

QUATRIÈME LEÇON

APHASIE OU ALALIE. — SES FORMES.

(SUITE.)

Diagnostic différentiel des formes de l'aphasie. — Caractères cliniques.

— Éléments et moyens de l'observation. — Variétés de la dyskinésie linguale. — Des rapports entre les troubles de la déglutition et la glossoataxie.

Divers degrés de mutisme chez les aphasiques par logoplégie. — Automatismes de la parole. — De l'amnésie verbale. — Excitation volontaire et automatique de la mémoire. — Distinction entre le dépôt et le rappel. — De l'écho ou écholalie.

Comparaison entre l'analyse physiologique et l'analyse psychologique de la parole. — Localisation anatomique des deux premières formes d'aphasie. — Observations.

MESSIEURS,

Les caractères cliniques différentiels de nos cinq formes d'aphasie sont des plus nets ; vous les avez vus surgir d'eux-mêmes de l'examen de nos malades. L'abolition partielle ou totale de la motilité de la langue appartient exclusivement à la première espèce, qui trouve dans ce phénomène un signe pathognomonique.

Dans la glossoataxie le malade parle comme dans le groupe précédent ; mais les mots qu'il émet sont intelligibles, parce qu'ils ne sont plus normalement articulés, et au point de vue du but final qu'elle remplit, la

fonction n'en est pas moins abolie, car l'individu ne peut plus communiquer par la parole avec son semblable. Tel le malade dont Osborn a rapporté l'histoire, et qui, sans autre désordre que l'ataxie verbale, était obligé de recourir constamment à l'écriture pour faire entendre les choses les plus simples (1).

Par le mutisme, la logoplégie est nettement distinguée des deux premières espèces, avec lesquelles elle a en commun l'intégrité de l'intelligence et de la mémoire, la conscience de l'infirmité, la conservation de l'écriture, la conservation de la lecture mentale, la conservation de la volonté de parler.

Dans l'alalie par amnésie verbale, le malade ne peut pas écrire, et il ne comprend pas ce qu'il lit, deux caractères négatifs qui établissent une démarcation tranchée entre cette forme et les précédentes. Mais si la mémoire des mots est altérée, les autres modes de l'intelligence peuvent être intacts ; l'individu a conscience de son infirmité et il cherche à suppléer par mille moyens divers aux mots qui lui font défaut.

Dans l'hébétude enfin, l'affaissement intellectuel rend impossible l'opération active et volontaire qui consiste à revêtir la pensée des formules verbales, soit parce que la pensée est trop confuse et trop mal dessinée pour éveiller une opération intellectuelle quelconque ; soit parce que cette opération, comme un fardeau trop lourd, dépasse la puissance actuelle de l'innervation.

Vous voyez, messieurs, la méthode à suivre en présence d'un malade aphasique, et quelles séries de signes

(1) Osborn, *Dublin quart. Journal of med. Sc.*, 1833.

vous devez successivement interroger pour déterminer les origines et le mécanisme de son alalie, en d'autres termes, pour en saisir le diagnostic pathogénique. La motilité de la langue, l'articulation des sons, la conservation ou l'absence de la lecture mentale, de la mémoire des mots, de l'écriture, enfin l'appréciation de l'état intellectuel, voilà les jalons qui doivent vous guider. Je conviens qu'ils ne sont pas toujours à votre disposition ; en raison même de la gravité des lésions cérébrales qui amènent l'aphasie, l'étude complète du symptôme et du malade peut être impossible au début des accidents, elle peut même demeurer impossible jusqu'à la fin ; mais, parce qu'une analyse clinique rigoureuse n'est pas toujours praticable, ce n'est point une raison, vous en conviendrez, pour en contester l'utilité, et pour la négliger, là où elle peut être faite.

