

stase glaireuse, une tendance à la chronicité. C'est dire qu'elles exigent un traitement : en ordre principal par des lavages systématiques nasaux, de préférence légèrement alcalins d'après mon expérience, de façon à supprimer la stagnation glaireuse. Sans la suppression de celle-ci tous les topiques mis par le nez sont noyés dans le liquide pathologique et restent sans action.

Parmi les hémiparésies du voile du palais méconnues, j'ai noté un assez grand nombre d'enfants présentant un catarrhe ou une otite purulente unilatérales souvent accompagné d'un ganglion cervical engorgé de ce côté. On comprend le cycle à rompre par un traitement topique : stagnation unilatérale ou bilatérale de glaires, infection de celles-ci, entrée de mucus ou mucopus dans la caisse, infections des ganglions lymphatiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BITTER : „Der Botulismus”. *Ergebn. der allg. Path. und Path. Anat. der Menschen und Tiere*, 1921, p. 733.
- BOURGOIS : „A propos de deux cas de paralysie du pharynx”. Soc. de lar. des hôpitaux de Paris. *Annales O. R. L.*, 1931, p. 89.
- CHAMARIS : „Contribution à l'atrophie optique par botulisme”. *Revue d'O. N. Ophth.*, février 1938.
- COURTADE : „Des troubles de la voix d'origine naso-pharyngienne chez les chanteurs”. *Arch. Intern. de Lar. d'Ot. de Rhin.*, 1897, p. 646.
- GAREL : „De la parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie”. *Arch. Intern. de Lar. d'Ot. de Rhin.*, 1897, p. 237.
- KRAMER : cité d'après V. SCHOONHOVEN : l. c.
- KRITCHEWSKY, B. : „Hémiparalysie du voile d'origine dentaire”. *Revue de Stomatologie*, 1933, p. 211.
- KUSTENER : „Parésie du côté gauche du voile du palais et paralysie de la C. voc. g. au cours d'une grippe”. *Soc. lar.*, Berlin, 1895.
- LAURENS : *Précis d'O. R. L.*, Masson, 1931, p. 844.
- LESSIEUR, A. : *Des paralysies unilatérales du voile du palais*. Thèse de Paris, 1903 (Prof. Déjérine).
- LEREBOLLET : *Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie*. Ballière, 1928.
- MAURIQUAND, BERNHEIM et PUIG : „Paralysie faciale à rechute d'origine diphtér.”. *Lyon médical*, 1928 référé in *Rev. O. Neur. Ophth.*, 1929, p. 474.
- MEYER, K. F. : „Botulismus-Handbuch der Pathogenen Mikroorganismen”. *Handbuch Kolle-Kraus und Uhlenhuth*. Fischer, Iena, 1928, Band IV, 2. Teil, p. 1269.
- RAUGÉ : „Hémiplégie traumatique du voile du palais”. *Arch. Int. Lar.*, 1897.
- SCHÄUFELE, O. : „Ueber die Symptomatologie des weichen Gaumens und deren diagnostische Bedeutung”. *Arch. f. O. N. und Kehlkunde*, 1933, p. 137.
- SKRAMLICK : „Anatomie und Physiologie” in *Handbuch Denker u. Kahler*, p. 492.
- TARNEAUD : „Étude de la toux dite nasale”. *L'O. R. L. Internationale*, Lyon, juin 1938.
- VAN ERMENGHEM, E. : „Contribution à l'étude des intoxications alimentaires”. *Arch. de Pharmacodyn.*, 1896-1897, vol. III.

- VAN SCHOONHOVEN, VAN BEURDEN et CLARENBERG : „Het botulismus in Holland”. *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 18 December 1937.
- VERNIEUWE : „L'examen de la gorge dans le botulisme”. *Bulletin de l'Acad. royale de Méd. de Belgique*, 1920, et *Revue de Laryngologie de Bordeaux*, juin 1920.
- WETZEL : „Anatomie dans DENKER et KAHLER, p. 197.
- ZANNI : „Par. du voile du palais, de la corde vocale et de l'accommodation après angine de nature probablement non diphtérique” in *Valsalva*, 1934, référé dans *Annales Internationales d'O. R. L.* (prof. Chavanne, Lyon); tome XVIII, p. 527.

