

en vertu d'une sollicitation extrinsèque qui donne l'éveil à cette impulsion. La parole présuppose toujours une activité interne de la pensée, la présence d'idées dont le travail engendre la proposition dont nous voulons faire part au moyen de la parole. Là où le concept fait totalement défaut, la parole n'existe pas non plus. Le dément ne parle pas, parce qu'il n'a rien à dire, pas plus que l'enfant nouveau-né ou l'animal. Qui plus est, il faut qu'il y ait une incitation à parler. Les aliénés mélancoliques se renferment souvent dans un mutisme persistant, non pas à défaut d'instrument vocal, mais en l'absence de toute initiative invitant à parler ou par suite de processus inhibitoires qui refoulent toute tentative de parole du moment qu'elle surgit. Par conséquent dès que le concept intellectuel existe, son extériorisation sous forme de véritable langage articulé dépend d'une série compliquée de processus, dont le dérangement individuel produit les différentes formes d'aphasie.

D'abord, le parlant doit connaître le mot qui exprime l'idée. Si, par ex., il veut dire à une autre personne le nom d'un animal, il doit savoir le mot qui y correspond, « chien », « moineau », « grenouille ». Cette connaissance que nous possédons tous depuis l'enfance, pour autant qu'elle dérive de l'enseignement maternel, peut se perdre par les maladies cérébrales, comme l'expérience nous l'apprend. De la même manière que nous oublions momentanément un mot, et qu'une personne saine, à la vue d'un rare animal « ne s'en rappelle pas immédiatement le nom », ainsi également un malade est susceptible de perdre la mémoire de tous les mots ou de la plupart d'entre eux. Que ce malade voie un chien, il saura parfaitement que c'est un animal, qu'il a telle ou telle propriété, mais il ne sait plus comment l'appeler. L'association qui existe entre le concept « chien » et la perception visuelle ou la représentation auditive. « chien » qui correspondent à ce concept, est perdue. On nomme cet état *aphasie amnésique* puisqu'il dépend de la perte (totale ou partielle) de la *mémoire des mots*. Les malades savent très bien ce qu'ils veulent dire, mais les mots leur manquent. Cela n'empêche pas qu'en cas d'aphasie purement amnésique ils ne puissent *répéter* les mots prononcés en leur présence. Aussitôt qu'on dit devant eux le mot « chien », ils le redisent correctement. Quelquefois ils s'aperçoivent que c'est là effectivement le mot véritable, tandis que dans d'autres cas le mot est redit exactement, mais sans que sa signification parvienne jusqu'à la conscience (v. plus haut, « surdité verbale »).

Les cas d'*amnésie* purement *partielle* qui se présentent parfois à l'observation sont excessivement remarquables. Il arrive par exemple que le malade n'a oublié que les noms propres, tout en ayant gardé le souvenir

de tous les autres mots. Il se fait encore que le malade perde les termes d'une langue et continue à s'exprimer assez bien dans un autre idiome. Dans un cas dû à GRAVES, le malade ne connaissait plus que les premières lettres des mots. En voyant un porc par ex. il savait que le mot qui sert à le désigner commence par un *p*, et cherchait dans le dictionnaire à la lettre *p* jusqu'à ce qu'il l'eût rencontré.

Si la mémoire du mot est conservée, il faut pour l'émettre que l'extériorisation du concept verbal soit confiée à l'organe vocal, qui par un jeu musculaire approprié profère le vrai son qui exprime ce mot. Ce processus moteur est tellement compliqué qu'il requiert une coordination extrêmement subtile de mouvements pour rendre possible la prononciation correcte du mot. L'homme seul possède ce centre unique où s'opère la transmission du concept verbal aux processus moteurs du langage articulé. Si ce centre est malade, il en résulte une perte ou une difficulté plus ou moins considérable de la parole. Les malades connaissent très bien le mot qu'ils doivent employer, mais ils sont incapables de le *prononcer*. Ils ont, s'il est permis de s'exprimer de la sorte, perdu la mémoire des mouvements requis pour proférer ce mot. Leur langue, leurs lèvres ne sont *pas paralysées en elles-mêmes*, mais ils ne savent plus s'en servir pour la prononciation. Ils sont retournés au point où en est l'enfant qui n'a pas encore appris à parler. Parfois ils se donnent la plus grande peine pour s'exprimer. Le mot dont ils veulent se servir « erre constamment au-devant d'eux », ils remuent la bouche de la façon la plus curieuse, mais ils ne produisent que quelques notes fausses. On désigne cette forme de désordre du langage du nom d'*aphasie ataxique*. Les malades ne savent naturellement pas non plus *redire* le mot prononcé devant eux. Ils regardent constamment la bouche de leur interlocuteur, cherchent à imiter les mouvements de ses lèvres, mais quant à réciter les mots après lui, ils n'y réussissent qu'imparfaitement ou pas du tout.

