

Die genannte Zentralstelle, die 1962 auf 60 Jahre ihres Bestehens zurückblicken durfte, entfaltet eine ausgedehnte Tätigkeit zur Eindämmung des Alkoholismus durch Filme, Kleinwandbilder für Schulen, Flugblätter, Zeitschriften, Auskunftserteilung, Broschüren, Vorträge, Eingaben an die Behörden usw. Sie verdient im Interesse der schweizerischen Volksgesundheit sicher alle Unterstützung.

### **Berufliche Eingliederung Behinderter**

Die Schweiz. Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter in die Volkswirtschaft, SAEB, umfaßt 83 staatliche und private Organisationen, die auf dem Gebiete der Eingliederung Behinderter tätig oder an diesen Bestrebungen interessiert sind.

Der 11. Tätigkeitsbericht über das Jahr 1962, erstattet vom neuen Präsidenten, Direktor *G. Moser* und dem Sekretär, Dr. *F. Nüscherer*, würdigt einleitend das Wirken des zurückgetretenen Präsidenten, a. Bundesrat Dr. *W. Stampfli*, der seit der Gründung der SAEB mit dabei war. Im Jahre 1952 wurde er zum Präsidenten gewählt und hat seither die Geschicke der SAEB vorbildlich geführt. Er setzte sich mit Nachdruck für die Schaffung der Invalidenversicherung ein, wobei er großen Wert darauf legte, daß die Eingliederungsmaßnahmen den Vorrang haben vor den bloßen Geldleistungen. Ein besonderes Anliegen war ihm auch, daß neben den staatlichen Organen unbedingt den privaten Institutionen mit ihren jahrelangen Erfahrungen bei der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen eine möglichst weitgehende Mitarbeit einzuräumen sei.

Im August 1962 führte die SAEB in Zusammenarbeit mit dem Schweiz. Verband für Berufsberatung den 10. Kurs für Berufsberatung Behinderter durch, der diesmal der *Berufsberatung Zerebralgelähmter* gewidmet war. Die SAEB wirkte maßgebend mit bei der Aufstellung der nun von den Architektenverbänden SIA und BSA als offizielle Bau-norm anerkannten *Richtlinien* für den *Bau von Invalidenwohnungen*. Der vom Sekretär betreute *Rechtsberatungsdienst* für Behinderte konnte vielen Invaliden nützliche Hilfe leisten. Die Schutzzeichen-Kommission bemühte sich um die Sanierung auf dem Gebiete von Produktion und Verkauf von Patienten- und Behindertenarbeiten. Das SAEB-Sekretariat erledigte wiederum die administrativen Arbeiten des Schweizerischen Verbandes für *Invalidensport*, SVIS, und der vielen einzelnen örtlichen Invalidensportgruppen. Auch im vergangenen Jahr wurde eine große Zahl gut gelungener Invalidensportkurse in Magglingen, Zurzach, Ragaz, Frutt usw. durchgeführt.

Im gleichen Heft befindet sich auch der Jahresbericht der *Eingliederungsstätte Brunau*, die Behinderte für Berufe im Lochkartenwesen ausbildet. Der Leiter der Eingliederungsstätte, der Berufsberater *Walter Buchmann*, weist besonders darauf hin, wie wichtig im Leben des Behinderten eine solide, gründliche Berufsausbildung ist. Schwerbehinderte, die wieder als Glieder der arbeitenden Gesellschaft voll eingesetzt werden können, lernen dadurch ihre Behinderung zu überwinden, sie werden selbstsicherer und selbständiger und freuen sich wieder am Leben. Im vergangenen Jahr konnte die Eingliederungsstätte Brunau 10 Schüler und 15 Schülerinnen ausbilden und plazieren.

Der Jahresbericht dieser beiden Institutionen, der interessante Photos enthält, kann bei SAEB oder Brunau an der Seestraße 161 in Zürich 2 unentgeltlich bezogen werden. Zürich, im Mai 1963. fe