33. DR. FERNAND G. EEMAN (Ghent) : *Laryngoscopie directe chez l'enfant. Son utilité dans le diagnostic des troubles phonatoires.*

Parmi les troubles dysphoniques de l'enfance que le laryngologue ou le phoniatre est appelé à élucider ou à corriger, il en

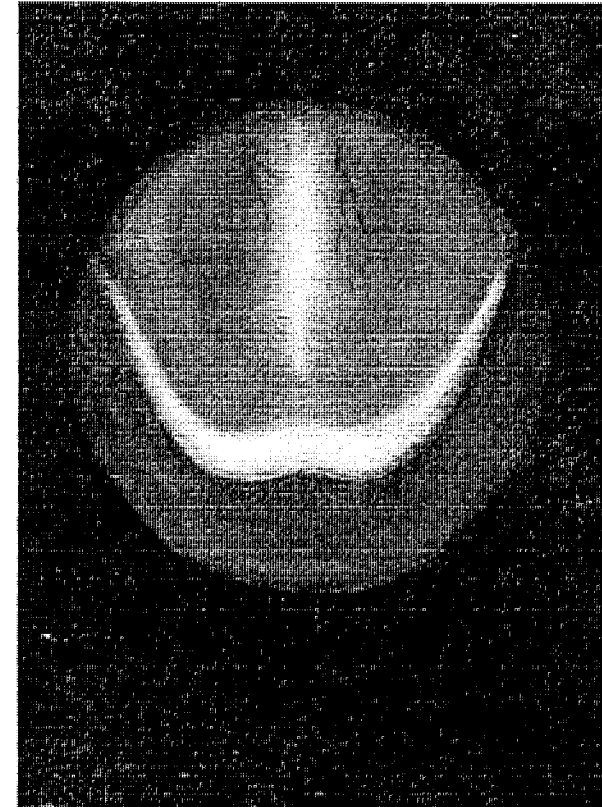


Fig. 1. Epiglote de l'adulte telle qu'elle se présente au cours de la laryngoscopie directe en position couchée dorsale. (Dessiné d'après C. Jackson.)

existe un certain nombre dont l'origine est exclusivement laryngée. D'autres fois elle sera multiple ou complexe mais le larynx y aura sa part. Ce sera parfois une anomalie anatomique qu'il convient de reconnaître, d'autres fois un trouble du développement qu'il faudra déceler ou encore un vice fonctionnel qu'il faut mettre en évidence.



Fig. 2. Epiglote de nourrisson et d'enfant. Sa forme est arquée contrairement à l'épiglotte de l'adulte (fig. 1) qui est aplatie. (Dessiné d'après C. Jackson.)

On peut affirmer que tout examen des troubles phonétiques repose sur une base obligatoire. Celle-ci est contenue dans la réponse à cette double question.

1° Le larynx, organe phonatoire par excellence, est-il anatomiquement normal?

2° Est-il fonctionnellement irréprochable?

Tâcher d'élucider l'origine et la cause de troubles phonatoires en s'abstenant de répondre à ces deux questions équivaudrait à édifier un immeuble important en négligeant de lui donner des fondations.

Le contrôle du larynx peut s'opérer de deux manières :

- 1° Par laryngoscopie indirecte au moyen du miroir laryngé,
- 2° Par laryngoscopie directe au moyen de laryngoscopes.

