

jetzt schon zur Übung der Vokale für sich allein schreiten. Die Initialfunktion soll erst vorbereitet werden. Dazu dient der von mir vor reichlich 30 Jahren eingeführte Gleitton.

Man gehe vom Naturlaut *hā* aus und lasse ihn in Verbindung mit etwas nasalem Beigeräusch nicht in gleichbleibender Höhe, sondern als Gleitton in allerkleinsten Intervallen etwa im Umfang einer Terz aussprechen. Es kommt noch kein reiner Vokal zum Ausdruck, es ist ein Stimmgeräusch, das jeder Stimmbehinderte ausführen kann. Als Grundlage für die weiteren Übungen dient dies Stimmgeräusch. Zunächst wird es mit einem klanglich verwandten Vokal verbunden: *ha-e*, *hā-a*, *hā-o*, *ha-o-u*, usw.

Die Verbindung wird folgendermassen graphisch dargestellt: $\infty \omega$, also zunächst im behauptenden, später im Fragetone. Ist die Initialfunktion mit *hā* gesichert, so wird ein anderer Vokal als Ausgangspunkt bestimmt, der aber die Qualitäten der *hā* in sich birgt, z. B. *i-u*, *i-a*, *i-u-ö*, usw.

Man gehe zu sinnvollen Wörtern über: allein, im Hof, aufs Wort, usw. Es ist keine Befürchtung zu hegen, dass der zur Überleitung bestimmte Konsonant stören könnte. Die Benutzung der Tabelle lässt die Vokale so mächtig werden, dass das Konsonantengeräusch immer mehr zurücktritt. Der anderwärts geübte harte Einsatz (*spiritus durus*) oder Kehlkopfverschlusslaut wird *nicht* angewandt. Z. B.: *Alles ist eitel. Auf Eid und Ehre. Unbefleckte Ehre ist ein unschätzbares Gut.* Die Vokale gehen eine glatte Verbindung ein; die rhythmischen, dynamischen und melodischen Forderungen bleiben unverkürzt. Die von COËN eingeführten Sprechheiten erleichtern weiterhin den Sprechakt bei längeren Phrasen. Also: *Unbefleckte Ehre ist ein unschätzbares Gut.* Ein fernerer Beitrag zur erleichterten Methode ist die sogenannte Vokalextraktion. Die Vokale eines Wortes, einer Wortverbindung oder eines Satzes werden herausgehört und zusammenhängend unter Anwendung des leisen Einsatzes gesprochen. Allmählich werden die im sinnvollen Sprachgut enthaltenen rhythmischen und dynamischen Forderungen erfüllt; das monotone Sprechen hört auf.

Es ist bekannt, dass die Indifferenzlage der beim Sprechen in Tätigkeit tretenden Organe in Verbindung mit dem sich daraus ergebenden Sprachklangcharakter individuell verschieden ist. Die Erkennung der Herkunft des Sprechenden bedeutet für einen Phonetiker keine Schwierigkeit. Wie Higgins sofort feststellt, dass der Sprecher aus Selsey oder Lisson Grove, aus Largelady Park oder Cheltenham ist, so erkennt auch der Phonetiker die verschiedenen Dialekte bei eingessener Bevölkerung. Wichtiger aber für die anfängliche Behandlung ist die Fähigkeit, sich dem Klangcharakter des Sprechunsicheren anzupassen und schroffe Abweichungen hinsichtlich des Tempos, der dynamischen und melodischen Eigentümlichkeiten zu vermeiden, da dies eine Erschwerung bedeutet und den Fortschritt im sicheren Sprechen hemmt. Die Stimmtechnik allein wird nicht immer zum Ziele führen. Wie die Tatsachen beweisen, kann auch ein Gedächtnisfehler, eine Schwerfälligkeit in der Verknüpfung von Begriff und Wort die Ursache der Sprechunsicherheit sein.

Dann gilt es, ein dem geistigen Vermögen des Übenden angepasstes Denksprechen folgen zu lassen.

