

Mitteilungen – Communications

Colloque international d'ergonomie appliquée à la conception de la machine, Prague (Tchécoslovaquie), 2–7 octobre 1967, organisé par le Bureau international du Travail et la Société médicale tchécoslovaque J. E. Purkyně en collaboration avec la Société technique scientifique tchécoslovaque.

1. Programme

1. Données anthropologiques. Rapporteur Prof. J. S. Weiner, Royaume-Uni.
 2. Données physiologiques. Rapporteur Prof. E. Grandjean, Suisse.
 3. Données psychologiques. Rapporteur Prof. J. M. Faverge, Belgique.
 4. Description et évaluation de réalisations ergonomiques et de leur rôle dans l'hygiène et la sécurité de la machine et du poste de travail. Rapporteurs Prof. I. V. Rochtchine, U.R.S.S. et Prof. C. Zenz, Etats-Unis.
 5. Ergonomie et industrialisation. Rapport présenté par le B.I.T.
 6. Moyens de promotion de l'ergonomie. Rapporteur Prof. J. Roubal, Tchécoslovaquie.
2. *Langues de travail du colloque*: français, allemand, anglais, russe.
L'interprétation simultanée sera assurée.
3. *Demandes d'inscription*: elles devront être adressées au Secrétaire général du colloque avant le 31 mars 1967.
4. *Communications*: des communications relatives aux thèmes indiqués ci-dessus peuvent être présentées. La durée des communications ne devra pas dépasser 15 minutes. Un résumé, dans l'une des langues du colloque et ne dépassant pas 100 mots, devra parvenir au secrétaire général avant le 31 mars 1967.
5. *Droits d'inscription*: 30 dollars USA pour les membres actifs et 15 dollars USA pour chaque accompagnant.

Toutes autres informations relatives à cette manifestation peuvent être obtenues auprès du Secrétaire général du Colloque, le Dr Adolf Zelený, Ústav hygieny práce a chorobz povolání (Institut d'hygiène du travail et des maladies professionnelles) Šrobárova 48, Praha 10, Tchécoslovaquie.

Symposium international de médecine et d'hygiène scolaire à Madrid du 17 au 20 octobre 1966

Patronné par l'Union internationale d'hygiène et de médecine scolaires et universitaires dont notre Société suisse de médecine scolaire fait partie, ce symposium réunit plus de 300 participants d'une dizaine de pays européens; 4 médecins y représentaient la Suisse. Le sujet général était *la fatigue de l'écolier*: on entendit des exposés d'un physiologiste (le prof. Antonio Gallego Fernandez de Madrid), de pédopsychiatres (le prof. Dino Origlia de Milan et le Dr Carlos Vasquez Velasco de Madrid) sur les facteurs exogènes et endogènes favorisant la fatigue, – de médecins scolaires sur les moyens de diagnostic et la symptomatologie (Dr Prandis Farras de Barcelone, Dr F. Vieillard de Paris et Dr P. Rochat de Lausanne); la fatigue du corps enseignant fut traitée par le Dr Chambost de Marseille. Un après-midi fut consacré aux «perspectives de recherche en médecine scolaire» (Dr Felix Sancho Martinez de Madrid, Dr Mertens de Bruxelles et Dr Kershaw de Londres) et un autre aux

problèmes médico-sociaux de l'adolescence (Dr Ouillon de Lyon, Dr José Luis Tena Nunez de Madrid et Dr Justo Diaz Villasante, directeur du Séminaire de la jeunesse inadaptée de Madrid); ce dernier exposa avec enthousiasme l'expérience riche de promesses des « cliniques de conduite » ou clubs de jeunesse de Madrid fréquentés par des centaines de jeunes gens et jeunes filles de la rue, prédélinquants, et sauvés souvent par cette action de prophylaxie intéressante.