Dans chacune des formes d'aphasie on peut observer certains phénomènes exceptionnels dont il importe d'être prévenu, parce qu'ils peuvent obscurcir l'interprétation clinique. Ne tenant compte que des faits réguliers et communs, j'ai désigné la première variété sous le nom de glossoplégie, mais en réalité ce n'est pas toujours une paralysie motrice de la langue qui est en cause. Lichtenstein a rapporté l'histoire d'un robuste campagnard de quarante et un ans qui était affecté de paralysie agitante dans les membres supérieurs ; la maladie avait résisté à tous les traitements. Après avoir été à Londres pour consulter Marshall Hall, ce malade vint à Berlin, et lorsque Lichtenstein le vit, le tremblement avait gagné la langue, de sorte que toutes les fois que le patient voulait parler, l'organe était agité de mouvements incohérents et invo-

lontaires. On peut concevoir ce que devait être l'articulation des sons (1). — Le fait relaté par Panthel n'est pas moins remarquable ; à la suite d'une impression morale vive, un garçon de douze ans perd subitement la parole. Cependant les mouvements de la langue et des lèvres étaient réguliers, la déglutition et la respiration étaient normales ; mais chaque fois que ce garçon s'apprêtait à parler, tous les muscles innervés par l'hypoglosse étaient pris de contracture, et le mutisme était absolu ; d'un autre côté, lorsqu'on exerçait une pression un peu forte sur la région sus-laryngienne, c'est-à-dire sur les muscles contracturés, la crampe cessait et le malade pouvait parler (2). — Un désordre analogue a été observé, également chez un enfant, par Vallin, et Fleury a fait connaître le cas d'un homme qui fut pris à la suite d'une amygdalotomie unilatérale, de phénomènes congestifs vers l'encéphale, d'attaques épileptiformes, et qui perdit en même temps la faculté de parler pour la raison que voici : à chaque tentative sa langue se contracte, et la pointe vient se fixer à la voûte palatine. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, ce spasme fonctionnel des muscles linguaux a cédé, et le malade a recouvré la parole ; mais l'épilepsie a persisté (3).

J'ai tenu à vous signaler ces faits peu connus, mais ils sont tellement rares, qu'ils peuvent sans inconvénient être négligés dans une classification générale ; si pourtant on voulait en tenir compte, il est clair qu'il faudrait donner

(1) Lichtenstein, *Deutsche Klinik*, 1862.

(2) Panthel, *Deutsche Klinik*, 1855.

(3) Fleury, *Gaz. hebdom.*, 1865.

à notre premier groupe une désignation plus compréhensive que celle de glossoplégie, et la rubrique *dyskinésie linguale* serait sans contredit la plus convenable.

Lorsque l'aphasie tient au désordre de la coordination des mouvements nécessaires à l'articulation des sons, lorsqu'en un mot il y a glossoataxie, on pourrait croire a priori que la déglutition doit toujours être troublée, puisque les mêmes nerfs moteurs sont affectés à ces deux fonctions. Cette présomption n'est pas toujours réalisée, et cela en raison d'un fait anatomique qui doit être retenu. A l'origine bulbaire de ces nerfs, et dans les cordons périphériques, sont contenus à la fois et les éléments moteurs qui sont en rapport avec la fonction de déglutition et ceux qui ont trait à l'articulation des sons; aussi lorsque la lésion porte sur l'une de ces régions, les deux fonctions sont toujours simultanément altérées, la glossoataxie coïncide avec la dysphagie. Mais il n'en est plus de même dans les voies centrales qui unissent les origines bulbaires à la couche corticale hémisphérique; là, les faisceaux conducteurs des incitations volontaires sont doubles, il y en a un pour la déglutition, un autre pour l'articulation verbale. A défaut d'observation anatomique directe, l'expérience clinique a établi la dualité des voies de transmission cérébro-bulbaire. Une ancienne observation de Romberg avait déjà montré l'abolition de la déglutition volontaire et la conservation de la parole, dans un cas de tumeur de l'hémisphère cérébral; et Schulz a observé un malade chez qui le trouble de la déglutition a été pendant très-longtemps le seul phénomène morbide; plus tard cet individu devint subitement hémiplé-

gique, et il vivait encore lorsque Schulz a publié son travail (1).