## **Wir haben für Sie gelesen . Nous avons lu pour vous**

**La santé mentale dans les plans de santé publique.** Chronique OMS, 16, 334-337 (1962).

Selon les propres termes du consultant qui a préparé les documents de travail pour les discussions techniques de la Quinzième Assemblée de la Santé mondiale, « la psychiatrie qui était jusqu'alors une spécialité médicale débouchant sur les perspectives les plus

sombres est devenue désormais l'une de celles qui suscite les plus grands espoirs». La psychologie et la psychothérapie ont accompli des progrès considérables, la chimiothérapie s'est développée de manière surprenante au cours des quelque deux dernières décennies, et les avantages du traitement précoce sont de mieux en mieux compris. Qui plus est, l'attitude du public envers la maladie mentale a évolué dans un sens favorable en de nombreux pays; cessant d'être un objet d'horreur et de répulsion, la maladie mentale est peu à peu considérée comme une maladie parmi d'autres. Il en résulte que le malade et sa famille ne cherchent plus à dissimuler la situation comme c'était si souvent le cas dans le passé. Il est fait plus précocément appel au médecin et aux autorités responsables, ce qui accroît les chances d'un résultat thérapeutique favorable. La prise de conscience plus approfondie du problème que constitue la santé mentale s'est accompagnée d'une confiance accrue dans les possibilités de la thérapeutique, d'une meilleure organisation des traitements, et – comme il arrive si souvent avec le développement des services techniques – d'une connaissance meilleure des perfectionnements à apporter. Une série d'autres facteurs contribuent à conférer une actualité aux troubles mentaux: les changements sociaux et économiques à l'intérieur de la communauté; l'industrialisation et l'urbanisation qui modifient l'organisation de la vie familiale et son rythme. Ces faits ont souvent pour conséquence de saper les structures traditionnelles de la famille, d'en compromettre la stabilité, et de créer dans son sein un sentiment d'insécurité. Parfois, la famille n'est plus en mesure de prendre soin des individus infirmes et handicapés qu'elle compte éventuellement parmi les individus qui la composent.

Plusieurs gouvernements préconisent l'intégration de la santé mentale dans le programme général de la santé publique, ainsi que l'intégration des soins préventifs et curatifs en santé mentale. Le manque de crédits et de personnel qualifié est un obstacle à ces projets, et cela est vrai aussi bien pour les pays peu développés que pour les pays de niveau socio-économique élevé. Il en découle une tendance à consacrer les crédits disponibles au traitement des malades les plus gravement atteints, tandis que l'on s'en remet à l'avenir avec l'espoir de disposer alors de davantage de crédits et de personnel pour soigner les sujets dont l'état est moins préoccupant. Cette façon de procéder entraîne le maintien pour un temps indéterminé des établissements psychiatriques d'internement, dont les inconvénients sont pourtant bien connus: isolement, atmosphère rébarbative qui est ressentie comme telle aussi bien par le personnel médical que par les malades, absence de toute valeur thérapeutique bénéfique dans le milieu même. De tels hôpitaux psychiatriques sont à l'image d'une époque révolue en ce qui concerne la manière de traiter les malades mentaux (internement et isolement), et ils correspondent à des conceptions scientifiques qui sont maintenant dépassées ou qui tendent à l'être rapidement pour faire place à une attitude plus compréhensive. Cependant, ces établissements n'ont pas été supprimés, et malheureusement ils demeurent bien souvent les seuls hôpitaux auxquels les malades mentaux peuvent être adressés. On se trouve alors devant l'obligation de les remplacer ou de les reconstruire afin de les adapter aux idées modernes, dans le temps même où les malades sont en train de se rétablir: c'est là une source de difficultés multiples. Quel que soit le degré de développement du pays considéré, il est certain qu'il ne dispose pas de crédits illimités pour développer ses services de santé mentale; en conséquence, la meilleure façon d'envisager le problème serait d'établir un plan d'action en fonction de la situation présente. Ce plan sera ensuite développé au fur et à mesure que le personnel médical deviendra plus nombreux et que la situation en offrira la possibilité.

#### *La transformation de l'hôpital psychiatrique*

Au cours du XIXe siècle, des mouvements d'opinion ont cherché à plusieurs reprises à obtenir un adoucissement de la contrainte exercée dans les hôpitaux psychiatriques en partant de cette idée qu'une organisation rappelant davantage un hôpital qu'une prison ne pourrait être que bénéfique aux malades mentaux. Mais ce n'est que dans les cinquante dernières années que l'on s'est attaché méthodiquement à modifier le rôle de l'hôpital psychiatrique. Ces premières mesures ont donné des résultats remarquables bien avant la

découverte des substances tranquillisantes dont l'importance est certes grande comme adjuvants de la psychothérapie et de la thérapeutique de groupe, mais ne doit cependant pas être exagérée, de façon générale. Elles ne résolvent cependant que partiellement le problème thérapeutique, et il peut arriver qu'elles détournent l'attention du but essentiel qui est de guérir la personnalité morbide du malade.