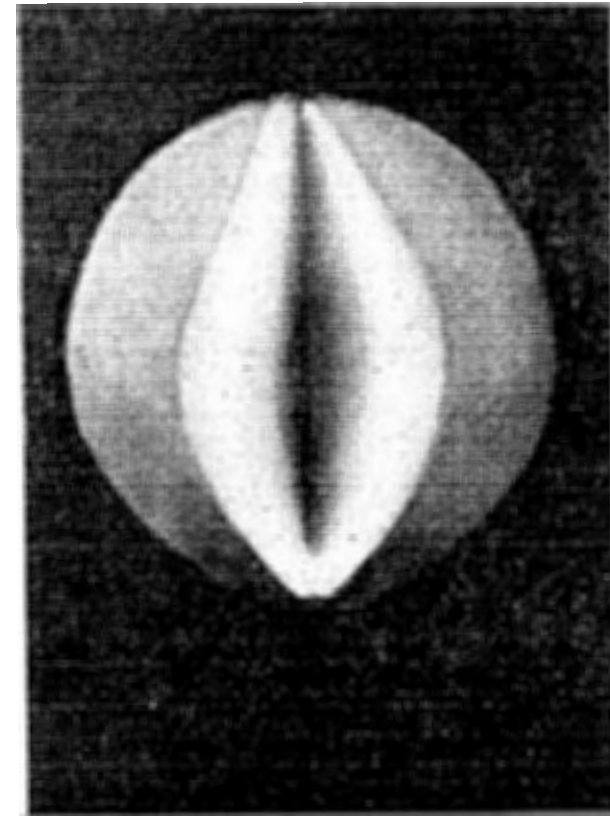


Fig. 3. Larynx d'enfant en occlusion spasmodique tel qu'il se présente au début de l'examen laryngoscopique direct. (Dessiné d'après C. Jackson)

La laryngoscopie indirecte, technique extrêmement simple, déjà ancienne et d'un rendement presque toujours excellent permettra un examen complet du larynx de la majorité des adultes. Les renseignements qu'elle fournira seront habituelle-

ment complets et permettront d'affirmer que le larynx examiné est anatomiquement et fonctionnellement normal ou au contraire, de dévoiler et de préciser ses anomalies.

Chez l'enfant et plus encore chez le nouveau-né, le problème diagnostique est entièrement différent.

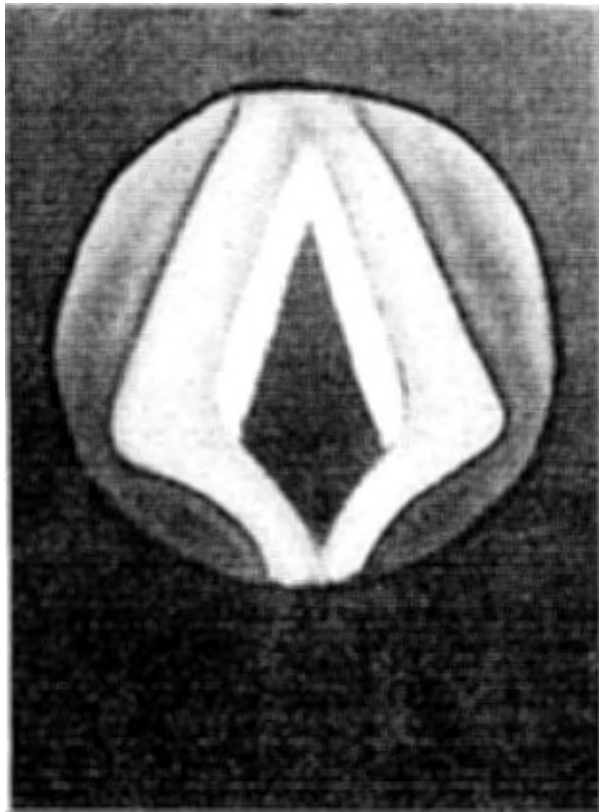


Fig. 4. Larynx d'enfant en inspiration. (Dessiné d'après C. Jackson.)

La laryngoscopie indirecte s'y montre presque toujours inopérante par manque de coopération de la part de l'enfant examiné. S'il est vrai qu'un laryngologue habile aura parfois une vision rapide du larynx de l'enfant il est tout aussi vrai qu'un examen complet et méthodique de cet organe sera presque toujours impossible chez le nouveau-né ou l'enfant de moins de 5 ans.

