

des *troubles vasomoteurs*, à une dilatation subite des vaisseaux encéphaliques, qu'elle soit produite par une paralysie vasculaire ou par une excitation des nerfs vasodilatateurs. Dans des cas graves, cet état s'accroît jusqu'à constituer une véritable *exaltation maniaque*, tandis que d'autre part on voit se développer aussi une *dépression du sensorium* (obtusité, sopor), comme dans une attaque d'apoplexie de faible intensité (v. le chapitre suivant). Les causes proprement dites de ce genre d'accès restent le plus souvent entourées d'obscurité. Il est possible qu'il s'agit quelquefois d'états épileptoïdes, peut-être bien plus fréquemment de manifestations partielles d'une nervosité générale, de la neurasthénie ou de l'hystérie (v. y).

Le *traitement* des congestions consiste à maintenir le malade dans le repos le plus complet, le haut du corps *relevé*, et puis à détourner par tous les moyens dont on dispose le sang de la tête. A cet effet on emploie des *bains de pieds chauds*, des *sinapismes* sur le thorax et les mollets et les *purgatifs* drastiques (séné, coloquinte). Les applications *froides* sur la tête exercent aussi un effet bienfaisant. Dans les cas graves on est autorisé à pratiquer une *émission sanguine locale* aux tempes ou aux apophyses mastoïdes.

Pour aller autant que possible au devant des récidives, on ne s'adressera qu'aux méthodes qui tiennent compte de la constitution générale. On s'attachera surtout aux prescriptions diététiques (proscription des alcooliques), aux cures balnéaires et aux cures d'eau froide.

CHAPITRE DEUXIÈME.

PRÉLIMINAIRES GÉNÉRAUX CONCERNANT LE DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE DES MALADIES CÉRÉBRALES.

(*Question des localisations cérébrales.*)

Il résulte des dispositions physiologiques inhérentes au cerveau que les symptômes cliniques qui se manifestent dans les affections cérébrales, dépendent, en grande partie, non pas tant de la *nature* de la maladie que de l'*endroit* où elle prend naissance. Quand, par exemple, en un point quelconque du trajet intracérébral de la voie motrice, a lieu une solution de continuité, il se produit, comme il a été dit plus haut, une paralysie hémiplegique dans la moitié opposée du corps (p. 54). Peu importe que

les fibres motrices soient détruites par une hémorragie, un abcès, un néoplasme ou un foyer de ramollissement embolique, il suffit que leur fonction soit interrompue d'une façon ou de l'autre, pour qu'une paralysie d'une étendue exactement circonscrite et d'un caractère parfaitement déterminé, en soit la conséquence inévitable. Il en est de même de plusieurs autres symptômes dont la manifestation est invariablement liée à la lésion d'un *endroit* précis ou peut-être aussi de quelques parties du cerveau, mais jamais indistinctement à l'altération d'une région quelconque de l'encéphale.

Malgré l'évidence d'une loi aussi simple, il lui a fallu un temps considérable pour se faire agréer par la généralité des médecins. Cela tenait surtout à l'idée que la vieille physiologie s'était faite des fonctions cérébrales. La doctrine de FLOURENS (1842) qui, au point de vue de la dignité fonctionnelle, mettait sur la même ligne toutes les parties du cerveau, lesquelles dès lors pouvaient se suppléer mutuellement, avait des adhérents nombreux, non seulement parmi les physiologistes, mais aussi parmi les médecins. Et cependant ce fut précisément l'expérimentation *clinique* et *anatomopathologique* qui, la première, mit sur la voie d'observations et de faits qui ne s'accordaient évidemment pas avec cette manière de voir. Ce sont principalement les résultats anatomiques trouvés dans l'*aphasie* qui conduisirent inévitablement à la *localisation* d'un symptôme cérébral dans un endroit déterminé du cerveau, et la découverte de BROCA publiée en 1861, qui mit la manifestation de ce désordre particulier de la parole en relation constante avec une lésion de la *troisième circonvolution frontale gauche*, est ainsi devenue le point de départ de toute la doctrine des localisations cérébrales. Neuf années plus tard (1870) parut le célèbre travail de FRITZSCH et de HITZIG, dans lequel, grâce à la réussite d'expériences d'excitation pratiquées sur la couche superficielle de la cervelle d'animaux, fut réfutée, pour la première fois, la théorie régnante de la non-excitabilité de l'écorce grise. Il y fut démontré qu'en excitant certains points de la couche corticale, on parvient à provoquer des contractions musculaires dans des endroits parfaitement déterminés de l'autre moitié du corps et que, par conséquent, on est autorisé à admettre une série de *centres corticaux* exactement limités. Ces découvertes ne tardèrent pas à être corroborées par une foule d'expériences faites dans la pathologie cérébrale humaine, de manière qu'à cette heure les notions que nous possédons sur les activités motrices de l'écorce du cerveau, constituent la partie la mieux connue de la question des localisations cérébrales. Dans ces dernières années, des *anatomistes* (MEYNERT, FLECHSIG), des *physiologistes* (FERRIER, MUNK, GOLTZ, etc.) et des *pathologistes* (CHARCOT et son école, NOTHNAGEL, HUGHLING, JACKSON,

