

hémiplegique sera rapportée à la cause de cette hémiplegie, hémorrhagie ou ramollissement, mais il faudra d'abord rechercher avec soin si la lésion primitive n'a pas été la cause d'un certain degré d'aphasie.

La *paralysie bulbaire* ou *pseudo-bulbaire* s'accompagne d'une parole indistincte et nasonnée, et quelquefois les troubles du côté des organes phonateurs sont si prononcés que le malade ne peut parvenir à émettre un son distinct; la marche de la maladie, les symptômes qui lui sont particuliers ne permettent pas une longue confusion.

Mais un point fort difficile sur lequel insiste M. Séglas et qui mérite une attention toute spéciale est le diagnostic entre les troubles du langage chez les *aliénés*, et l'aphasie proprement dite. En effet, les aliénés aphasiques ne sont pas rares et l'aphasie peut se présenter chez eux comme une simple complication (extension de la lésion primitive, par exemple dans la paralysie générale progressive) ou encore, et c'est là le plus fréquent, l'aphasie est sous la dépendance d'une lésion d'une nature toute différente, telle qu'un ramollissement ou une hémorrhagie. Si aucune image n'est conservée, c'est surtout aux commémoratifs qu'il faudra s'adresser; si une seule image est conservée, on pourra alors s'adresser à celle-là et arriver ainsi à éliminer le mutisme vésanique. De même, certains troubles du langage que l'on rencontre chez les aphasiques peuvent se trouver chez les aliénés, surtout chez les maniaques chroniques et les déments agités; il s'agit des mêmes monosyllabes répétés fréquemment, de certains jurons, etc. Ici encore, ce sont les commémoratifs et l'état général qui mettront sur la voie.

Il ne faut pas non plus confondre l'incohérence de langage qui accompagne chez les aliénés l'incohérence des idées, et l'incohérence des aphasiques qui ne relève pas nécessairement de l'incohérence des idées. On ne saurait trop insister sur la difficulté de ce diagnostic, étant donnée la fréquence d'une part de l'aphasie chez les aliénés et d'autre part des troubles intellectuels chez les aphasiques.

La maladie des tics convulsifs s'accompagne de troubles que l'on rencontre dans l'aphasie, la coprolalie et l'écholalie. Mais l'aspect général du malade et un examen même rapide indiqueront la nature de l'affection.

Enfin, comme faisant partie des troubles qui doivent être différenciés de l'aphasie, nous placerons le *mutisme hystérique*, affection dont le diagnostic, si bien établi par M. Charcot¹, mérite une attention toute spéciale. Le début est en général soudain, à la suite d'une

1. CHARCOT, Cas de mutisme hystérique chez l'homme. *Œuvres complètes*, t. III.

peur, d'une émotion vive, quelquefois au sortir d'une attaque, quelquefois sans cause provocatrice. La durée est très variable, mais la guérison est constante et généralement aussi soudaine que l'avait été l'apparition. Mais souvent la guérison est lente, progressive, accompagnée d'aphasie ou de bégayement passager. Pendant toute la durée du mutisme, quoique le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, il lui est impossible d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchoter, et il ne peut même exécuter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui. Il est donc muet dans l'acception la plus rigoureuse du mot, il est plus que muet, il est aphone, car il ne peut même émettre un cri inarticulé. On a donc là une aphasie motrice et une aphasie motrice pure, ce qui est très rare. En effet, l'hystérique entend admirablement tout ce qui se dit et lit parfaitement. De plus, il saisit avec empressement toute occasion d'écrire et accomplit cet acte avec rapidité et sans erreur. Il est exceptionnel de rencontrer des aphasies motrices aussi pures, occasionnées par une lésion organique, et de plus l'intelligence est rarement intacte dans ce dernier cas, alors que chez l'hystérique il en est tout autrement. Ajoutons encore la possibilité chez ce dernier de se faire comprendre par une mimique souvent très habile.

Mais là où le diagnostic devient presque impossible, c'est quand un malade reconnu hystérique vient à être atteint de mélancolie dépressive avec mutisme. Les éléments du diagnostic tirés de la conservation possible de l'écriture, de la mimique font alors défaut par suite de l'adjonction de l'état mélancolique, et le diagnostic de la nature du mutisme reste forcément en suspens (Séglas¹).

