

transposition d'organes très-singulière. Par suite d'un empyème de la cavité gauche de la poitrine, le cœur avait été refoulé du côté droit. Quelque temps avant la mort le sujet ayant bu une limonade gazeuse, l'estomac gonflé par le gaz s'était tordu sur lui-même à la région cardiaque, de sorte que rien ne pouvait s'en échapper. Ainsi distendu, cet organe occupait pour ainsi dire la totalité de l'abdomen; du gaz même s'était infiltré entre ses tuniques pariétales, en y produisant un emphysème.

Indépendamment de la méthode générale d'examen, exposée plus haut, il est encore essentiel de faire usage de divers modes spéciaux d'investigation tels que : l'inspection, la palpation, la mensuration, la percussion, l'auscultation, l'examen au microscope à l'aide des réactifs chimiques, etc. A l'aide de ces moyens notre diagnostic acquerra la précision et la certitude qui caractérisent les résultats des sciences physiques. Jusqu'à une époque relativement rapprochée de nous, les médecins posaient leur diagnostic et leur pronostic, dans les maladies internes, uniquement d'après l'observation des symptômes fonctionnels. Mais ceux-ci, n'étant d'ordinaire autre chose que des sensations accusées par le malade, varient d'heure en heure, suivant les circonstances, tandis que les lésions pathologiques qui les provoquent restent les mêmes, offrent beaucoup moins d'incertitude. Anciennement, on croyait que toute altération organique donnait lieu à un certain ensemble de symptômes qu'il suffisait de connaître pour pouvoir déterminer l'affection du tissu. Cette idée ne résiste pas à l'observation clinique, qui démontre que beaucoup de lésions différentes peuvent se manifester par des symptômes identiques, et que parfois, les affections organiques graves, au point même d'être mortelles, ne présentent absolument aucun symptôme. Les cas de dégénérescence graisseuse du cœur, de dégénérescence athéromateuse des vaisseaux du cerveau ne donnent souvent lieu à aucune manifestation symptomatique quelconque, jusqu'à ce qu'une mort subite survienne à la suite de syncope ou de coma. Il résulte de ces faits que toutes les fois que l'exploration physique est praticable, il faut y avoir recours, mais sans négliger les indications symptomatiques. C'est en grande partie au développement remarquable donné à cet ordre de connaissances qu'est dû le progrès si rapide de la médecine dans le cours du siècle actuel.

INSPECTION.

L'inspection partielle ou générale du corps dans ses diverses positions est souvent de la plus haute importance. Elle est indispensable dans l'examen des recrues pour l'armée; mais elle est rarement applicable dans les hôpitaux, et moins encore dans la pratique privée. La pudeur le défend chez les femmes. Cependant la partie affectée doit toujours être livrée à l'inspection, et la négligence de cette règle a souvent donné lieu à des méprises regrettables. Il sera traité plus bas des éruptions diverses

qui se montrent à la surface du corps. Je ne m'arrêterai, brièvement ici, qu'à l'inspection de l'attitude générale, du facies, du thorax, de l'abdomen, du pharynx, du larynx et des fosses nasales postérieures.

Inspection de l'attitude générale. La manière dont le malade se tient, au repos et quand il marche, est souvent, pour le diagnostic, un trait de lumière. Ainsi dans la fièvre, dans les inflammations aiguës, dans l'hémiplégie, dans la paralysie, dans l'hydrothorax, dans l'asthme, durant les coliques ou dans les affections spasmodiques, et même dans les différentes formes des maladies mentales, la position et les attitudes que prend le corps sont des plus caractéristiques. Leur description néanmoins doit être renvoyée aux chapitres qui traitent de ces diverses maladies. En thèse générale, le decubitus sur le dos indique la faiblesse, des changements de position rapides et violents dénotent la surexcitation du système nerveux ou des spasmes, tandis que des mouvements partiels et limités dépendent soit d'une paralysie, soit de douleurs inflammatoires.