Pendant la première guerre mondiale et par la suite, Simon, van der Scheer, Rees, Sivadon et quelques autres psychiatres ont mis au point ce qui a été appelé la « thérapeutique active », laquelle suppose la création d'une communauté thérapeutique, société en miniature à l'intérieur de laquelle le malade travaille à titre individuel, reçoit des responsabilités, perçoit un salaire pour son travail, mène une vie personnelle, et a la possibilité de se distraire.

« Le changement que ce nouveau régime a apporté dans les hôpitaux psychiatriques est tout simplement révolutionnaire. Les aspects révoltants de l'asile d'aliénés ont disparu; la durée moyenne de séjour a diminué au point d'être comptée en mois et non plus en années. L'existence du lien étroit qui unit au milieu ambiant non seulement le comportement du malade, mais même certains symptômes généralement considérés comme inhérents à la maladie, a été démontrée une fois de plus, comme elle l'avait été par Pinel il y a plus d'un siècle. »

La deuxième guerre mondiale a anéanti une grande partie de ce travail.

Il semble que la conception ancienne de l'hôpital psychiatrique ait disparu. Par ailleurs, l'hôpital psychiatrique en tant que communauté thérapeutique doit être considérée comme un élément essentiel de la protection de la santé mentale. Un nombre considérable de malades ont besoin d'être soumis à un processus de rééducation, de resocialisation et de réhabilitation. Cela peut demander des mois et même des années, et il est souvent nécessaire d'associer les diverses formes de psychothérapie, de chimiothérapie, d'ergothérapie, de sociothérapie et de thérapie récréationnelle. Dans les pays très industrialisés, la réadaptation exige des institutions spécialement aménagées, comprenant des ateliers, des installations pour les activités récréatives et de vastes terrains. L'hôpital psychiatrique moderne est essentiellement un centre de réadaptation, conçu dans le même esprit que les centres de réadaptation pour personnes physiquement diminuées. Dans les pays surtout agricoles, la communauté thérapeutique sera organisée en fonction de ce type de société.

Si l'on veut rééduquer un malade et le traiter en lui faisant confiance et en lui donnant des responsabilités, il faut renoncer à l'enfermer. En de nombreux pays, les portes sont laissées ouvertes dans certaines salles ou dans une partie de l'établissement. Ce système de la « porte ouverte » doit être distingué de celui du « service ouvert ». En effet, le régime de la « porte ouverte » peut exister dans une institution « fermée », alors que le « service ouvert » reçoit des malades qui se sont fait hospitaliser volontairement. Dans quelques pays, ce système n'existe pas; dans d'autres les personnes hospitalisées volontairement représentent 10 à 85% du nombre total des malades. « On peut considérer l'étendue des « services ouverts » dans un pays comme un bon critère du niveau des soins psychiatriques en hôpital et de leur acceptation par la population. »

#### *Evolution des activités extra-hospitalières dans la protection de la santé mentale*

L'établissement de contacts plus étroits entre le malade et la société est une conséquence logique de l'adoption du régime actif à l'hôpital psychiatrique. L'amélioration du comportement et la disparition des symptômes doivent entraîner la sortie d'essai, puis la sortie définitive du malade. Les liens avec la famille doivent être maintenus ou renforcés; le malade devra appliquer à l'extérieur ce qu'il a appris à l'hôpital. Le système de la post-cure est destiné à consolider les résultats du traitement en institution. Au début, il fournissait des directives et des conseils au malade et à sa famille, et les aidait à établir le contact avec les institutions sociales; ensuite il a englobé toutes espèces de services socio-psychiatriques: ateliers protégés ou clubs, services de traitement psychothérapeutique et chimiothérapeutique aux consultations externes des cliniques et des hôpitaux; il comprend désormais des activités préventives et curatives qui intéressent le domaine de la santé mentale. A ce stade, on peut prévoir que les services externes seront rassemblés

en une organisation socio-psychiatrique globale qui sera conçue comme un organisme coordonnant la prophylaxie, le dépistage précoce, l'orientation vers les traitements appropriés, la réhabilitation, la post-cure; il sera établi de telle manière qu'il conférera un caractère dynamique aux soins psychiatriques en les adaptant aux besoins du malade à chaque stade de sa maladie. Il revient aux équipes mobiles de remplir ces tâches dans les zones rurales.