L'étude clinique nous a suffisamment renseignés sur le diagnostic de la forme d'aphasie; il est toutefois utile de rappeler les divers points sur lesquels on doit surtout porter l'attention quand on se trouve en présence d'un aphasique (Ballet):

- 1° Compréhension des mots parlés;
- 2° Compréhension des mots lus;
- 3° Parole articulée volontaire;
- 4° Écriture volontaire;
- 5° Parole répétée;
- 6° Parole d'après la lecture;
- 7° Écriture sous la dictée;
- 8° Écriture d'après un texte lu.

La connaissance de ces huit points doit servir à diriger les inter-

1. SÉGLAS, *Les troubles du langage chez les aliénés* (1 vol. de la Bibliothèque médic. Charcot-Debove).

rogatoires et les recherches. Ce sont en somme les combinaisons variées des phénomènes répondant à chacun d'eux en même temps que l'étude de l'évolution du mal, qui conduiront en clinique à caractériser les diverses formes d'aphasie.

Pour ce qui est de l'évolution, l'aphasie peut être transitoire, ou permanente : transitoire, elle s'observe dans la migraine ophtalmique, dont elle constitue sinon un des symptômes les plus fréquents, du moins un des plus intéressants et des plus importants, dans la syphilis cérébrale, dans la goutte, dans les traumatismes cérébraux, dans la paralysie générale, dans l'apoplexie cérébrale au début, dans les cas de tumeurs cérébrales. Elle est permanente dans les cas d'hémorragie ou de ramollissement cérébral et peut l'être également dans les cas de tumeurs (Blocq et Onanoff).

Traitement. — Le traitement des troubles du langage doit être considéré ici indépendamment de la cause qui les a produits : l'indication, si la lésion paraît définitive, est naturellement de procéder, autant que faire se peut, à la rééducation du sujet. La création par éducation de nouveaux centres dans l'hémisphère droit paraît n'être pas complètement impossible; on n'oubliera pas que les gauchers possèdent dans l'hémisphère droit les centres qui chez les droitiers siègent à gauche. Dans les cas d'aphasie partielle, il faudra chercher à développer les mémoires restées indemnes, dans l'espoir de favoriser ainsi les suppléances. Les exercices auxquels, dans ce but, devront se livrer les malades, sont comparables à ceux que l'on fait faire aux enfants ou aux sourds-muets pour les éduquer. Pour être convenablement mis en œuvre, ils exigent beaucoup de patience tant de la part du malade que de celle de l'éducateur, qui devra procéder graduellement et ne pas oublier que la fatigue intellectuelle chez l'aphasique se fait rapidement sentir. En se conformant à ces préceptes, on obtient quelquefois, même dans les aphasies invétérées, de cause organique indélébile, des résultats importants.

JEAN CHARCOT.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

HISTORIQUE

Les applications de l'électricité à la médecine ont suivi de près les différents progrès accomplis dans la connaissance de cette force physique, de cette manifestation de l'énergie. Les unes et les autres sont de date relativement récente et ne remontent guère au delà du siècle dernier.

Quatre périodes peuvent être distinguées dans l'histoire des applications médicales de l'électricité et correspondent aux principales découvertes réalisées dans le domaine de cette dernière.

1° Dans une première période, qui occupe la seconde moitié du dix-huitième siècle, on ne connaît guère encore que l'électricité statique produite par frottement ou par influence, et l'on n'emploie que la machine électrique ou les condensateurs, comme la bouteille de Leyde¹.

2° Dans une seconde période, qui commence avec les découvertes de Galvani (1786-1791) et l'invention de la pile par Volta (1800), on délaisse l'électrisation statique pour s'attacher surtout à l'électrisation au moyen des piles².

3° Dans une troisième période, qui suit bientôt la découverte des phénomènes magnéto-électriques par Oersted (1820) et des actions d'induction par Faraday (1830), on abandonne les courants de pile, et, à partir de 1830-1835, de nombreux appareils magnéto-électriques ou volta-électriques sont construits pour l'usage médical. C'est la période où Duchenne (de Boulogne) (1847-1875) poursuit ses remar-

1. JALLABERT, *Expériences sur l'électricité...* Paris, 1747. — SIGAUD DE LA FOND, *De l'électricité médicale*, Paris, 1771. — MAUDUYT, *Mémoires sur les différentes manières d'administrer l'électricité*. Paris, 1784, et *Soc. royale de médecine*, 1773 et 1778. — BONNEFOY, *De l'application de l'électricité à l'art de guérir*, Lyon, 1784.

2. De Humboldt, 1797. — Grapengiesser, Augustin, Bischoff, Jacobi, Walther, Most, etc., en Allemagne. — Sue, Thillaye, Isnard, etc., en France.