Inspection du facies. Elle est tellement importante qu'on la pratique instinctivement dans le but d'apprécier l'intensité de la douleur, le trouble des sentiments ainsi que l'état général, moral et physique du malade. Il faut au médecin une longue expérience, fruit de l'observation, pour arriver à saisir les indications qui s'offrent ainsi à lui. La surface de la peau est parfois tellement altérée que l'individu en reçoit une sorte de cachet particulier. C'est le cas notamment dans les affections chroniques des voies digestives. Les modifications des vaisseaux et du sang occasionnent de la pâleur ou de la rougeur, la teinte jaune et terreuse observée dans quelques affections organiques, des états de gonflement ou de retrait, de chaleur ou de froid, de sécheresse ou de moiteur. Les altérations des tissus sous-cutanés et musculaires produisent l'emaciation ou l'œdème, de la langueur et diverses variétés de convulsions et de paralysies. Les traits de l'individu méritent aussi quelque considération, spécialement les yeux et la bouche. La douleur, quand elle a son siège à la tête, fait rider le front; quand elle affecte la poitrine, elle tire en haut les ailes du nez; si c'est l'abdomen qui en est le siège, les lèvres s'élèvent et se tendent sur les gencives et les dents. Ces changements s'observent plus facilement chez les enfants où ils ne sont pas entravés par l'action de la volonté.

Inspection de la poitrine. Elle se rapporte à la forme et à la configuration du thorax dans son ensemble ou dans ses diverses parties, ainsi qu'à une comparaison scrupuleuse des deux côtés du thorax au repos et pendant le mouvement. Il est souvent difficile, quand les changements sont peu marqués, de les reconnaître par la seule inspection. Pour y arriver, il faut disposer d'une bonne lumière et de plus, que le malade et l'observateur soient placés dans une position convenable. Celui-ci se tiendra, autant que possible, juste en face du sujet, lequel, si rien ne s'y oppose, devra être sur son séant. La poitrine peut être altérée, au point d'être irrégulière et d'avoir perdu sa symétrie, par suite de déformations congénitales

ou acquises, soit des os de la colonne vertébrale, soit de ceux des parois thoraciques. Certains points peuvent se distendre et faire saillie, comme dans les cas d'empyème et de tumeurs thoraciques ou au contraire se déprimer et se rétracter, comme il arrive dans la phthisie chronique. Il s'est présenté, dans le service du Dr Spittal, au Dispensaire Royal de cette ville, un cas où il y avait un retrait si considérable d'un côté, que l'élève de service avait mis des compresses du côté sain, croyant avoir affaire à une tumeur, au lieu d'une proéminence naturelle. Les mouvements de la poitrine sont relatifs à l'inspiration et à l'expiration (1). Ces mouvements passent de l'une à l'autre d'une manière imperceptible, mais il dépend de la volonté de les accélérer ou de les prolonger.

L'inspiration forcée, chez la femme, produit un mouvement du thorax plus prononcé que chez l'homme où il se reporte davantage du côté de l'abdomen. A l'état morbide, ces mouvements se modifient de diverses façons : 1° par augmentation ou diminution générale, comme dans les cas d'asthme spasmodique ou d'obstruction du larynx; 2° par immobilité partielle comme dans la pleurésie, ou bien par une expansion plus large, par exemple, dans le côté sain chez un sujet atteint de pneumonie ou de pleurésie unilatérale; 3° par plus de rapidité, comme dans la péricardite, ou bien par une lenteur extraordinaire comme dans le coma.