Dans son exposé de clôture notre président le prof. R. Debré de Paris développa le thème de la mutation de la médecine scolaire:

a) celle-ci limitée jusqu'ici à l'âge scolaire voit son champ d'action s'étendre vers la petite enfance et l'adolescence;

b) l'autonomie de la médecine scolaire s'accroît de plus en plus: ainsi il existe deux chaires de méd. scol. en Espagne (à Madrid et à Barcelone);

c) la médecine scolaire doit être perfectionnée dans le cadre de la médecine psychosomatique. Il faut préparer l'écolier au monde moderne et l'adapter aux changements de ce monde. La collaboration avec les chaires universitaires, avec les enseignants de tous les degrés, les psychologues, les parents doit être intensifiée.

Enfin il faut lui donner des bases plus valables sur le plan scientifique, l'ère des « pures impressions » étant révolue. En vue de cela l'Union envisage de créer des groupes de travail sur des sujets définis. Ces groupes auront l'occasion de présenter leurs rapports lors des symposiums ou des congrès. Nous rappelons que le prochain congrès aura lieu à Prague du 11 au 14 juillet 1967. Nos collègues tchèques préparent un programme alléchant.

Ajoutons que des réceptions au Palais provincial et à l'Hôtel de ville, une partie champêtre avec course de taureaux sans mise à mort et une excursion à Avila et Ségovie devaient compléter cette session fort bien organisée par nos amis espagnols.

Dr P. Rochat

Zeitpunkt der Erfassung und Behandlung sprachgestörter Kinder. Von Dr. C. Schwarz. Die Schweizerische Vereinigung Pro Infirmis befaßt sich neben der finanziellen Beihilfe an vorhandene und neue Institutionen der Behindertenhilfe und an Fälle, in denen die Invalidenversicherung keine Beiträge gewähren kann, mit individueller Beratung von Behinderten und deren Angehörigen in den Fragen der Maßnahmen, der Schulung, der Eingliederung sowie der menschlichen Nöte, die ein Gebrechen mit sich bringt. Im Rahmen der Osterspende Pro Infirmis (Hauptgabekonto 80-23503) bringen wir im folgenden den Beitrag der Leiterin der Abteilung für Sprachstörungen, Universitäts-Ohrenklinik, Kantonshospital Zürich.

Immer wieder – und speziell seit dem Inkrafttreten der Eidgenössischen Invalidenversicherung – wird dem Sprachheilpädagogen von Eltern, Fürsorgerinnen, Kindergärtnerinnen, Elementarschullehrern, von Kinder- und Krankenschwestern, von Kinderärzten und andern Personen, die mit Kindern im Alter von 3–10 Jahren in Kontakt stehen, die Frage gestellt, wann ein sprachgestörtes Kind einer speziellen logopädischen Behandlung bedürfe.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß sich eine möglichst frühe Erfassung der Sprachgestörten auf die Therapie günstig auswirkt. Es kommt aber verhältnismäßig oft vor, daß sprachgestörte Kinder, die aus irgendeinem Grund nicht behandelt werden können, ihren Sprachfehler dennoch verlieren.

Diese paradoxe Erscheinung erklärt sich aus folgenden, dem geschulten Logopäden vertrauten Gründen:

So einheitlich die kindlichen Sprachstörungen auf den ersten Blick erscheinen mögen, so vielfältig sind die Ursachen, die ihnen zugrunde liegen.

Ein Kind lernt nicht unvermittelt sprechen, sondern benötigt dazu durchschnittlich 6–7 Jahre, vorausgesetzt, daß alle Organe und Funktionen, die am Erwerb der Sprache beteiligt sind, gesund und voll leistungsfähig sind. Die « Sprache » des Kleinkindes besteht vorerst im Ausstoßen unartikulierter Laute, die erst im Verlauf der Entwicklung des Gehirns und seiner höheren Funktionen differenziert artikuliert und zu Wortgebilden kombi-

niert werden. Mit der Zeit entstehen auf komplizierte Art festgefügte assoziative Verbindungen zwischen bestimmten Situationen des Kleinkindes und den sie begleitenden Wortlauten und Wörtern. Ungefähr vom zweiten Lebensjahr an werden diese Wörter durch die weitere Entwicklung und Einübung der sensorischen und motorischen Bahnen unter Beteiligung der gesamten Hirnrinde zu Satzfolgen kombiniert, und schließlich entsteht vor allem im Verlauf der Entwicklung des Stirnhirns die menschliche Sprache und damit die Fähigkeit des höheren begrifflichen Denkens.