etc.) ont travaillé de concert et avec succès à porter un peu de lumière dans ce domaine d'une difficulté si exceptionnelle. Il est vrai que nous en sommes encore aux premiers rudiments de notre savoir. Une multitude de controverses et de points de contradiction demandent encore à être éclaircis, de nombreuses questions restent encore en suspens. Aussi l'aperçu que nous faisons suivre n'a d'autre prétention que d'exprimer l'état actuel de l'opinion. Assurément le temps y apportera beaucoup de changements; cependant, envisagée dans ses grandes lignes, la doctrine de la localisation des fonctions cérébrales constitue le seul fondement sur lequel l'édifice futur de la patho-

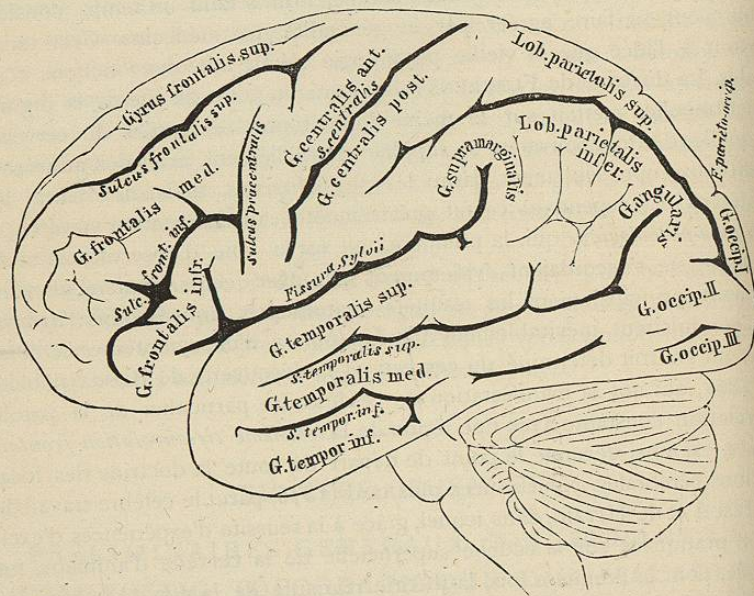


Fig. 43. Cerveau vu de côté (d'après ECKER). Les circonvolutions et les lobes sont indiqués par des caractères anciens, les sillons et les fissures par des italiques.

logie et du diagnostic des affections cérébrales peut être édifié. Pour rencontrer les besoins de la pratique, nous donnerons la première place dans l'exposé qui va suivre, aux résultats de l'observation clinique empruntés à la pathologie humaine, sauf à ne mentionner qu'accessoirement les travaux d'expérimentation qui s'y rapportent. De cette manière nous ferons beaucoup plus vite connaissance avec les règles pratiques qui ont une si grande valeur dans le diagnostic des « maladies à foyer » (expression usitée d'abord par GRIESINGER), et nous pourrons, en décrivant les formes

particulières des affections cérébrales, nous référer à ces remarques préliminaires d'application générale.

1. Région motrice de la couche corticale du cerveau.

Les données de la clinique et de l'expérimentation s'accordent à démontrer qu'une partie de l'écorce du cerveau occupe un rang tout à fait à part, en ce sens qu'elle doit être considérée comme le siège unique des activités

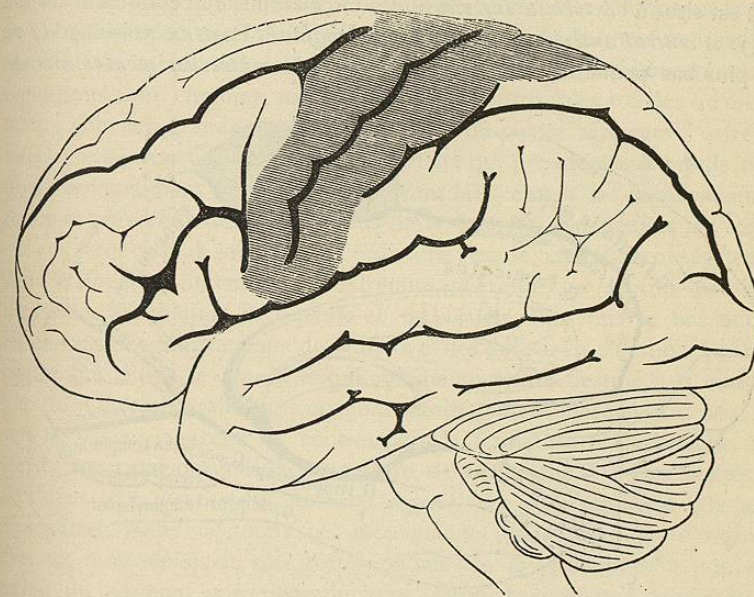


Fig. 44. Cerveau vu de côté (d'après ECKER). La zone motrice corticale constituée par la circonvolution centrale antérieure, la circonvolution centrale postérieure et par le lobule paracentral représenté dans la figure 45, est indiquée par des lignes ombrées.