La dissociation fonctionnelle inverse, la perte de l'articulation des sons avec intégrité de la déglutition, n'est pas moins nettement prouvée par l'une des observations de Schroeder van der Kolk, dans laquelle les lésions étaient exclusivement limitées aux olives, de sorte que cet éminent anatomiste a pu justement conclure de ce fait que si les olives sont en rapport avec l'articulation verbale, elles sont sans influence sur la fonction de déglutition. Vous voyez, messieurs, que le fait clinique sur lequel j'ai appelé votre attention n'a de paradoxal que l'apparence, et qu'il est la conséquence toute naturelle d'une disposition anatomique.

Dans une troisième forme ou logoplégie, l'aphasie tenant à l'interruption des voies de transmission entre l'organe de la volonté et l'organe de l'exécution, le mutisme des malades doit être complet, et il l'est en effet dans bon nombre de cas. Dans d'autres circonstances il n'en est pas ainsi, et le patient émet un certain nombre de monosyllabes qu'il répète avec d'autant plus de force et de rapidité qu'il s'irrite davantage de son infirmité. Ce phénomène, qui semble tout d'abord difficilement conciliable avec la suppression de la transmission verbale, n'a rien de mystérieux; le centre moteur et coordinateur de la parole appartient à l'appareil spinal, il participe donc à l'automatisme de cet appareil, et les syllabes ou les mots machinalement proférés par les malades sont le

(1) Schulz, *Beiträge zu den Bewegungsstörungen der Zunge* (Wiener med. Wochen., 1863-1864).

résultat de l'excitation réflexe du centre moteur, qui réagit selon son mode fonctionnel normal, c'est-à-dire en produisant l'émission de quelques sons articulés. Le plus souvent, l'impression excitante est une impression auditive; c'est lorsqu'on interpelle le patient qu'a lieu cette émission verbale automatique, mais elle peut aussi être la conséquence d'impressions visuelles, ou de la simple représentation idéale de l'acte de parler, en d'autres termes, de l'effort volontaire tenté par le malade pour triompher de son impuissance. Quelle condition détermine le choix de ces mots? Je ne puis vous le dire; mais ils restent toujours les mêmes chez un même individu, et c'est là une preuve de plus en faveur de l'origine réflexe ou automatique que j'assigne à ce phénomène.

Dans la quatrième forme, lorsque l'amnésie verbale est totale, le mutisme est complet, cela va de soi. Comment se fait-il donc que dans bon nombre de cas le malade puisse répéter les mots qu'il entend ou qu'il voit écrits, et que sous l'influence d'excitations diverses il retrouve ces formules verbales qu'il ne peut saisir, lorsqu'il les cherche volontairement et de propos délibéré? On confond, messieurs, sous le nom de mémoire, deux choses qui doivent être distinguées, savoir le dépôt et le rappel. Le dépôt, qui est la mémoire proprement dite, est l'accumulation dans le sensorium des impressions, des idées de toute nature, le mot idées étant pris dans le sens physiologique général d'images; le rappel est un acte de la volonté, de l'attention, qui extrait du dépôt l'image, verbale ou autre, que l'intellect veut réveiller à ce moment. Cela étant, il est facile de comprendre que sous l'influence de certaines impressions, quelques souvenirs du

dépôt soient réveillés; ou si vous aimez mieux, que le dépôt entre spontanément en action sans la participation de la volonté, sans cet acte voulu qui constitue le rappel ou la *recollection*. Malgré l'étrangeté apparente de ce rapprochement, il est certain que ce phénomène est de tous points comparable à la production des mouvements automatiques, qui surviennent eux aussi en dehors de la sphère de la volonté. Telle est précisément la situation chez les amnésiques dont nous nous occupons; chez eux, le rappel volontaire est perdu, mais le dépôt existe encore, et quand l'organe de ce dépôt est excité par une impression, il entre en fonction, bien qu'il ne puisse plus fonctionner sous l'influence de la volonté. Les impressions excitantes sont le plus souvent auditives ou visuelles. Entre les faits que je pourrais vous citer à l'appui de cette interprétation, l'un des plus probants est le cas de cet officier d'artillerie âgé de quarante ans, dont l'histoire a été rapportée par Hertz. A la suite d'une attaque d'apoplexie qui le laissa hémiplégique, ce malade finit par guérir, mais en gardant une amnésie verbale complète; il ne pouvait parler parce qu'il ne pouvait retrouver aucun mot; mais lorsqu'on lui faisait entendre une phrase il la répétait aussitôt, et si on lui mettait un livre entre les mains, il lisait avec une correction et une rapidité remarquables; le livre fermé, il ne pouvait redire un seul des mots qu'il venait de lire (1). La preuve est péremptoire; les impressions auditives, les impressions visuelles réveillaient momentanément le dépôt, c'est-à-dire la mé-