Während dieser Zeit des individuellen Spracherwerbs treten beim Kind alle Arten von «Sprachstörungen» (vor allem Stammeln, Stottern, Agrammatismus) auf, die durchaus «normal», d. h. physiologisch bedingt sind. Bei einer verlangsamten Sprachentwicklung im Rahmen einer verlangsamten Gesamtentwicklung eines Kindes bleiben die oben erwähnten «Sprachstörungen» entsprechend länger bestehen, sind aber noch – immer ein gesunder Sprechapparat im weitesten Sinne vorausgesetzt – keineswegs als abnorm zu bezeichnen.

Dieser großen Gruppe der physiologisch-entwicklungsbedingten «Sprachstörungen», die keiner logopädischen Therapie bedürfen, stehen diejenigen Sprachstörungen gegenüber, die wir als pathologisch bezeichnen und die rechtzeitig, d. h. möglichst noch während der Zeit des Spracherwerbs, einer sprachheilpädagogischen Behandlung zugeführt werden müssen.

Die pathologischen Sprachstörungen (am häufigsten Stammeln, Stottern, Agrammatismus) unterscheiden sich erscheinungsmäßig meist in keiner Weise von den physiologisch bedingten, ursächlich jedoch sind sie von ihnen fundamental verschieden. Während die Ursache der physiologisch bedingten Sprachstörungen in der langsamen, allmählichen und schrittweisen Entwicklung und Einübung der Sprechorgane zu suchen ist, liegen der zweiten Gruppe Krankheiten und Funktionsstörungen der Sprechorgane zugrunde, die eine normale Entwicklung der Sprache behindern oder verhindern. Verschiedene Arten und Grade von Schwerhörigkeit, Störungen der zentralen Sprachaufnahme und -verarbeitung, Anomalien der peripheren Sprechorgane, Störungen der Intelligenz und psychische Störungen sind Gründe, weshalb ein Kind nicht innerhalb der normalen Zeit korrekt sprechen lernt.

In diesen Fällen sollte die Therapie so früh als möglich einsetzen, wobei sie sich nach der Ursache der Sprachstörung richtet. Das Stammeln eines stark schwerhörigen Kindes wird möglicherweise in einer Schwerhörigenschule im Rahmen einer allgemeinen Schwerhörigenerziehung korrigiert werden, während der Agrammatismus eines zentral-akustisch schwer erweckbaren Kindes in einem Sprachheilkindergarten oder in schwereren Fällen in einem Sprachheilheim behoben werden kann. Ein stotterndes Kind aus neurotischem Milieu wird heute noch mit Vorteil in ein Sprachheilheim oder in eine Sprachheilschule eingewiesen, während ein Stottern auf organischer Grundlage (z. B. Stottern bei Epilepsie oder nach organischen Gehirnschädigungen) vor allem medikamentös bekämpft wird.

Um die Frage nach der Behandlung zu entscheiden, ist eine möglichst genaue Abklärung der Ursache der Sprachstörung unerlässlich. Sie geschieht am besten durch einen geschulten Logopäden, der sich die notwendigen medizinischen Unterlagen verschafft, um feststellen zu können, ob es sich um eine physiologisch bedingte oder bereits um eine pathologische Sprachstörung handelt. Im ersten Falle wird der Logopäde das Kind vorläufig nicht behandeln, es jedoch periodisch kontrollieren, um eine mögliche pathologische Fixierung rechtzeitig zu bemerken und deren Behandlung zu veranlassen. Im zweiten Falle dagegen wird er sofort die notwendige Therapie einleiten.