Inspection de l'abdomen. L'abdomen en santé est légèrement convexe et présente des protubérances et des dépressions correspondant aux muscles de ses parois, à l'ombilic et aux proéminences des viscères qu'il recèle. Sa forme varie, du reste, avec l'âge et le sexe; il est plus égal et plus aplati dans la jeunesse que dans l'âge adulte, plus élargi à la partie inférieure chez la femme que chez l'homme, par suite de la plus grande largeur du bassin. Dans certaines maladies il peut : 1° s'agrandir dans son ensemble et d'une manière symétrique, comme dans les hydropisies, ou bien partiellement et irrégulièrement par suite de tumeurs de l'ovaire, du foie, de la rate et d'autres organes; 2° se rétracter, d'une manière uniforme,

(1) « Durant l'inspiration les clavicules, les premières côtes et par leur intermédiaire le sternum et toutes les côtes qui s'y attachent s'élèvent; les côtes supérieures convergent et les inférieures s'écartent; les cartilages supérieurs forment un angle droit avec le sternum et les cartilages inférieurs, à partir de la septième côte en descendant, se meuvent en s'écartant l'un de l'autre, de façon à élargir l'espace abdominal entre eux, juste au-dessous du cartilage xyphoïde. L'effet produit est donc d'élever, d'élargir et d'approfondir la poitrine dans son ensemble, de raccourcir le cou et en apparence d'allonger l'abdomen. Pendant l'expiration c'est l'inverse qui a lieu. Le sternum et les côtes descendent, les supérieures en divergeant, les inférieures en convergeant; les cartilages supérieurs forment un angle plus obtus avec le sternum et les inférieurs se rapprochent, de façon à rétrécir l'espace abdominal qui est entre eux, juste au-dessous de l'appendice xyphoïde. L'effet général est donc d'abaisser, de rétrécir et d'aplatir la poitrine dans son ensemble, d'allonger le cou et en apparence, de raccourcir l'abdomen. Il faut observer que dans l'inspiration, pendant que les côtes et le sternum s'élèvent, les poumons, le cœur, ainsi que les organes abdominaux subissent un mouvement de descente, il s'en suit que relativement aux côtes, ce mouvement de descente des organes internes paraît plus grand qu'il n'est en réalité. » (Sibson.)

par l'effet d'une extrême émaciation, ou seulement dans certains endroits, par suite d'une obstruction locale des intestins.

Les veines abdominales superficielles augmentent parfois considérablement de volume, il arrive même que l'on y distingue des pulsations manifestes, sous la dépendance d'affections profondes, cardiaques, ou artérielles. De même que la poitrine, l'abdomen est toujours en mouvement et suit l'acte de la respiration; il devient plus proéminent pendant l'inspiration et s'affaisse durant l'expiration. Ces mouvements respiratoires de l'abdomen sont dans un certain balancement avec ceux de la poitrine, plus prononcés quand ceux-ci sont diminués ou suspendus et vice-versà. Ainsi, dans la pleurésie, la respiration est en grande partie abdominale, tandis que dans la péritonite elle est entièrement thoracique. Les variations qui s'observent lors du trouble des relations des mouvements respiratoires entre le thorax et l'abdomen sont souvent des plus significatives, surtout dans les cas de dyspnée, causée par un hydrothorax, par un asthme spasmodique, par l'anémie, l'ascite, les tumeurs abdominales, etc.

Inspection du pharynx. Pour la pratiquer convenablement, il est nécessaire de déprimer la langue, à l'aide d'une large spatule montée à angle

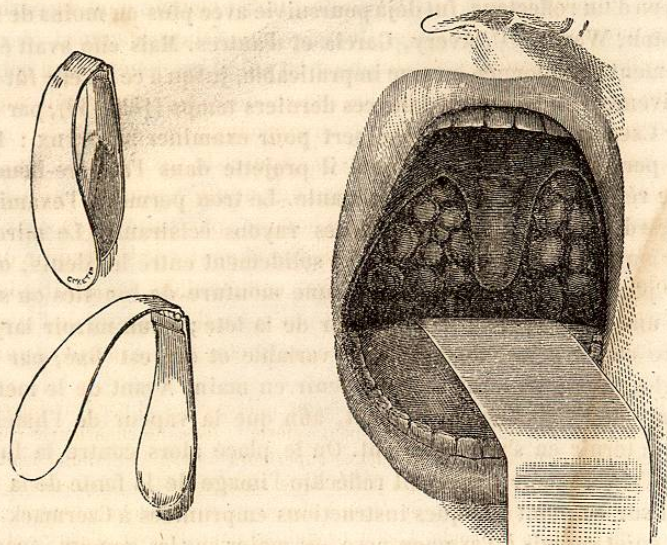


Fig. 4.