#### *Service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux*

Quelques pays possèdent depuis de longues années déjà des salles réservées aux malades mentaux à l'intérieur des hôpitaux généraux. Ailleurs, c'est là une pratique récente ou un projet à l'étude. Enfin, dans d'autres pays cette solution n'a même pas été envisagée. Un des avantages de ce système est qu'il constitue un centre de triage où les malades sont gardés en observation jusqu'à ce que l'on décide s'ils seront traités ou non dans un hôpital psychiatrique. Ils peuvent également faire office de centres d'enseignement pour les médecins qui choisissent cette spécialité, pour les étudiants en médecine et les infirmières. Par l'intermédiaire de leur service de consultations externes, ils constituent des centres socio-psychiatriques dans la région qu'ils desservent et constituent un service psychiatrique pour les cas urgents. Ils peuvent contribuer dans une grande mesure à introduire et faire admettre les notions de santé mentale dans les hôpitaux généraux, dans le domaine de la santé publique et dans les services sociaux de la communauté.

**Factors in Human Longevity.** Von *Jacob Yerushalmy*. Amer. J. publ. Hlth: 53 (2), 148ff. (1963).

In den USA konnte bis jetzt die totale Sterblichkeit auf einen relativ niedrigen Wert gebracht werden. Sie ist aber für die Altersstufen oberhalb von 50 Jahren nicht bedeutend zurückgegangen.

Signifikante Erhöhungen der Lebenslänge hängen von Faktoren ab, welche auf die Sterblichkeit beim Lebensbeginn (schon im Uterus) und wiederum vor Erreichen des Lebensendes einwirken. Die Sterblichkeit ist stark von endogenen Faktoren abhängig, auf welche zum Teil auch äußere Faktoren einwirken. Das Verständnis der Grundmechanismen, durch welche diese endogenen Faktoren die Langlebigkeit beeinflussen, ist die größte Aufgabe für die gegenwärtige Forschung in der Biologie. Die relativen Rollen von endogenen und exogenen Faktoren im Verlaufe des Menschenlebens sind bis jetzt noch nicht klar umrissen worden. Eine Methode zur Untersuchung der gegenwärtigen Abhängigkeit von biologischen und Umweltfaktoren besteht darin, verschiedene Gruppen, welche sich klar in bezug auf diese oder jene Faktoren unterscheiden, zu beobachten, zu prüfen und gegeneinander abzuwägen.

#### *Unterschiede bei den Geschlechtern*

Die besten Gruppenvergleiche sind von solchen zu erwarten, welche annähernd gleich sind in einer Reihe von Faktoren, exogener oder endogener Art, und sich in andern Faktoren klar unterscheiden. Die beiden Geschlechter sind geeignet für solche Vergleichszwecke. Sie lassen sich wohl biologisch und physiologisch unterscheiden, erfüllen aber eine Bedingung nicht ganz, da sie nicht während des ganzen Lebens ähnlichen Umweltsbedingungen ausgesetzt sind.

Beim Lebensbeginn müssen Sterblichkeitsunterschiede der Geschlechter meist endogenen Faktoren zugeschrieben werden, da die Umwelt für kleine Knaben und Mädchen gleich ist. Im späteren Lebensalter zeigen sich Unterschiede von Umwelts- und endogenen Faktoren.

Das weibliche Geschlecht ist im allgemeinen langlebiger. Die durchschnittlichen Lebensalter waren im Jahre 1959 für die weiße Bevölkerung der USA 73,0 Jahre für Frauen und 66,5 Jahre für Männer. Nur 37% der Männer haben ein Alter von 75 Jahren erlebt, dafür aber 57% der Frauen. Sterblichkeitsziffern für Männer sind in jeder Altersklasse höher als für Frauen. Dies gilt schon vor der Geburt. Beim weiblichen Geschlecht

kommen Totgeburten weniger vor als beim männlichen. Die Sterblichkeit für Kinder ist 1958 in USA bei Knaben um etwa 30% höher als bei Mädchen (0–9 Jahre), steigt an und erreicht einen Maximalwert bei 15–25 Jahren mit mehr als 2½mal soviel Männern wie Frauen. Die Unterschiede verkleinern sich wieder bis zum Alter von 30–39 Jahren mit 60% mehr Männern als Frauen und vergrößern sich wieder mit zunehmendem Alter bis zu einem Maximalwert von 89% mehr Männern als Frauen bei der Altersstufe von 55–59 Jahren. Nach 60 Jahren sinkt die Übersterblichkeit der Männer wieder ab, bleibt aber immer noch größer als bei den Frauen.