Für die Praxis folgt aus den obigen Darlegungen, daß bei jeder Art von Sprachstörung eine erste, sehr frühe logopädische Konsultation zur Abklärung der Ursache zu empfehlen ist, daß aber die eigentliche logopädische Behandlung erst dann begonnen werden soll, wenn wirklich pathologische Zeichen festgestellt werden können. Durch eine möglichst frühe Erfassung der sprachgestörten Kinder wird der spätmöglichste Zeitpunkt der Behandlung festgelegt. Es ist unökonomisch, Kinder logopädisch zu behandeln, die sich in der normalen – unter Umständen etwas verzögerten – Sprachentwicklung befinden; und es ist ebenso unökonomisch, bei wirklich pathologischen Sprachstörungen den richtigen Zeitpunkt der Behandlung zu verpassen.

Die ohnehin relativ kleine Anzahl von Plätzen in Sprachheilkindergärten, Sprachheilkursen, Sprachheilheimen und Sprachheilschulen sollte durch eine zurückhaltende Einweisungspraxis für die nachweisbar pathologischen und daher dringenden Fälle reserviert bleiben, während es durchaus zu verantworten ist, die zahlenmäßig überwiegenden Fälle physiologisch bedingter Sprachstörungen zugunsten der eigentlich pathologischen ganz kurz vor oder sogar erst mit der Einschulung logopädisch zu behandeln.

Das Eidgenössische Invalidenversicherungsgesetz, nach welchem die logopädischen Behandlungskosten nur für sogenannte «schwere Sprachstörungen» übernommen werden (auch Vorschulpflichtige sind versicherungsberechtigt), leistet der hier postulierten Erfassungs- und Behandlungspraxis geeigneten Vorschub. Bei sprachgestörten Kindern ist das Alter von etwa 4 Jahren der geeignete Zeitpunkt für eine logopädische Untersuchung zur provisorischen Abklärung der vermutlichen Ursache der Sprachstörung. Da momentan für den Eintritt in die von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Logopädie (S.A.L.) anerkannten Sprachheilstätten eine Wartefrist von fast einem Jahr besteht, ist schon wegen der eventuell in Frage kommenden Einweisung in ein solches Heim eine sehr frühe Erfassung der Sprachgestörten mit anschließenden Kontrollbesuchen (je nach Fall im Abstand von 6–12 Monaten) angezeigt. Es entsteht dadurch einerseits die Möglichkeit, einen Platz für den Patienten in einem Heim sicherzustellen, andererseits erhält der Logopäde durch diese Sicherstellung die Freiheit, mit der effektiven Einweisung so lange als möglich zuzuwarten. Tatsächlich sind in der Praxis die «Selbsteinweisungen» von Sprachstörungen aller Art in den letzten 10 Monaten vor der Einschulung zahlenmäßig ganz beträchtlich.

Für mittelschwere Stämmeler und Agrammatiker erwies sich die Einschulung als günstiger Zeitpunkt der logopädischen Behandlung. Da bei einem Erstkläßler die Buchstabenbilder mit in die sprachheilpädagogische Behandlung einbezogen werden können und da durch die bessere Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit eines sechs- oder siebenjährigen Kindes gegenüber einem fünfjährigen die eigentliche logopädische Therapie intensiviert werden kann, werden die Vorteile, die die Nachahmungsperiode der vorschulpflichtigen Kinder für den Sprachheilunterricht bietet, aufgewogen. Daß für schwere Fälle, bei denen eine «Selbsteinweisung» niemals erwartet werden kann, nach wie vor eine Behandlung von der Kindergartenstufe an einsetzen muß, geht aus dem Gesagten hervor.