Fig. 5.

droit sur un manche. La forme la plus convenable est celle qui est représentée ci-dessous (fig. 4). On peut, du reste, s'en procurer de toutes les dimensions et de tous les modèles, chez les fabricants d'instruments de chirurgie. On rencontre les plus grandes différences chez les diverses personnes, eu égard à la facilité avec laquelle elles supportent la pression

Fig. 4. Spatules pour déprimer la langue — réduction au tiers.

Fig. 5. Cas très avancé de pharyngite folliculaire (d'après Horace Green).

sur le dos de la langue. Chez quelques-unes, cet organe se laisse déprimer avec la plus grande facilité et l'on parvient à découvrir aisément le sommet de l'épiglotte. Chez d'autres, on n'y arrive qu'en provoquant de la toux, des nausées ou un sentiment de suffocation. Chez quelques individus on rencontre une telle sensibilité que le moindre contact provoque des spasmes. Cependant ces cas sont rares et dans la plupart, des efforts réitérés et une sorte d'éducation des parties permettent au praticien, après un temps plus ou moins long, de découvrir aisément les amygdales, les piliers du voile, la luette, le fond du pharynx et le bord supérieur de l'épiglotte. De la sorte, on constate promptement l'hypertrophie, l'ulcération des amygdales, de la luette, ainsi que les ulcérations diverses de la membrane muqueuse. Parmi ces affections, l'une des plus communes est la pharyngite folliculaire. Elle se montre sous forme d'élevures circulaires, rouges, comme des moitiés de pois, plus ou moins serrées les unes à côté des autres; à la surface de la muqueuse. Parfois ces petites tumeurs forment des agrégats, comme dans le cas représenté par la fig. 5.

Inspection du larynx. L'idée d'éclairer le larynx et de le rendre visible au moyen d'un réflecteur, fut déjà poursuivie avec plus ou moins de succès, par Liston, Warden (1), Avery, Garcia et d'autres. Mais elle avait été successivement abandonnée comme impraticable, jusqu'à ce qu'elle fût remise définitivement en honneur, dans ces derniers temps (1858-59), par le professeur Czermack de Pesth. Il se sert pour examiner le larynx : 1° d'un miroir perforé, au moyen duquel il projette dans l'arrière-bouche, la lumière réfléchie d'une lampe puissante. Le trou permet à l'examineur de regarder suivant l'axe direct des rayons éclairants. Le miroir est attaché à une tige coudée qui se tient solidement entre les dents; on peut le fixer plus commodément encore à une monture de lunettes ou simplement à une bande qui s'attache autour de la tête; 2° un miroir laryngien en verre ou en acier, de grandeur variable et qui est fixé, par un de ses angles, à une tige qui sert à le tenir en main. Avant de le mettre en position, on le chauffe légèrement, afin que la vapeur de l'haleine ne puisse le ternir en s'y condensant. On le place alors contre la luette et l'œil de l'observateur y aperçoit réfléchie l'image de la fente de la glotte.

Voici sur ce point quelques instructions empruntées à Czermack :

« Le sujet soumis à l'examen pose ses mains sur les genoux, avance un peu la partie supérieure du corps, ainsi que le cou, mais avec la nuque un peu renversée en arrière. Il tient la bouche largement ouverte pendant que la langue est maintenue abaissée et légèrement tirée au dehors. L'observateur s'assied en face du sujet, tient entre les dents le manche du miroir illuminateur et regarde à travers l'ouverture centrale. Le

(1) Le Dr Warden d'Edimbourg, dès 1843, montra distinctement le larynx au moyen d'une spatule et d'un prisme réflecteur, inventé à cet effet. (*Edinburgh Monthly Journal of Medical Science*, 1843, p. 552.)