(1) Hertz, *Psychological Magazine*, VIII.

moire, que le malade ne pouvait plus exciter par un rappel volontaire.

Une anomalie de même ordre est parfois observée chez les aphasiques par hébétude : le malade qui ne parle pas spontanément et chez qui l'anéantissement de la pensée produit un mutisme absolu, répète comme un écho, ou comme une machine perfectionnée, les phrases qui lui sont adressées, sans en comprendre le sens, et sans accomplir l'acte demandé ; telle la femme de quarante-neuf ans dont parle Romberg ; lorsqu'on lui disait : Montrez-moi la langue, levez le bras, elle répétait automatiquement : Montrez-moi la langue, levez le bras, sans faire d'ailleurs aucune tentative pour exécuter ces mouvements (1). C'est ce phénomène qui a été désigné par Romberg sous le nom d'écho ou écholalie ; dans ce cas l'excitation arrivant par l'ouïe met en jeu l'activité automatique de la mémoire et du centre moteur de la parole, et la phrase est répétée.

Tels sont, messieurs, les phénomènes exceptionnels ou insolites des diverses formes d'aphasie ; bien qu'ils soient rares, j'ai tenu à vous les faire connaître pour vous montrer qu'ils ne doivent point être abandonnés à la psychologie, et qu'ils sont, comme tous les autres, justiciables au premier chef de l'analyse physiologique.

L'examen du tableau que j'ai mis sous vos yeux vous révèle d'emblée la succession des actes nécessaires à l'intégrité de la parole. Reprenez ce tableau en sens inverse, dans l'ordre naturel des opérations, et vous verrez que pour parler il faut : — 1° une pensée ; — 2° la tra-

(1) Romberg, *Nervenkrankheiten*.

duction, le revêtement de cette pensée par les formules verbales, c'est là ce que j'appelle l'*idéation verbale* ; — 3° la transmission des incitations verbales à l'appareil moteur, qui en accomplit la projection extrinsèque ; — 4° la coordination harmonique des mouvements complexes nécessaires pour cette projection ; — 5° l'exécution de ces mouvements par les agents périphériques. Ces cinq actes successifs peuvent être ramenés à trois opérations fondamentales, l'une de *formation*, la seconde de *transmission*, la troisième d'*expression* ; introduisez cette division primordiale dans notre classification, et vous obtiendrez cet autre tableau, qui est un exposé pathogénique complet du désordre de la parole ou aphasie.

I. Désordre de la formation ou idéation verbale.....	{ Hébétude. Amnésie verbale.
II. Désordre de la transmission volontaire.....	{ Logoplégie.
III. Désordre de l'expression.....	{ Glossoataxie. Glossoplégie.

Ce tableau, qu'imposent à la fois l'observation clinique et l'analyse physiologique, reproduit avec une remarquable fidélité la définition psychologique de la parole ; cette définition peut être ainsi présentée : la parole est la pensée formulée et exprimée au moyen de certains signes conventionnels ou mots, dont l'ensemble constitue le langage. De là cette proposition abrégative : la parole est la pensée verbale ; de là cette formule plus frappante encore, chère aux anciens philosophes : la parole, c'est le