Die Beantwortung der eingangs gestellten Frage nach dem Zeitpunkt der Erfassung und der Behandlung sprachgestörter Kinder würde folgendermaßen lauten:

1. Möglichst frühe Erfassung im Sinne einer einmaligen Konsultation mit anschließenden Kontrollvisiten zur Abklärung der Ursache und Art der Sprachstörung.
2. Die Behandlung soll nur dann eingeleitet werden, wenn sie nachweisbar indiziert ist.

Le service de documentation scientifique et d'information du Centre international d'alcoologie. Ses prestations

IA/sa – Documentation scientifique

Sa/0 – Bibliothèque spécialisée

Sa/1 – CAAAL (Classified Abstract Archive of the Alcohol Literature) – Rutgers Center of Alcohol Studies, Université de Rutgers

Depuis juillet 1966, le Centre international d'alcoologie est dépositaire du Classified abstract archive of the alcohol Literature, en abrégé CAAAL. Le CIA de Lausanne devient ainsi – parmi une cinquantaine de dépositaires dans le monde – le 12^e en Europe et, après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le 2^e en Suisse.

Le *fichier analytique* CAAAL contient, à l'heure actuelle, approximativement 12 500 analyses sur cartes perforées, de format A 5, imprimées recto-verso. En 1953, lors de sa parution, le fichier initial ou «backlog» contenait 6050 fiches.

Ce fichier cumulatif, à caractère interdisciplinaire, est le fruit du travail d'une équipe d'analystes professionnels de l'Université de Rutgers; cela confère aux analyses une qualité exceptionnelle et rend inutile, dans la majorité des cas, la lecture des articles originaux.

Des centaines de revues scientifiques du monde entier ont servi – et servent toujours – à l'établissement du CAAAL. Il n'est pas inutile de souligner que le regretté *E. M. Jellinek* était étroitement associé à l'élaboration du CAAAL.

La classification adoptée est du type fermé et comprend 24 divisions principales (Code : Lettres A-Z):

- A – Métabolisme de l'alcool
- B – Biochimie expérimentale
- C – Biochimie clinique
- D – Physiologie expérimentale
- E – Physiologie clinique
- F – Nutrition
- G – Complications médicales expérimentales de l'alcoolisme
- H – Complications médicales cliniques de l'alcoolisme
- I – Désordres mentaux
- J – Psychologie expérimentale
- K – Psychologie clinique
- L – Alcoolomanie ou alcoolisme
- M – Traitement de l'alcoolisme – Réhabilitation des alcooliques
- N – Traitement des complications médicales de l'alcoolisme et de l'intoxication alcoolique
- O – Hérité
- P – Sociologie, anthropologie, culture, habitudes, histoire
- Q – Divisions géographiques, ethnologiques
- R – Statistiques médicales
- S – Statistiques socio-économiques
- T – Aspects légaux
- U – Dosage de l'alcool – Méthodologie
- V – Boissons alcooliques et alcools
- W – Education et propagande
- Z – Divers

La classification principale comprend, pour chaque lettre-clef du code, jusqu'à 92 sous-divisions; celles-ci peuvent être combinées entre elles, offrant ainsi des centaines de possibilités de sélection.

Par ailleurs, les recherches sont grandement facilitées par l'existence d'un index alphabétique clef (index-key) d'une quarantaine de pages avec plusieurs milliers de mots et de phrases, de synonymes et de renvois; toutes ces indications comprennent les lettres des divisions principales et les chiffres des sous-divisions.

Le code et l'index-key figurent dans le *CAAAL-Manual*; ce livre de quelque 155 pages peut être obtenu au Centre international d'alcoologie. Son achat est conseillé – mais non pas obligatoire – aux personnes appelées à consulter fréquemment le *Caaal*.

Utilité. Le CAAAL est destiné en premier lieu à la recherche scientifique; ses possibilités sont étonnantes. Il intéressera de ce fait les centres, instituts et bibliothèques universitaires, relevant des facultés de médecine, de pharmacie, de droit, de sociologie et de théologie; au même titre les écoles de service social et d'infirmières; les écoles d'agronomie; l'industrie pharmaceutique et les assurances; la viticulture et les brasseries; la presse.