miroir laryngé introduit ensuite dans l'arrière-bouche, à l'aide de la main droite, est éclairé par la lumière projetée par le grand miroir réflecteur. La main gauche peut se placer sur l'épaule du patient et sert à lui fixer le menton et la nuque, ou encore elle tient l'abaisse-langue que l'on confie pourtant d'ordinaire au patient lui-même. Après avoir bien réglé l'éclairage de la partie postérieure de la bouche, ainsi que la position respective, on chauffe le laryngoscope, dont on a soin d'essayer la température par le toucher. Ces préliminaires terminés, on dit au patient d'ouvrir la bouche largement, de faire des inspirations profondes et de pousser le son *ah*. En même temps, on tâche de placer le dos du miroir laryngoscopique contre la luette et le voile du palais; ces parties étant ainsi soutenues, on donne au miroir l'inclinaison convenable. Il est parfois impossible d'éviter le contact de la paroi postérieure du pharynx. On se guidera d'ailleurs par l'image ainsi obtenue. Telle est notre manière de commencer toute exploration laryngoscopique. La pratique et la réflexion apprendront plus tard, à l'opérateur les modifications qu'il doit faire subir à ce procédé, suivant les circonstances spéciales; s'il doit, par exemple, avancer ou retirer un peu le laryngoscope, le courber, le baisser ou l'élever, changer la position et l'attitude du sujet, élever sa chaise, etc. »

Le procédé le plus commode, à mon avis, pour examiner le larynx est celui que j'ai fait représenter dans le dessin suivant. Lorsque l'on n'a pas

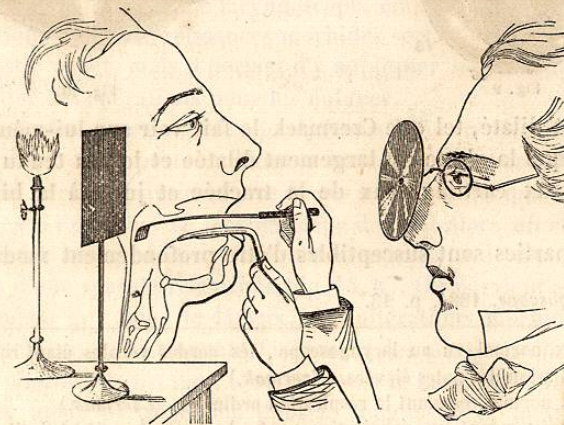


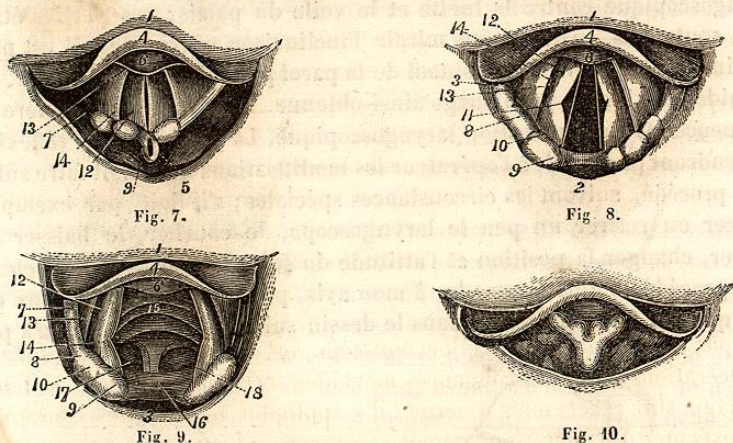
Fig. 6.