SZIKORSKI, Kiew, hatte schon vor mehr als 40 Jahren wertvolle Beiträge geliefert. Es würde zu weit führen, die pädagogischen Massnahmen zur Bekämpfung der verbogenen Logik des Sprechunsicheren zu erörtern. Die psychische Behandlung ist kein für sich bestehender Teil in der Reihe der Heilindikationen. Von Anbeginn an läuft diese neben den bereits genannten Heilfaktoren einher. Das in den meisten Fällen anzutreffende Minderwertigkeitsgefühl weicht allmählich, wenn es der Pädagoge versteht, vom ersten Augenblick an Erfolg zu erzielen; denn Ermutigung erwächst nur auf dem Boden *erlebter Erfolge*. Die auf dem Gebiete der Psychoanalyse hervorgetretenen Ärzte halten die psychische Beeinflussung für unentbehrlich.

Übersehen wir das Ganze, so müssen wir bekennen, dass die Erneuerung und Umerziehung des Sprechunsicheren das Ziel der gesamten Behandlung ist, eine Aufgabe, die den edelsten Bestrebungen an die Seite gestellt werden kann.

16. Dr JEAN TARNEAUD (Paris): *Evolution de nos connaissances en pathologie vocale.*

En partant du conditionnement physiologique de la vibration des cordes vocales, *nos recherches stroboscopiques* nous ont permis d'établir certaines données fondamentales de la pathologie vocale:

1° *L'existence des phénomènes réactionnels de la voix et leurs troubles.*

Pendant la phonation, une réaction est exercée de façon permanente par le résonateur pharyngien sur la vibration des cordes vocales. La genèse de cette réaction, mise en valeur par R. HUSSON, est la suivante: le son du larynx entretient dans le résonateur pharyngobuccal une onde complexe qui dépend de la forme et du volume de ce résonateur. Si le résonateur est accordé sur certains harmoniques convenables du son du larynx, l'onde est stationnaire ou quasi-stationnaire, et la réaction favorise la vibration des cordes vocales, en accord avec elle; on a, dans ce cas, une *réaction d'entretien*.

Si le résonateur n'est pas accordé sur le son du larynx, on ne peut plus parler d'onde stationnaire et la réaction sur le larynx est alors amortissante; d'où naissance de troubles réactionnels, qui ont été précisés dans une étude récente par R. HUSSON et nous-même.

2° *La vibration réduite des cordes vocales.*

Mode particulier d'adaptation fonctionnelle de la musculature laryngée, elle est la conséquence d'un déclassement vocal initial ou d'une extension trop importante de la voix vers l'aigu. Par une diminution de longueur de la partie vibrante des cordes vocales, le chanteur supplée à la déficience de ses possibilités anatomophysiologicals normales. Ce mode vibratoire semi-pathologique est particulièrement visible chez certains barytons ténorisants.

3° *Le syndrome sympathico-vocal.*

Etant donné que le fonctionnement physiologique de notre vie neuro-végétative est assuré par de multiples excitations extérieures ou intérieures, toute altération en qualité ou en quantité de ces excitations entraîne obligatoirement des troubles divers par voie sympathique réflexe.

L'expérimentation clinique montre notamment que certaines perturbations de la vaso-motricité et du tonus des organes phonateurs relèvent de cette étiologie.

Il y a donc lieu de souligner que l'examen laryngoscopique, en nous donnant la certitude de l'existence d'un trouble vocal, ne nous en fournit pas toujours la raison.

4° *La valeur de l'immobilité d'une corde vocale au cours de la phonation.*

Comme suite aux recherches de MALJUTIN, STERN, WEISS, nous estimons possible actuellement d'envisager deux séries de faits :

(a) Dans la plupart des cas, la corde, immobile en apparence sur partie ou totalité de la tessiture, vibre cependant, mais à une fréquence différente de son congénère. Personnellement, nous n'avons constaté ce fait qu'en concordance de troubles vocaux ; aussi, nous lui accordons un intérêt majeur du point de vue diagnostique et pronostique.

(b) Dans certains cas pathologiques, la corde vocale apparemment immobile ne vibre pas ; à l'examen laryngoscopique non stroboscopique, elle présente un bord net alors que la corde opposée a un bord flou décelant la vibration.