Le CAAAL facilitera la compulsion bibliographique de thèses de doctorat et de travaux de diplôme; les étudiants gagneront non seulement un temps précieux, mais ils disposeront de plus d'informations complètes et précises.

Les données rigoureuses du CAAAL guideront le magistrat et l'avocat. Le médecin y trouvera une aide précieuse en matière de diagnostic et de thérapeutique.

Enfin, le CAAAL revêt une importance particulière, lorsqu'une initiative est envisagée en matière d'alcoolisation ou d'alcoolisme; il permet d'éviter des erreurs coûteuses.

Sa/2 – FACIA (Fichier analytique du CIA)

Le CIA a élaboré son propre fichier analytique en langue française; il contient 800 fiches; classification semi-fermée; rythme annuel d'augmentation: 125 analyses.

Sa/3 – FTDCIA (Fichier des thèses de doctorat et des travaux de diplôme consacrés à l'alcool, à l'alcoolisation et aux alcoolismes).

En voie d'élaboration: 1966–1968.

Sa/4 – RBCIA (Recherches bibliographiques du CIA)

Le centre est en mesure d'effectuer toutes les recherches bibliographiques se rapportant aux travaux d'alcoologie effectués entre 1901 et 1950. Cette prestation est faite à l'aide de la *International Bibliography of Studies on Alcohol* qui comprend 25 342 références.

En ce qui concerne la période comprise entre 1951 et 1965, le Centre international d'alcoologie est à même de fournir des renseignements valables.

IA/sb – Information et publications

Le CIA publie la revue semestrielle «*Etudes et informations d'alcoologie*».

Cette publication à teneur scientifique se propose de faire le point des connaissances actuelles en matière d'alcoologie; chaque numéro est consacré à un aspect particulier des divers problèmes posés par l'alcool, par l'alcoolisation ou par les alcoolismes.

Le Centre édite également des *monographies*.

La première est consacrée à la postcure médicale dans le traitement de la maladie alcoolique; il s'agit d'un travail du Centre hospitalo-universitaire de Lyon (E. Herriot), Service du Professeur Guichard. Cette monographie a été réalisée par le Dr Roger Reyss-Brion, avec la collaboration étroite des Drs M. P. Reyss-Brion et J. P. C. Vignat.

IA/RPP – Les prestations du CIA

L'administration générale du CIA fonctionne du lundi au vendredi de 8 heures à midi et de 14 à 18 heures.

Le service de documentation scientifique, avec sa bibliothèque spécialisée, le CAAAL, le FACIA et le RBCIA, est ouvert au public du lundi au vendredi de 14 à 18 heures.

En ce qui concerne plus particulièrement le CAAAL, les consultants pourront profiter d'une *assistance personnalisée*, avec un service de *traduction et de photocopie*. Les consultations peuvent se faire sur place, par téléphone, ou encore par écrit. Le CIA satisfera les demandes dans les plus brefs délais; il fera parvenir aux consultants les photocopies des analyses demandées, leur traduction écrite ou encore enregistrée sur bande magnétique. Le CIA établira également le répertoire bibliographique des analyses relatives à la demande, ainsi que des rapports d'ensemble.

Le CAAAL-*Manual* est en vente au Centre international d'alcoologie.

Il y a lieu de signaler, en accord avec l'Université de Rutgers, que le Centre ne dispose pas encore des fiches CAAAL antérieures à 1953; épuisées, elles sont en voie de réimpression. Le CIA consultera l'OMS pour toute demande antérieure à l'année 1953.

Pour tous les problèmes relevant du domaine de l'alcoologie, le CIA effectue, sur demande, des *recherches* et établit des *rapports détaillés*. Les demandes relatives à l'ivresse au volant seront traitées par un pénaliste spécialisé dans l'étude des rapports existant entre l'imprégnation éthylique et les accidents de la circulation.

Secrétariat antialcoolique Suisse, Lausanne