à sa disposition un rayon de soleil direct, dans une chambre obscure, ce qui est toujours la meilleure méthode d'éclairage, on se tire également bien d'affaire si l'on peut disposer d'un jet de gaz brillant, dont on évite l'éclat au moyen d'un écran, afin de ne pas être ébloui. La lumière, dans ce cas, se place près de l'oreille du patient, du côté opposé à l'œil

Fig. 6. Manière de se servir du laryngoscope et de l'abaisse-langue. La lumière est fournie par un jet de gaz mobile dont l'observateur évite l'éclat, au moyen d'un écran monté sur un pied.

dont se sert l'observateur et cela afin de diminuer autant que possible, l'inclinaison du réflecteur en avant. Un éclairage brillant est indispensable; on se le procure aisément au moyen d'un globe de verre de 0,15 centimètres de diamètre, rempli d'eau, et qu'on place en avant d'une bonne lumière, en guise de lentille, ainsi que l'a recommandé le Dr Walker (1). Au lieu de se servir de l'abaisse-langue, on peut encore saisir le bout de la langue entre le pouce et l'index, garnis d'un linge et la maintenir de cette façon. Ce procédé facilite l'examen, surtout si le patient veut se charger de cet office.

Les figures suivantes représentent le larynx normal modérément fermé



et entièrement dilaté, tel que Czermak le fait voir sur lui-même ou sur d'autres. Lorsque la glotte est largement dilatée et le cou tendu, on peut voir les anneaux cartilagineux de la trachée et jusqu'à la bifurcation des bronches.

Toutes ces parties sont susceptibles d'être profondément modifiées par

(1) *The laryngoscope*, 1864, p. 13.

Fig. 7. Larynx normal vu au laryngoscope, les cordes vocales étant rapprochées, comme dans l'émission des notes élevées. (Czermak.)

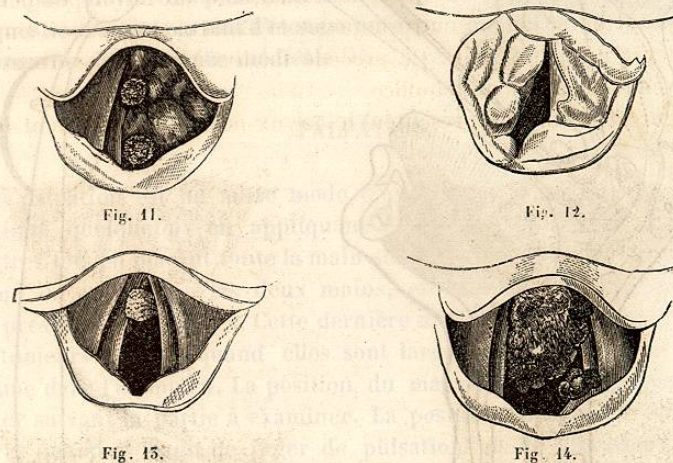
Fig. 8. Larynx normal, pendant la respiration ordinaire. (Czermak.)

Fig. 9. Le même pendant une inspiration profonde, la trachée étant droite. On y voit la glotte largement dilatée et à travers son ouverture on distingue les anneaux de la trachée et la bifurcation des bronches. (Czermak.)

Explication des trois dernières figures : 1. Base de la langue. 2. Paroi postérieure du pharynx. 3. Entrée de l'œsophage, la ligne de démarcation entre la paroi du pharynx et la surface postérieure du larynx. 4. Épiglote. 5. Cartilages aryénoïdes. 6. Coussin de l'épiglotte. 7. Ligament aryéno-épiglottique. 8. Tubercule correspondant au cartilage de Wrisberg. 9. Tubercules des cartilages de Santorini. 10. Tubercule qui existe parfois entre les deux précédents. 11. Apophyses des cartilages aryénoïdes. 12. Cordes vocales inférieures. 13. Cordes vocales supérieures. 14. Ventricules de Morgagni. 15. Paroi antérieure de la trachée. 16. Paroi postérieure de la trachée. 17. Bronche droite. 18. Bronche gauche.