Betrachtet man die Todesursachen, so sieht man, daß Männer im höheren Alter (45–65 Jahre) häufig und viel häufiger als Frauen an Kardiovaskulärerkrankungen sterben, während in jüngeren Jahren (15–25 Jahre) die Differenz in der Sterblichkeit der beiden Geschlechter hauptsächlich durch Unfälle bedingt sind. Diese Todesursachen machen aber nicht allein diese Differenz aus. Es müssen noch andere Faktoren mitspielen. Es ist nicht neu, daß Frauen länger leben als Männer. Verfolgt man die Übersterblichkeit der Männer in den letzten Jahrzehnten in den USA, so zeigt sich, daß die Sterblichkeit wohl bei beiden Geschlechtern in den letzten Jahrzehnten (1940, 1950, 1960) ständig abgenommen hat, daß sich aber die Sterblichkeit der Männer zugunsten derjenigen der Frauen vergrößert hat. Dies ist erstaunlich, wenn man bedenkt, daß die Berufstätigkeit der Frau von 1940 bis 1956 von 27,1 auf 35,1% angestiegen ist. Zudem haben sich die Lebensgewohnheiten der Frauen stark denjenigen der Männer angeglichen (Essen, Trinken, Rauchen). Die berufliche Beanspruchung scheint sich somit bei den Frauen anders auszuwirken als bei den Männern.

#### *Geographische Unterschiede in der Sterblichkeit:*

Diese Unterschiede sind noch schwieriger als die Differenzen der beiden Geschlechter. Große Unterschiede können z. B. daher kommen, wenn Länder mit verschiedener Wirtschaft und industrieller Entwicklung verglichen werden. Doch gibt es auch Unterschiede in Ländern auf gleicher kultureller und wirtschaftlicher Basis, ja sogar in Gegenden desselben Landes, z. B. in den einzelnen Staaten der USA. Dies ist nicht ein etwa zeitlich zufälliges Phänomen, sondern bleibt über Jahre hinaus. Die Staaten, welche z. B. 1940 hohe Sterblichkeitsziffern aufweisen, zeigen diese auch noch 1950, und umgekehrt. Die Korrelation war hoch zwischen den Sterblichkeitsziffern von Männern und Frauen in verschiedenen Altersklassen. Es zeigte sich auch eine positive Korrelation zwischen der Sterblichkeit an Weißen und Farbigen, ist aber viel geringer und nicht bei allen Altersstufen wie oben.

Vergleiche mit Nationen zeigen, daß die skandinavischen Länder, vor allem Norwegen, relativ geringe Sterblichkeitsziffern aufweisen (und geringere als USA). Die Ursachen sind nicht leicht zu erforschen bei so verschiedenartigen Ländern. Daß auch das Geburtsjahr eine Rolle spiele, wurde in England um 1930 postuliert. Sterblichkeitskurven von verschiedenen Generationen in England zeigten eine auffallende Parallelität in allen Altersklassen, angefangen bei einer Schwelle von 10 Jahren. Dies veranlaßte zur Annahme, die Umwelt spiele bloß bis etwa zum 15. Altersjahr eine wesentliche Rolle für die Gesundheit des Einzelnen während seines ganzen Lebens und spätere Einflüsse seien von geringerer Bedeutung. Dies ist heute widerlegt.

#### *Auswirkung von Stress auf die Lebenslänge*

Im folgenden fragt sich der Autor, ob sich ein physischer oder psychischer Stress in einer Lebensperiode auf die Lebenslänge auswirkt. Als dazu geeignet erscheinen ihm die Verhältnisse in Israel, wo sich die Bevölkerung in weniger als 10 Jahren verdreifacht hat. Die Einwanderer (z. B. aus Konzentrationslagern) wiesen keine extrem hohen Sterblichkeitsziffern auf; sonst hätte sich nicht die durchschnittliche Lebenslänge aller Juden in Israel von 1949 bis 1957 vergrößert. Die durchschnittliche Lebenslänge der Israeli-Juden war 1957 für Männer 68,0 Jahre, für Frauen 71,4, für die Bevölkerung der USA 66,3 und 72,5. Vergleiche der Todesursachen von Juden, die vor 1948 und nach 1948 (Staatsgründung 1948) aus Europa kamen, ergaben, daß die neuen Einwanderer mit Ausnahme von Tuberkulose praktisch nicht stärker benachteiligt waren als die andern. Eine weitere

Tatsache ist von Interesse: Einwanderer aus Afrika und Asien und solche aus Europa, welche in ihrem eigenen Land verschiedene Sterblichkeitsziffern aufwiesen, unterschieden sich, seit sie in Israel wohnten (1951–1954), praktisch nicht mehr.