En déduction de ces faits, nos conceptions générales en pathologie vocale ont obligatoirement évolué et nous permettent d'affirmer :

(A) *L'existence d'une pathologie vocale d'ordre mécanico-acoustique.*

Conformément aux lois d'unité et d'interdépendance des organes phonateurs que nous avons énoncées en 1931, un grand nombre de modifications de la vibration des cordes vocales ne s'expliquent que par une perturbation des forces motionnelles et réactionnelles assurant l'équilibre dynamique de cette vibration.

Les troubles *motionnels* résultent de l'entretien défectueux de la vibration des cordes vocales sous l'action de la pression sous-glottique.

Les troubles *réactionnels* sont l'expression du désaccord entre le résonateur pharyngo-buccal et le vibreur laryngien. Ce désaccord donne lieu à une réaction aggravée qui entrave la vibration des cordes vocales et fait naître dans le larynx des suppléances musculaires compensatrices.

En conséquence de ces deux sortes de troubles, certaines myopathies laryngées prennent naissance, et peuvent, dans certaines conditions, aboutir à la formation du nodule.

(B) *La production de fréquentes altérations vocales par des affections somatiques diverses (humorale, gastro-intestinale, endocrinienne, amygdalienne, nasale, etc.).*

Les incitations sensibles adultérées, en provenance d'un trouble organique quelconque, peuvent déclencher un arc réflexe qui, trans-

mis aux organes phonateurs par la voie neuro-végétative, altère leur vaso-motricité et leur tonus musculaire.

L'existence d'une pathologie *sympathico-vocale réflexe* est confirmée par la guérison du trouble vocal, après traitement rationnel de l'affection causale, alors que toute médication appliquée aux organes phonateurs se montre inefficace.

(C) *La valeur qui s'attache aux variations de la chronaxie et du tonus des cordes vocales.*

Entre l'état paralytique et l'état normal, il y a place pour toute une gamme de perturbations nerveuses rarement reconnues. Le chapitre des *akynésies* et des *dyskinésies* apporte à la compréhension des troubles vocaux de cette étiologie, une classification logique et de précieux enseignements.

(D) *L'obligation de supprimer l'appellation de "trouble fonctionnel" et de toujours connaître la cause organique efficiente de toute perturbation vocale (souvent très éloignée des organes phonateurs), parce qu'elle seule permet la mise en œuvre d'une thérapeutique causale.*

(E) *La révision de la terminologie usitée.*

Ainsi, la notion de "*malmenage vocal*", vague et insuffisante. Si un mécanisme vocal est défectueux, il faut préciser *en quoi* et *pourquoi* il l'est, et *par quoi* il faut le remplacer.

De même, la donnée de "*raucité vocale*", qui, exprimant une altération du timbre, n'a pas une valeur clinique suffisante. La raucité n'est qu'un symptôme d'ordre assez général, et rien de plus.

Le terme de "*rhinolalie fermée*" est également impropre, parce qu'antithétique. Peut-on dire "parler du nez" alors que la voie nasale est close ?

Enfin, certaines spécifications non fondées sur les lois physiques ou sur l'étude bio-physiologique et pathologique sont d'une imprécision regrettable. Ainsi, par "*phonasthénie*", "*fatigue vocale*", etc., on exprime des états pathologiques trop imprécis, qui n'acquiescent de sens médical qu'avec l'adjonction de propositions complémentaires étiologiques et pathogéniques.

En définitive, nos recherches nous ont imposé une conclusion impérative :

La pathologie de la voix ne peut être considérée comme une entité médicale isolée et particulière. Elle doit s'intégrer dans le cadre de la biologie, de la physiologie et de la pathologie générales.

17. Prof. MILES L. HANLEY (Wisconsin) : *Phonographic recording.*

Phonographic recording is rapidly becoming an indispensable tool for research. Conventional transcriptions cannot adequately represent the unusual intervals of folk music, and many of the important characteristics of speech, such as voice quality, intonation, distribution of stress, speed and rhythm of utterance. Written records, however good, must contain a personal and subjective element.