Arbeitsgruppe für Invalidensport bildete in einem Kurs in der Eidg. Turn- und Sportschule in Magglingen 30 neue *Invalidentsportleiter* aus und förderte die Gründung und den Betrieb der örtlichen Sportgruppen. Die vor einigen Jahren von der SAEB gegründete Eingliederungswerkstätte *Brunau-Stiftung*, in der junge Invalide im Lochkartenwesen ausgebildet werden, steht seit dem Herbst 1959 unter neuer Leitung und entwickelt sich in erfreulicher Weise.

SAEB

Dr. Robert Briner †

Die Schweiz. Vereinigung Pro Infirmis hat am 10. November 1960 ihren langjährigen Präsidenten, alt Regierungsrat Dr. iur. et Dr. phil. h. c. Robert Briner, geb. 1885, verloren.

Dr. Briners Leben stand im Dienste der Öffentlichkeit. Nach Abschluß seiner juristischen Studien bereitete er 1912–1919 als Sekretär der Vormundschaftsbehörde der Stadt Zürich vor allem die Einführung des ZGB vor. 1919 erfolgte seine Wahl zum Vorsteher des neugeschaffenen kantonalen Jugendamtes. 1935 berief ihn das Zürcher Volk in den Regierungsrat. In seine spätere Amtszeit als Erziehungsdirektor (1943–1951) fallen u. a. der Ausbau des Oberseminars, die Schaffung der Mittelschule Zürcher Oberland und von zwei Dutzend neuen Lehrstühlen an der Universität, ferner die Grundlagen zur Revision des Volksschulgesetzes.

Neben diesen beamteten Pflichten widmete Dr. Briner einen bedeutenden Teil seiner Zeit und Kraft sozialpolitischen Aufgaben, so u. a. als Präsident des Heilpädagogischen Seminars Zürich, der Schule für soziale Arbeit Zürich, der Schweiz. Nationalspende für unsere Soldaten, des Schweiz. Verbandes Volksdienst und der Schweiz. Vereinigung Pro Infirmis.

Pro Infirmis verdankt Dr. R. Briner außerordentlich viel. Er wurde schon 1925 als Vizepräsident in den Zentralvorstand der 1920 gegründeten Schweiz. Vereinigung für Anormale, der heutigen Pro Infirmis, berufen, deren Präsidium er 1932 übernahm und bis zu seinem Hinschied innehatte. Er hat ihr äußeres Wachsen und ihre innere Entwicklung während mehr als drei Jahrzehnten miterlebt, geleitet und getragen.

Weitblick und Gerechtigkeit, verbunden mit warmer Menschlichkeit und selbstloser Lauterkeit, kennzeichneten sein Präsidium. Pro Infirmis und die gesamte Gebrechlichenhilfe hat in Dr. R. Briner einen großen Freund und Helfer verloren.

PI

Die Eidgenössische Invalidenversicherung marschiert

In Frauenfeld tagte am 2. Juli die Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis zu ihrer alljährlich stattfindenden Delegiertenversammlung.

Herr Dir. Dr. Repond, Malévoz, sprach zum Thema «Psychische Hygiene bei Invalidität», während Herr Dir. Dr. Zolliker, Münsterlingen, über «Erste Erfahrungen mit der Invalidenversicherung» referierte.

Die Ausführungen des ersten Referenten machten den Teilnehmern erneut eindrücklich klar, wie wichtig das Eingebettetsein des Kindes in eine warme Atmosphäre ist. Nur in der Geborgenheit und Wärme kann es sich gesund entwickeln. Dies gilt in gleicher Weise für das gesunde wie das invalide Kind. Beim invaliden ist jedoch die Gefahr, schwierig oder abwegig zu werden besonders groß, weil es durch seine Auffälligkeit leicht dem Spott ausgesetzt ist. Es reagiert – die seelische Disposition vorausgesetzt – mit übergroßer Empfindlichkeit darauf, die es möglicherweise in die Neurose treibt. Es kann allen Eltern und Erziehern nicht warm und eindringlich genug empfohlen werden, die seelischen Bedürfnisse ihrer Kinder nicht weniger ernst zu nehmen als die körperlichen Belange.

Obwohl ein halbes Jahr noch keine große Zeitspanne darstellt und obwohl die 1000 Fälle, welche Herr Dr. Zolliker in seiner Eigenschaft als Mitglied der thurgauischen Invalidenversicherungskommission geprüft hat, weitgespannte Verallgemeinerungen nicht erlauben, stellten die Ausführungen des Referenten doch eine wertvolle Bestandesaufnahme dar. Diese erlaubt es, einen Überblick zu gewinnen über die Beteiligung der einzelnen Altersklassen, der Geschlechter und der verschiedenen Krankheitsgruppen bei den Versicherungsleistungen. Interessante Zusammenhänge und Feststellungen weiteten den Blick und ließen die Richtung erkennen, in welcher die Arbeit weiterzuschreiten hat. Unter vielen andern Beispielen mußte die Tatsache in Erstaunen setzen, daß die geistig-seelischen Leiden einen Drittel aller Gebrechen ausmachen. Erstmals in der Geschichte der schweizerischen gesetzlich verankerten Fürsorge werden die seelisch-geistig kranken Menschen den körperlich Leidenden gleichgestellt. Damit dürfte das Vorurteil, wonach es eine Schande ist, geistig krank zu sein, langsam aus dem Volksbewußtsein verschwinden. Wie aus den Ausführungen des Referenten hervorging, hat es sich bewährt, daß die Invalidenversicherungskommissionen aus neutralen Fachleuten zusammengesetzt sind. Diese sind am besten in der Lage, zu erkennen, wo und welche vorbeugenden Maßnahmen angezeigt sind, um schwere Folgeerscheinungen zu verhüten, welche Menschen in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden können und wer wegen Arbeitsunfähigkeit oder Teilarbeitsfähigkeit eine ganze oder halbe Rente erhalten muß. Niemand konnte sich des tiefen Eindrucks erwehren, daß in der Regionalstelle des Kantons Thurgau eine geradezu vorbildliche Arbeit geleistet worden ist. Durch diese wird es möglich sein, die negativen Seiten, welche einem solchen Versicherungswerk notwendig anhaften müssen, an ihrer Auswirkung zu verhindern und es zu einem Segen für Behinderte und Gesunde werden zu lassen. Pro Infirmis freut sich, am Ausbau dieser soliden Grundlage der öffentlichen Fürsorge weiterhin mitarbeiten zu dürfen und darauf die individuelle Hilfe aufzubauen, so daß dem Behinderten das zuteil wird, was ihn auf dem Weg zur innern und äußern Selbständigkeit am weitesten führt.

Dr. E. Brn.

Wir haben für Sie gelesen — Nous avons lu pour vous

Chronique OMS 14, 198–201 (1960)

Epidémiologie du cancer du poumon ¹

En novembre 1959, l'OMS a réuni un Groupe d'étude pour faire le point des connaissances sur l'étiologie du cancer du poumon et pour chercher les moyens de mieux comprendre les facteurs qui favorisent son apparition.

La morbidité et la mortalité par cancer du poumon n'ont cessé d'augmenter. Les statistiques officielles d'un grand nombre de pays le révèlent. Même si cette augmentation s'explique en partie par la plus grande attention portée à cette maladie et par l'amélioration de son diagnostic, elle n'en demeure pas moins réelle.

¹ Groupe d'étude OMS de l'épidémiologie du cancer du poumon (1960), *Rapport (Org. mond. Santé, Sér. Rapp. techn., No 192)*. Prix: Fr.s. 1.–, 1/9, \$0,30. Publié également en anglais et en espagnol.