verbe, ou bien encore le verbe, c'est l'idée. Réfléchissez un instant sur cette définition, et vous y saisirez aussitôt deux choses bien distinctes, savoir : la traduction de la pensée par des mots, opération purement intellectuelle que je désigne, ainsi que je vous l'ai dit, sous le nom d'idéation verbale ; puis l'expression de la formule ainsi enfantée par l'intellect : la parole est la pensée formulée et *exprimée* au moyen, etc. Cette condition d'expression, prenez-y garde, est la plus importante, car c'est elle qui fait de la parole l'instrument de l'éducation et de la sociabilité de l'homme ; vainement posséderait-il l'idéation verbale ou parole intérieure, si la parole extérieure lui fait défaut, il a perdu le moyen normal de communication avec ses semblables. Or cette expression de l'idée verbale, qui est en définitive la cause finale de la fonction, n'est point une opération intellectuelle ; elle est la conséquence d'un acte intellectuel, ce qui est bien différent ; mais par elle-même, elle appartient à la sphère motrice de la vie psychique, c'est un acte de mouvement. Lors donc que c'est l'idéation verbale qui est en défaut, oui, le trouble de la parole dénote nécessairement un trouble quelconque de l'intelligence ; mais quand l'idéation verbale étant intacte, c'est simplement l'expression des formules qui est abolie ou modifiée (ainsi que cela a lieu dans les trois dernières formes du tableau précédent), non, le trouble de la parole n'implique point un trouble intellectuel, il ne révèle plus qu'un désordre de l'appareil moteur.

Moins complète que mon analyse, la psychologie laisse dans l'ombre la question de transmission entre l'appareil formateur et l'appareil d'exécution ; c'est là une erreur

des plus graves, et qui ne peut provenir que du superbe dédain des psychologues pour les connaissances anatomiques. Une comparaison banale, mais juste, fait toucher du doigt la faute : supposez à une certaine distance l'un de l'autre les deux cadrans terminaux d'un télégraphe, mais supposez-les isolés ; vainement le mécanisme de chacun des appareils sera parfait, vainement le premier, ou appareil formateur, multipliera ses signaux ; il est clair que ceux-ci ne pourront parvenir au second, ou appareil récepteur ; cela est élémentaire. Rétablissez le fil conducteur, alors tous les signaux seront exprimés, et le récepteur, muet tout à l'heure, parlera fidèlement. Tel est le rôle de la transmission qui unit la formation verbale à l'expression verbale, telle est la signification précise de l'aphasie par logoplégie.

Au surplus, messieurs, il n'y a dans tout cela rien qui soit spécial à la fonction de la parole ; prenez la peine d'analyser, un peu mieux qu'on ne le fait d'habitude, la fonction de motilité volontaire, et vous serez frappés de l'identité des conclusions. Pour l'accomplissement normal d'un mouvement volontaire, il faut : 1° la formation d'une volonté de mouvement ; — 2° l'intuition motrice, c'est-à-dire la détermination des qualités de direction, de force et d'étendue que doit présenter le mouvement pour réaliser le but voulu ; j'appelle ce processus l'idéation motrice ; — 3° la transmission de l'impulsion volontaire à l'appareil moteur ; — 4° la coordination harmonique du mouvement total à l'aide de cet appareil même ; — 5° l'expression ou l'exécution du mouvement ainsi élaboré. Voilà donc, pour le mouvement volontaire, les mêmes opérations et en même nombre que pour la parole,

et en fait, il y a cinq formes d'akinésie, répondant trait pour trait aux cinq formes d'aphasie.

J'ai insisté à plusieurs reprises sur ce fait que les formes d'alalie, telles que je les ai établies, sont directement fournies par l'observation; ce sont des formes cliniques; une question doit être maintenant abordée qui est le complément nécessaire de cette étude. Ces formes cliniques ont-elles des formes anatomiques correspondantes? En d'autres termes, les lésions productrices des symptômes ont-elles pour chaque groupe de cas un siège déterminé, une localisation distincte? D'une manière générale, la réponse est affirmative; mais la chose veut être étudiée de plus près, ne fût-ce que pour connaître les limites respectives de ces divers domaines.