Fig. 10. Fermeture complète de la glotte, comme dans l'acte de la déglutition. (Czermak.)

certaines affections, telles que de l'œdème, des ulcérations, des cicatrices, des excroissances morbides, des irrégularités dans la forme de la glotte et de la membrane muqueuse, toutes affections que l'on arrive facilement à reconnaître et dont on a déjà publié plusieurs cas intéressants. A mesure que l'usage du laryngoscope se généralisera, ces descriptions ne manque-



ront pas de se multiplier. Le laryngoscope, en découvrant à nos regards, les ulcérations et les excroissances morbides sert non-seulement à établir un diagnostic exact, mais il permet d'y appliquer les remèdes appropriés ou d'exécuter des opérations pour les enlever.

Inspection des fosses nasales postérieures. Si au lieu de diriger le miroir en bas, on le porte derrière la luette en le tournant en haut, on découvre la partie postérieure des fosses nasales ainsi que les ouvertures des trompes d'Eustache. Le laryngoscope devient alors un *rhinoscope*. On est quelquefois obligé de tirer la luette en avant à l'aide d'un petit crochet mousse ou d'une spatule recourbée (fig. 15, K). On parvient ainsi à découvrir, de même que dans le larynx, des altérations morbides telles que polypes, etc., qui se distinguent facilement des parties saines.

Le Dr Voltolini, de Breslau, a montré tout le parti que l'on peut encore tirer de ce mode d'exploration dans le diagnostic et le traitement des maladies de l'oreille. Il recommande, pour déprimer la langue, de substituer à la spatule une plaque de gutta-percha, où l'on pratique deux petites fentes de manière à former une petite languette sous laquelle on engage la tige du miroir. Cette tige servant ici à déprimer la langue doit

Fig. 11. Dégénérescence de la fausse corde vocale (supérieure) droite en une masse dure, coriace et ulcérée. (Czermak.)

Fig. 12. Cicatrices et perte de substance du larynx. (Czermak.)

Fig. 13. Polype implanté sur la corde vocale droite; cause réelle d'une aphonie supposée nerveuse. (Czermak.)

Fig. 14. Gros polype mûriforme de nature épithéliale. (Czermak.)

offrir une solidité en rapport avec cette destination. Cette disposition offre l'avantage de pouvoir diriger le miroir et abaisser la langue à l'aide d'une seule main (1), ce qui n'est pas sans importance, puisque l'autre

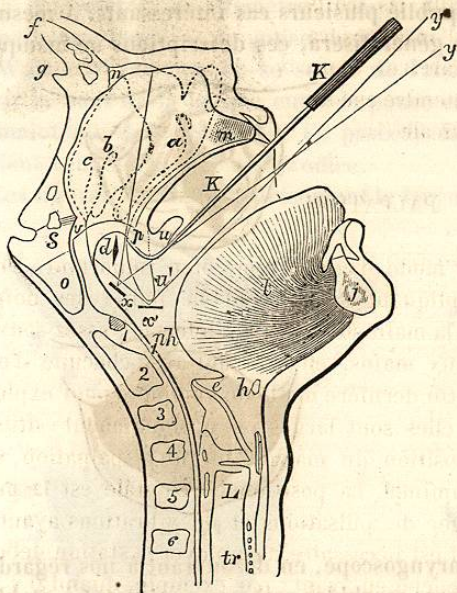


Fig. 15.

main va servir à attirer la luette en avant au moyen du petit crochet. Lors même que le patient abaisse lui-même sa langue, ce que du reste, il fait rarement bien, on trouvera fort difficile de ne pas intercepter les rayons lumineux à moins d'abaisser la main qui manie le rhinoscope, à peu près comme s'il s'agissait de déprimer la langue.

L'application de ces instruments, la direction à donner à la lumière, et la nécessité de vaincre la sensibilité des parties voisines, exigent du praticien, beaucoup d'exercice, de patience et de persévérance. De même

(1) *Archives de Virchow*, Band. 21, s. 45.