L'aphasie ataxique présente des degrés très différents d'intensité. D'une part il y a des cas d'aphasie totale dans laquelle les malades ne profèrent que quelques sons « a », « e », etc. D'autre part il se rencontre des cas peu accusés où il n'y a que de faibles défauts de prononciation. Ces malades prononcent correctement beaucoup de mots, mais leur langage est défectueux en ce sens qu'ils se trompent de lettres, qu'ils en transposent et en omettent, ou en ajoutent de fautives. C'est ainsi qu'ils disent maisonne pour maison, madi pour mardi, taste pour tasse, tarle pour table, codronnier pour cordonnier, carnal pour canal, etc. On appelle cette forme la plus simple du désordre ataxique du langage, du nom de « *bégaiement syllabique* » ou d'« *ataxie littéraire* ». Dans la plupart de ces cas, certains mots

se prononcent assez bien, d'autres coûtent plus de peine ou sont incorrectement émis, d'autres encore ne le sont plus du tout. D'ordinaire les malades, à force de répéter, *apprennent* peu à peu à prononcer plus convenablement certains mots ou membres de phrase d'un usage constant (par ex. « bon jour » etc.). Un fait très remarquable qui se rencontre quelquefois, c'est que les malades dans un mouvement passionnel et par conséquent sans en quelque sorte le vouloir, articulent comme il faut certaines locutions, par ex. un juron, une invocation, comme « Seigneur Jésus », tandis qu'ils sont incapables de les prononcer, quand ils *veulent* le faire. De plus l'influence de l'association verbale se fait souvent sentir ; un malade qui n'est pas en état de dire « six », prononce ce nombre parfaitement quand il compte de un à six. Il nous est impossible d'insister sur tous les faits spéciaux qui se rapportent à cet ordre de choses. Chaque cas en particulier demanderait une étude approfondie et présente une foule de singularités dignes d'intérêt.

Après l'aphasie ataxique viennent deux autres troubles du langage qui lui sont connexes, la *monophasie* et la *paraphasie*. Dans la *monophasie* qui se rencontre rarement à l'état de pureté, les malades ne disposent plus que de quelques syllabes ou de quelques débris de mots qui reviennent incessamment dès qu'ils font effort pour parler. C'est ainsi que nous avons traité un malade qui pendant longtemps ne pouvait proférer autre chose que ce non-sens : « Même dis-moi surtout même. » Une autre malade de notre observation avait pour tout bagage verbal la locution « Bibi » et « Eibibi », et un troisième disait constamment « Tinne, Tinne ». Ces malades n'ignorent pas qu'ils se trompent, mais en dépit de tous les efforts qu'ils font pour se retenir, chaque tentative de parole ramène invariablement le même mot. C'est comique à voir comme ce mot constamment répété est accompagné des expressions mimiques les plus variées. La malade citée plus haut suppliait sur un ton caressant avec le terme « bibi », et quelquefois elle exhalait sa colère en s'exclamant avec violence « bibibibi ».

Par *paraphasie* on comprend la *substitution des mots*. Le lien est rompu entre l'idée et le mot qui la rend ; au lieu du vrai mot, le malade en a constamment d'autres à la bouche, qui sont tantôt des mots véritables, tantôt des sons complètement dépourvus de sens. Un malade de ce genre peut discourir longuement sans qu'on en comprenne un seul mot, puisqu'il dit par ex. « crayon » au lieu de « canon », « dorer » au lieu de « donner », etc. Un fait très intéressant à noter, c'est que dans la paraphasie se fait parfois sentir l'influence de certaines associations. Ainsi, par ex., les malades se servent d'un faux mot qui a avec le véritable une certaine ressemblance

de son, qui commence par la même syllabe et ainsi de suite. Quelquefois encore des associations qu'on explique aisément, jouent un rôle. C'est de cette manière qu'un de nos malades appelait « neige » un mouchoir blanc, etc.