L'aphasie par *glossoplégie* n'a pas de siège anatomique précis; la paralysie de l'hypoglosse qui y donne lieu pouvant résulter, comme toutes les paralysies des nerfs moteurs, de la lésion du cordon nerveux lui-même, de l'altération des origines de ce cordon, ou enfin de celle du faisceau central qui unit ces origines à la couche corticale de l'hémisphère du côté opposé. Dans le premier cas, la lésion porte sur l'un des hypoglosses ou sur les deux à la fois, entre le bulbe et la périphérie; dans le second, elle siège dans le bulbe, sur les noyaux mêmes d'où naissent les nerfs; dans le troisième ordre de faits qui est de beaucoup le plus fréquent, l'hypoglosse peut être atteint par toute lésion qui, située entre le bulbe et la couche corticale hémisphérique de l'autre côté, porte précisément sur le faisceau central ou cérébral des nerfs, c'est-à-dire sur les éléments nerveux de trajet inconnu qui, à travers la protubérance, le pédoncule et le corps opto-strié uni-

l'origine bulbaire du nerf à l'hémisphère du côté opposé. La situation est la même, je le répète, que pour la paralysie de tout autre nerf moteur, le facial, par exemple. — Cette première forme d'aphasie n'a donc pas de localisation anatomique précise, mais les phénomènes symptomatiques ne sont point tout à fait les mêmes dans les diverses étapes de la lésion. Lorsqu'elle atteint les cordons périphériques ou les origines bulbaires des nerfs, les troubles de la déglutition sont constants, et les mouvements réflexes sont abolis dans les parties paralysées; si c'est le faisceau central qui est intéressé, quel que soit d'ailleurs le point où il est atteint, la déglutition reste régulière, et les mouvements réflexes sont conservés. — Notez en passant que dans la paralysie de l'hypoglosse les muscles sous-hyoïdiens conservent leur motilité, en raison des rameaux qu'ils reçoivent du plexus cervical.

Pour la *glossoataxie* le rapport anatomique est beaucoup plus net. Se fondant sur les résultats de son observation, Schröder van der Kolk avait attribué au système olivaire l'influence régulatrice de l'articulation des sons, et par suite il localisait dans les olives, dans les fibres qui les unissent entre elles et aux noyaux des hypoglosses, les lésions qui troublent cette fonction (1). Cette formule est trop étroite, trop exclusive; si l'on tient compte de tous les faits (la plupart, il est vrai, sont postérieurs au mémoire de l'anatomiste hollandais) on est conduit à cette autre proposition: dans la glossoataxie, les lésions occupent l'un quelconque des points

(1) Schröder van der Kolk, *Over het fijinere Zamenstel en de Werking van het verlengde Ruggemerg.* Amsterdam, 1858.

du système commissural cérébello-bulbaire, savoir : le système olivaire, qui représente une commissure purement bulbaire, et les pédoncules cérébelleux moyens soit dans leur portion intra-cérébelleuse, soit dans leur portion médiane, qui forme l'étage inférieur de la protubérance. Les faits qui servent de base à ma conclusion sont les suivants :

Chez un malade de Romberg on trouva une tumeur volumineuse dans la moitié droite du pont de Varole ; en avant, cette tumeur dépassait d'un pouce le bord antérieur de la moitié gauche de la protubérance ; en arrière, elle s'étendait jusqu'au-dessous de l'olive droite. Cette tumeur avait produit un dérangement considérable dans les organes centraux et dans les nerfs. La pièce a été déposée au musée de Berlin.

Dans un autre cas (l'autopsie fut faite par Müller et Romberg), la fosse rhomboïdale de la moelle allongée était le siège d'une altération spéciale : toute la partie qui est située entre les processus restiformes était occupée par des saillies mamelonnées de couleur jaune, de la grosseur d'un grain de millet ; ces productions rugueuses, appréciables au toucher, siégeaient sur les fibres blanches, que l'on regarde comme les racines des nerfs auditifs.