Fig. 15. 1-6. Section des six vertèbres cervicales supérieures; *o*, coupe de l'apophyse basilaire de l'occipital; *s*, coupe du corps du sphénoïde et sinus; *g*, apophyse cista galli de l'ethmoïde; *f*, os frontal et sinus; *n*, os du nez du côté gauche; *m*, apophyse palatine du maxillaire supérieur séparant la bouche des fosses nasales; *v*, bord postérieur ou pharyngien du vomer; *d*, orifice de la trompe d'Eustache; *pu*, coupe du voile du palais et de la luette, indiquant la position normale de ces parties; *ph*, le pharynx; *t*, la langue; *j*, coupe du maxillaire inférieur; *h*, coupe de l'os hyoïde; *e, L*, épiglottite et larynx; *tr*, trachée. La paroi externe de la fosse nasale gauche est indiquée par une ligne ponctuée; *a, b, c*, les cornets; *x* et *x'*, deux positions différentes du miroir rhinoscopique; *xy, x'y'*, deux directions différentes de la lumière et du regard (Czermak).

Fig. 16. Miroir et platine pour abaisser la langue, disposition utile pour examiner les narines postérieures et les orifices des trompes d'Eustache; *demi grandeur* (Vollolini).



Fig. 16.

que pour tout autre mode d'exploration physique, il faut ici de la pratique et de la dextérité dans le maniement des instruments. D'ailleurs les occasions ne manqueront point de recueillir les fruits de cette persévérance puisque l'on disposera ainsi d'un moyen de plus d'arriver à un diagnostic exact, et partant d'étendre encore le domaine de la science médicale (1).

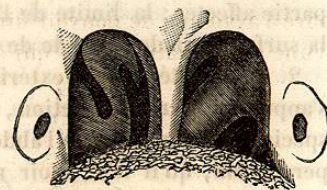


Fig. 17.

PALPATION.

La palpation est un autre mode d'exploration bien important. On la pratique quelquefois en appliquant simplement la pulpe des doigts, d'autres fois en plaçant toute la main sur la partie affectée; assez souvent même on y emploie les deux mains, en exerçant avec chacune d'elles des pressions alternatives. Cette dernière méthode s'emploie pour explorer les tumeurs surtout quand elles sont larges ou profondément situées, comme dans l'abdomen. La position du malade durant la palpation, doit varier suivant la partie à examiner. La position horizontale est la meilleure, quand il s'agit de juger de pulsations et de vibrations ayant un siège profond; mais parfois il est nécessaire d'employer la station debout, même avec le corps un peu penché en avant; par exemple, quand il s'agit d'explorer le cœur. Lorsque l'on veut exercer le palper de l'abdomen, il faut en relâcher les téguments, en faisant plier les extrémités inférieures sur le ventre, ainsi que la tête et le cou en avant. On arrive à juger ainsi: 1° de l'augmentation ou de la diminution de la sensibilité des diverses parties; 2° de leurs altérations de forme, de volume, de densité, d'élasticité; et 3° des différentes sortes de mouvements qu'on peut leur imprimer.

1. Quand il y a de la douleur dans une partie, la pression et le mouvement l'augmentent d'ordinaire, si elle est d'origine inflammatoire; au contraire ils la calment plutôt, si elle est névralgique. Il n'est pas rare que la pression occasionne de la douleur ou de la sensibilité, là où le malade n'éprouvait rien auparavant. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, une pression profonde dans la fosse iliaque droite provoque de la souffrance. Mais encore, faut-il en juger plutôt d'après l'expression de la figure, que sur les plaintes du malade. Il arrive de même que la pression et la percussion le long de la colonne vertébrale y éveillent une douleur qui autrement n'était pas sentie. Chez les paralytiques, la diminution de la

(1) Pour plus de détails et si l'on veut une relation de faits intéressants, voir Czermak « *Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine* »; ainsi que les ouvrages des docteurs Türk, Fauvel, Gibb et Walker.

Fig. 17. Cloison et orifices postérieurs des fosses nasales, Cornets, orifices des trompes d'Eustache. La surface postérieure convexe du voile du palais cache la portion inférieure de la cavité nasale (Czermak).