Si dans l'aphasie amnésique, comme nous l'avons dit plus haut, le lien qui rattache le mot à son concept est relâché de telle façon que l'idée engendrée dans l'esprit ne trouve pas le mot propre, réciproquement le mot perçu n'éveille plus dans l'âme l'idée qu'il exprime. Cet état se nomme *surdité verbale* d'après KUSSMAUL (*aphasie sensorielle* d'après WERNICKE). Ces malades ne sont pas sourds au sens propre du mot, car ils entendent tout, mais ils ne comprennent plus rien, ils ont perdu le sens des mots. Leur langue maternelle est pour eux, comme serait pour les personnes saines une langue étrangère dont elles ne savent rien ou pas grande chose. On rencontre très souvent chez les aphasiques de faibles degrés de surdité verbale, surtout concurremment avec l'aphasie amnésique. Cependant cette dernière ne doit pas être identifiée avec la surdité verbale, puisqu'il peut très bien arriver qu'un malade ait oublié le mot représentatif d'une idée, mais qu'il en comprenne parfaitement le sens aussitôt qu'il l'entend prononcer. La découverte de la surdité verbale est facile à faire ; on n'a qu'à questionner les malades (les inviter à indiquer certains objets ou certaines parties du corps, pour leur faire faire l'une ou l'autre chose) tout en évitant d'accompagner la demande de gestes explicatifs, et puis à voir s'ils ont compris et s'ils agissent en conséquence. Il est clair que la recherche de la surdité verbale ne peut porter que sur des substantifs concrets, des verbes et des adjectifs, tandis que pour tous les autres mots (beaucoup de termes abstraits, les adverbes), surtout chez les malades qui sont en même temps aphasiques, cette recherche n'est guère possible.

Il est très rare que l'une ou l'autre de ces formes principales d'aphasie que nous venons de décrire se rencontre à l'état isolé chez un même malade. D'ordinaire elles se combinent l'une avec l'autre d'une manière multiple et il n'y a qu'un examen approfondi et une longue pratique du malade qui permettent de tracer un tableau complet du désordre de langage en présence duquel on se trouve. Demandons-nous, maintenant que la forme de l'aphasie est déterminée, quelle conclusion on peut en tirer pour la *localisation de la maladie* dans le cerveau.

En 1825 déjà BOUILLAUD avait affirmé qu'il n'y a que les affections des *lobes antérieurs* qui donnent lieu aux troubles du langage articulé. Un autre médecin français, MARC DAX, indiqua le premier en 1836 que les lésions de l'hémisphère *gauche* seules produisent l'aphasie, et enfin en 1861,



Enfin il nous reste à parler de l'*apraxie*, genre de trouble qui est fréquemment associé à l'aphasie, mais qui ne tarde pas, en partie du moins, à se compliquer. Elle consiste en ce que les malades ont plus ou moins perdu jusqu'à l'intelligence des *objets* qu'ils voient. Il s'agit évidemment ici d'un état qui a une grande affinité avec ce qu'on appelle la « cécité de l'âme ». Les malades voient tout ce qui les entoure, mais ils n'y comprennent plus rien. Ils prennent par ex. un couteau pour une cuiller, un bassin pour un vase de nuit, une brique de savon pour un morceau de pain et agissent en conséquence.

Nous ignorons jusqu'ici la *localisation anatomique* exacte de tous ces troubles que nous n'avons fait qu'indiquer sommairement. Dans l'alexie (et plus encore dans l'apraxie), il y a lieu de songer avant tout à une lésion des voies qui correspondent avec les lobes occipitaux, centre des souvenirs optiques, ou qui sont situées dans l'épaisseur de ces lobes.