In keinem Staat der Welt gibt es so viele Ärzte wie in Israel. Ob diese Tatsache für die günstigen Verhältnisse verantwortlich ist oder die Möglichkeit, daß die Einwanderer, welche solche Strapazen haben durchmachen können, genetisch ohnehin begünstigt sind oder ob mehr psychische Faktoren mitspielen, endlich ein Land zu besitzen, läßt sich schwer entscheiden. *Schudel*

**Nutrition in Relation to Heart Disease.** By Seymour H. Rinzler, M. D. New York. Arch. envir. Hlth. 5, 60 ff. (1962).

Diese Studie wurde auf Antrag des «Commissioner of Health», Leona Baumgartner, im Jahre 1957 begonnen.

A. Keys hat nachgewiesen, daß in allen Ländern und Gemeinschaften, in welchen Serumcholesterollbestimmungen bei Männern mittleren Alters einen Durchschnitt von 220 mg% überschreiten, mit Coronarerkrankungen zu rechnen ist.

Der Anstieg von Serumcholesterol mit dem Alter, welcher bei Erwachsenen im reicheren westlichen Kulturgebiet vorkommt, ist nicht unvermeidlich. Denn bei mageren und hungernden Bevölkerungen von nicht hohem Lebensstandard fehlt ein solcher.

Studien über Fettverbrauch und Coronartodesfälle in verschiedenen Ländern zeigten, daß sich eine höhere Korrelation für solche Todesfälle ergab, wenn sie nur mit dem Verbrauch an gesättigten Fett-Typen verglichen wurden als mit dem Verbrauch an Gesamtfett.

Für die hier beschriebene Studie wurden freiwillige, in New York wohnende Männer von weniger als 60 Jahren genommen und einer genau vorgeschriebenen Diät auf längere Zeit unterzogen, nach vorausgegangener, medizinischer Untersuchung. Die Cholesterollbestimmungen im Blut wurden alle 14 Tage durchgeführt. Eine erste Diät für Normalgewichtige (prudent diet) enthält ungefähr 30-33% der Gesamtkalorien als Fett und weist einen Quotienten von mehrfach ungesättigten Fettsäuren zu gesättigten von 1,25 bis 1,5 auf. Pflanzenöle, Fisch, Nüsse, Getreide enthalten viel ungesättigte Fettsäuren. Übergewichtige Leute bekamen die zweite, reduzierte Diät mit 19% der Kalorien als Fett. Obiger Quotient beträgt hier 0.6. Diese reduzierte Diät enthält 1600 Kalorien, obige 2000 bis 2700.

*Resultate:* Die erstgenannte Diät (prudent diet) vermochte nach einer Durchführung von 6 Monaten den Cholesterolspiegel von 97 normalgewichtigen 50–59jährigen Männern von einem Durchschnitt von 253 mg% auf 224 mg% signifikant zu senken. Eine Aufteilung nach Höhe der Cholesterolwerte ergab folgendes Bild: Im oberen Drittel zeigte sich bei 34 Männern ein Cholesterolabfall von 298 mg% auf 253 mg%, im mittleren Drittel bei 32 Männern von 249 mg% auf 224 mg%, im untern Drittel bei 31 Männern von 207 mg% auf 191 mg%. Das Absinken in jedem Drittel ist signifikant.

Bei den 211 Übergewichtigen derselben Altersklasse mit reduzierter Diät erhielt man ähnliche Resultate, einen signifikanten Abfall von 261 mg% auf 225 mg%. Der durchschnittliche Serumcholesterolspiegel fiel im oberen Drittel von 307 mg% auf 260 mg%, im mittleren von 257 mg% auf 220 mg%, im untern Drittel von 207 mg% auf 189 mg%. Der große Unterschied liegt aber in der zur Cholesterolsenkung nötigen Zeit. Sechs Wochen waren erforderlich bei der reduzierten Diät, verglichen mit 6 Monaten bei der normalen Diät (prudent diet). *Schudel*

## Neue Bücher - Nouveaux livres

**Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Von J. Jadassohn. Ergänzungswerk. Bearbeitet von versch. Fachgelehrten. Hrsg. gemeinsam mit O. Gans, H. A. Gottron, J. Kimmig, G. Miescher, H. Schuermann, H. W. Spier und A. Wiedemann von A. Marchionini.