Force nous est donc de recourir à une technique différente pour accomplir l'examen obligatoire que nécessite le diagnostic des troubles phonatoires.

La laryngoscopie directe résoud d'une façon élégante le problème posé.

Technique relativement récente et dont la diffusion dans les milieux laryngologiques eux-mêmes est encore incomplète, elle présente de tels avantages qui lui sont propres, qu'elle mérite d'être mieux connue et de se généraliser.

Pas plus que l'examen au miroir laryngé, la laryngoscopie directe n'exige une anesthésie quelconque.

L'examen à condition d'être pratiqué suivant une technique correcte par un opérateur dénué de brutalité sera parfaitement indolore et si le contact de la spatule peut provoquer des mouvements nauséux quelque peu pénibles, ceux-ci seront à la fois moins désagréables et de moins longue durée que les pulvérisations, instillations, badigeonnages que nécessiterait une anesthésie, même imparfaite, du carrefour pharyngo-laryngé. L'anesthésie locale étant considérée comme dangereuse chez l'enfant par un grand nombre de médecins (probablement à tort d'ailleurs) et l'anesthésie générale étant manifestement en disproportion avec la bénignité de l'examen envisagé, aucune critique à la laryngoscopie directe sans anesthésie ne peut être formulée.

Cette absence d'anesthésie réduit à des proportions minimales l'importance de cet examen laryngoscopique direct. Cette bénignité est un des facteurs qui doivent inciter à en faire un usage plus étendu et plus généralisé.

Un second facteur consiste dans son efficacité.

Alors que la possibilité d'un examen laryngé complet chez le jeune enfant au moyen du miroir laryngé est très réduite, la laryngoscopie directe par contre permettra un examen complet dans tous les cas et quelque jeune que soit le patient.

L'instrumentation en est-elle complexe et la technique difficile à acquérir?

Certainement pas. L'instrumentation se réduit à une spatule avec système d'éclairage et à un appareil aspirateur servant à écarter les sécrétions durant l'examen.

L'instrumentation-type et la plus universellement utilisée est celle de CHEVALIER JACKSON ; le laryngoscope est extrêmement simple et se compose d'une spatule tubulaire creuse, montée à demeure sur une poignée. L'éclairage est fourni par une ampoule située à l'extrémité active de la spatule et reliée à une pile qui lui sert de source d'énergie. Une tige creuse reliée à une trompe à eau ou à une pompe électrique constitue l'appareil aspirateur des sécrétions.

La technique opératoire est simple et bien qu'elle comporte une série de détails pratiques qui ont chacun leur importance, tout médecin doué d'une habileté manuelle moyenne peut rapidement la maîtriser s'il veut s'y appliquer.

L'interprétation de l'image vue en laryngoscopie directe exige cependant une certaine habitude car par divers détails elle est différente de celle que nous présente le miroir laryngé. L'image vue dans le miroir laryngé est déformée par la diminution de sa hauteur tandis que sa largeur reste normale et est en outre inversée à la fois latéralement et antéro-postérieurement, la corde vocale droite étant vue à gauche et vice versa et la commissure antérieure semblant être située en arrière.

En laryngoscopie directe au contraire il n'existe aucune déformation de l'image, notre œil percevant le larynx tel qu'il existe anatomiquement. La corde vocale droite est vue à droite et la commissure antérieure est aperçue en avant.

L'image du larynx de l'enfant présente certaines particularités qu'il est utile de signaler et que des dessins mettront mieux en évidence.

L'épiglotte de l'enfant est fortement incurvée à l'encontre de l'épiglotte de l'adulte qui est à peine arquée (fig. 1). Cette courbure est parfois tellement accusée que l'épiglotte prend la forme d'un omega (Ω) (fig. 2).