#### 4. Centre ovale, capsule interne, ganglions centraux et région des tubercules quadrijumeaux.

**Centre ovale.** La masse médullaire blanche des hémisphères, au moins d'après nos connaissances actuelles, renferme deux sortes de fibres, des *fibres commissurantes* qui relient les centres corticaux de part et d'autre de l'encéphale, et des fibres qui descendent des centres corticaux pour les mettre en relation avec les organes périphériques (*fibres de la couronne rayonnante*). Les conséquences pathologiques qu'entraîne la destruction des fibres commissurantes sont pour ainsi dire inconnues. Tout au plus peut-on supposer que parmi les troubles associés que l'aphasie et les affections similaires nous ont fait connaître il y en a dans lesquels les fibres commissurantes (par ex. celles qui relient les lobes temporaux et frontaux) sont en cause. Une rupture de conductibilité des *fibres de la couronne rayonnante* doit évidemment avoir pour effet les mêmes symptômes de déficit que ceux qui résultent de la destruction des centres correspondants. Dès lors il est facile à comprendre que des foyers qui, dans le centre ovale, interrompent le faisceau des fibres motrices rayonnantes provenant des circonvolutions centrales (mais *seulement* ce système de fibres), provoquent des *paralysies hémiplegiques* ou *monoplégiques*, ces dernières quand les foyers sont d'étendue restreinte. C'est d'après le même principe que les lésions de la masse médullaire des lobes occipitaux produisent de l'*hémioptie* et celles de la masse blanche des lobes temporaux, des *troubles auditifs* (surdité verbale). Dans la substance blanche des *lobes frontaux* on a quelquefois découvert de

vastes lésions unilatérales qui, du vivant du malade, n'ont *guère* donné lieu à des symptômes marquants. Ce n'est que pour autant que le foyer morbide situé à gauche altère les fibres de la couronne rayonnante appartenant à la troisième circonvolution frontale, qu'il se manifeste de l'*aphasie motrice* (ataxique).

**Capsule interne.** Nous avons relevé plus haut les principaux faits connus jusqu'à ce jour relativement aux fonctions de la capsule interne. Nous avons vu en particulier que la *voie des pyramides* qui descend des circonvolutions centrales pour se rendre au pied du pédoncule cérébral, passe à l'état de faisceau condensé par le *pédicule postérieur* de la capsule interne (v. fig. 8). Il y a donc là un endroit où des lésions en foyer, même de petite dimension, peuvent donner lieu à une *hémiplegie* complète de la partie opposée du corps. L'expérience clinique nous apprend en effet que la plupart des hémiplegies permanentes sont dues à des affections de l'endroit en question. Le *nerf facial* dont les fibres occupent vraisemblablement un plan un peu antérieur à celui du cordon pyramidal destiné aux extrémités, est en règle générale intéressé en même temps.

A la partie postérieure de la capsule interne se trouve la *voie sensitive* (v. p. 11 et fig 8, p. 47); et il paraît que ce faisceau comprend non seulement des fibres sensibles provenant de la peau, mais encore des fibres sensorielles des autres organes des sens. La destruction totale de cet endroit devrait donc avoir pour effet de produire du côté opposé du corps, non seulement de l'anesthésie cutanée, mais en même temps une diminution correspondante de l'odorat, du goût, de l'ouïe et l'hémioptie — bref, une *hémianesthésie cérébrale complète*. Cependant ce point demande encore à être éclairci par des observations pertinentes. C'est surtout depuis que CHARCOT a affirmé que le trouble visuel en cette occurrence ne consiste pas en de l'hémioptie, mais en une amblyopie totale de l'œil du côté opposé au foyer, que la question s'est embrouillée, ce dernier fait devant nécessairement être en désaccord avec l'existence parfaitement constatée de l'hémioptie dans les affections des lobes occipitaux. Quoi qu'il en soit, l'assertion de CHARCOT n'est nullement établie, et pour le moment nous pouvons nous en tenir à l'opinion qui met le trouble visuel dans l'hémianesthésie cérébrale sur le compte de l'hémioptie.

De ce qui précède découle cette règle de diagnostic pratique que, dans l'hémiplegie purement motrice, sans trouble concomitant de la sensibilité, on peut admettre que la partie postérieure de la capsule interne est demeurée intacte et que, au contraire, cette partie est probablement compromise, quand, avec la paralysie motrice, coexistent des troubles considérables de la sensibilité. Ces derniers d'ailleurs n'intéressent pas *toujours* tous les sens à la