Les trois observations de Schröder van der Kolk montrent l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse des olives. C'est chez un de ces malades (une fille de vingt-deux ans) que la déglutition était restée normale, malgré l'atrophie des deux olives. — Dans le fait de Roëll, cité par l'auteur précédent, la lésion consistait en une dégénérescence graisseuse de toute la moelle allongée, avec atrophie de l'olive droite. — Chez le malade de Forbes

Winslow on a trouvé un ramollissement du cervelet, et chez l'enfant dont Cruveilhier a rapporté l'observation, il y avait une induration cartilagineuse des deux olives, de l'un des pédoncules cérébelleux et des tubercules quadrijumeaux ; le reste de l'encéphale était intact, la moelle était saine au-dessus et à côté des olives. — Dans le cas de Yelloly il s'agissait d'une tumeur dans la moitié gauche de la protubérance ; cette tumeur s'étendait jusque sur la pyramide gauche.

L'observation de Meynert et Chrastina est particulièrement remarquable ; elle suffirait pour démontrer la justesse de la formule anatomique que je vous ai présentée. Une femme goutteuse, déjà avancée en âge, présenta à la suite d'une vive frayeur, des troubles très-marqués dans la motilité des membres, et un balbutiement qui rendait la parole inintelligible, bien que les mouvements de la langue fussent parfaitement normaux. La malade succomba dans cette situation à une insuffisance mitrale et à une maladie des reins. A l'autopsie, atrophie considérable du pont de Varole et de l'hémisphère cérébelleux droit ; or, l'examen microscopique, qui a révélé dans les parties dégénérées la présence d'éléments conjonctifs et nucléaires de nouvelle formation et de matière amyloïde, a montré que la lésion limitée aux éléments transversaux du mésocéphale et aux fibres qui l'unissent au cervelet, avait laissé intacts les faisceaux blancs longitudinaux qui apportent à la protubérance et à la moelle allongée l'impulsion volontaire (1).

(1) Meynert, *Ueber Atrophie des Pons Varolii und des Kleingehirns* (Oester. Zeits. f. prakt. Heilkunde, 1864).

Enfin, dans les trois observations plus récentes de Rosenthal, c'est aussi par le désordre de l'articulation des sons (*anarthrie* de Leyden) que la parole était troublée, et dans les trois cas la lésion occupait les couches inférieures du pont de Varole (1).

Tels sont les faits; ils sont peu nombreux; ils le seraient plus, si je n'avais dû négliger un certain nombre de cas, dans lesquels l'analyse clinique a été tellement incomplète, qu'il est impossible de déterminer les caractères réels de l'aphasie. Mais les observations citées compensent leur petit nombre par leur netteté, et elles établissent la vérité de ma proposition de tantôt: dans l'aphasie par glossoataxie les lésions siègent dans le système commissural cérébello-bulbaire.

(1) Rosenthal, *Beobachtungen über Störungen des Sprachvermögens sammt bezüglichlichen autoptischen Befunden* (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 1867).

CINQUIÈME LEÇON

APHASIE OU ALALIE. — SES FORMES.

(FIN.)

Du siège des lésions dans l'aphasie par logoplégie; — par amnésie verbale; — par hébétude. — Observations.

De la théorie basée sur la lésion de la troisième circonvolution frontale gauche. — Quelques considérations anatomiques et physiologiques. — Raisons de la prépondérance des lésions insulaires. — Raisons de la prépondérance des lésions gauches. — Propositions de Gratiolet et de Meynert. — Conclusion.

Du faisceau de transmission cérébro-bulbaire. — Description de Schröder van der Kolk. — Champ tonal de Meynert.

De quelques causes d'aphasie fonctionnelle.

MESSIEURS,

Dans les formes précédentes, l'insuffisance de l'observation et la négligence d'un certain nombre de faits n'ont eu d'autre conséquence qu'une lacune regrettable dans l'histoire de l'aphasie; mais pour notre troisième espèce, pour la logoplégie, qui représente, je vous le rappelle, l'aphasie dans le sens restreint, l'ignorance ou l'omission des faits a eu de plus fâcheux résultats; elle n'a pas seulement laissé une lacune, elle a conduit à l'erreur. Gardons-nous toutefois d'une appréciation anticipée, et suivant la même méthode qui nous a guidés jusqu'ici,