L'épiglotte étant chargée sur la spatule, le larynx lui-même devient visible mais il se présente presque toujours en état de contracture spasmodique (fig. 3). Ce n'est qu'après relâchement du spasme initial que le larynx s'entr'ouvre et laisse voir les cordes vocales (fig. 4). Ces dernières n'ont pas le reflet nacré habituel auquel l'examen au miroir laryngé nous a habitués. Les cordes sont ternes et roses au lieu d'être brillantes et blanches.

Ces quelques particularités de l'aspect du larynx normal chez l'enfant, particularités auxquelles nous devons être initiés pour le différencier du larynx pathologique, nous permettront de retirer le maximum de renseignements utiles de l'examen endoscopique direct.

Ce dernier nous donnera bien souvent la clef des troubles dysphoniques dont nous recherchons l'origine et aura en outre l'avantage magnifique de nous permettre souvent d'y porter remède.

Ce rôle thérapeutique de la laryngoscopie directe, venant se superposer à son rôle diagnostique mettra mieux en valeur encore l'utilité de cette technique récente et inoffensive.

34. Dir. ADOLF SULYOMI-SCHULMANN (Budapest): *Der Stotterer im Lichte der Konstitutionsanalyse.*

Das Bestreben der Sprachheilkunde geht heute dahin, dass sie nicht nur die kranken Sprachorgane und die Sprachfehler, sondern die ganze Persönlichkeit des sprachkranken Menschen zu heilen trachtet. „Der Stotterer ist mehr, als ein Mensch mit einer iterativ-spastischer Sprachstörung. Er ist nicht nur eine extreme Variation des Sprechvermögens, sondern eine extreme Variation in seiner Gesamtorganisation, in seiner Gesamtpersönlichkeit.“ (SZONDI.)

Im Laboratorium für Pathologie und Therapie der Heilpaedagogischen Hochschule zu Budapest (Leitender Oberarzt: Dr. L. SZONDI), welches Institut die ärztliche Untersuchung und Beihilfe des gesamten Zöglingmaterials der Staatlichen Sprachheilstalt zu Budapest versieht, wurden im Jahre 1931 hundert Stotterer mit der Methode der Konstitutionsanalyse untersucht, um die Persönlichkeit des Stotterers feststellen zu können. Man versuchte die Frage zu klären, ob in der biologischen Persönlichkeit der Stotterer irgend ein einheitlicher und gleichwertiger konstitutioneller Fehler oder eine funktionelle Abnormität vorhanden ist? Zuerst bestrebte SZONDI festzustellen, ob in der morphologischen und funktionellen Organisation der Persönlichkeit die Stotterer mehr extreme Varianten, bzw. atypische Reaktionen aufweisen, als die Durchschnittsbevölkerung? Die Ergebnisse der Untersuchungen an 100 Stotterern wurden dann mit den Daten von 1650 sprachgesunden Kindern verglichen, die SZONDI in 1929 in seiner Arbeit: *Antrophologie der budapester armen Kinder* veröffentlicht hat. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ergab folgende Tatsachen:

Auf dem Gebiete des Wachstums und der Gewichtszunahme ist die Zahl der extremen Abweichungen nicht grösser, als unter den sprachgesunden Durchschnittskindern. Hingegen aber fand man, dass der Schädelumfang der Stotterer sechsmal so oft von extremer Grösse ist, als der der normalen Kinder. (Untersuchungsangaben von 1647 gesunden Kindern.) Extrem gross oder extrem klein war der Schädelumfang bei 23 % der Stotterer; in der Durchschnittsbevölkerung: 4,5 %. 27 % der Stotterer waren geschlechtlich unreif, hypogenital. Bei 43 % war die Sella turcica, der Türkensattel in Form und Grösse vom extremen Typus. Da die Hypophyse das regulierende Organ des Stoffwechsels, des Blutkreislaufes, der geschlechtlichen Entwicklung und der Fettverteilung ist, muss man daran denken, ob bei den Stotterern die Funktion der Hypophyse nicht etwa gestört sei? Bei 21 % der Stotterer war die Funktion der Schilddrüse nicht normal: Unter — oder Ueberfunktion.