motrices. Cette « région motrice » (v. fig. 44 et 45) est formée en ordre principal par les deux circonvolutions centrales (lobe central antérieur et postérieur dans la figure 43) et par le lobule paracentral (v. fig. 45), situé du côté de la scissure interhémisphérique. Cette région, comme BETZ l'a fait voir le premier, se distingue sous le rapport anatomique des autres zones corticales, en ce que c'est en elle seulement qu'on trouve les grosses cellules ganglionnaires pyramidiformes, qui, selon toute apparence, doivent être envisagées comme des cellules ganglionnaires motrices. Quelle que soit l'étendue des lésions qui affectent d'autres endroits de la couche corticale,

si les gyri que nous venons d'indiquer n'y prennent aucune part, ces lésions ne sont accompagnées d'aucune paralysie appréciable, tandis que toute maladie qui altère une partie plus ou moins considérable de la région susdite, a nécessairement pour conséquence une paralysie de la motilité du côté opposé du corps.

Cependant on distingue encore quelques zones corticales qui constituent des centres spéciaux tenant sous leur dépendance divers départements musculaires. Le *centre moteur des muscles de la face* (étage inférieur de la face) est situé à l'extrémité inférieure des circonvolutions centrales et surtout du *gyrus central antérieur*, selon toute probabilité. Dans ce voisinage et un peu plus bas peut-être, se trouve également le *centre des mouvements des*

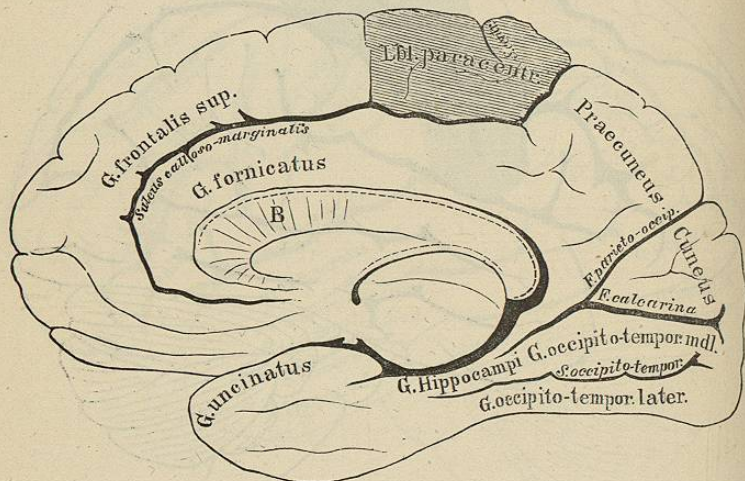


Fig. 45. Vue de la surface médiane du cerveau, telle qu'elle résulte d'une section antéro-postérieure partageant les deux hémisphères. B corps calleux. Les indications sont faites de la même façon que dans la fig. 43. Le lobe paracentral est ombré comme appartenant à la zone motrice corticale. (La copie est faite d'après ECKER, seulement le lobule paracentral est plus nettement délimité que dans l'original.)

lèvres et de la langue. Ce centre s'étend probablement un peu dans le pédoncule de la troisième circonvolution frontale, de manière que du côté gauche il se trouve aussi dans le voisinage immédiat du centre moteur proprement dit de la parole (v. plus bas). Le *centre moteur du bras* siège un peu plus haut que le centre facial et occupe à peu près la *partie moyenne de la circonvolution centrale antérieure* (et probablement aussi de la circonvolution centrale postérieure). Le *centre qui préside aux mouvements de la jambe* occupe la *partie supérieure des circonvolutions centrales*, et surtout, à ce qu'il paraît, le *lobule paracentral*.

En dedans des limites de ces grands centres corticaux qui président aux principaux départements musculaires du corps (jambe, bras, face, langue) il existe une localisation beaucoup plus étroitement circonscrite encore, destinée aux divers groupes musculaires, même aux différents muscles. Ce fait a été établi notamment par les intéressantes expériences d'excitation pratiquées par *Ferrier*, *Horsley* et autres sur l'écorce du cerveau de singes. Des épreuves pathologiques et des recherches relatives à l'excitation de la surface cérébrale que le hasard a permis de tenter chez l'homme à la suite de l'ablation opératoire de fragments du crâne ou de lacunes traumatiques étendues de la boîte crânienne résultant de maladies, ont démontré que les conditions chez l'homme sont à la rigueur comparables à celles qu'on rencontre chez les grands singes. En dedans du centre dirigeant l'extrémité inférieure se trouvent les centres spéciaux qui président aux orteils et au pied ordinairement vers le haut; suivent les centres des mouvements du genou et puis ceux des mouvements de la hanche. En dedans du centre qui gouverne le bras sont situés d'ordinaire vers le haut (à savoir également dans la direction du centre de l'extrémité inférieure) les centres de mouvements de l'articulation de l'épaule et du coude. Plus vers le bas suivent les centres des mouvements de la main et des doigts. La situation à part du centre qui dirige les *pouces* et qui confine au centre destiné à la musculature de la face, apparaît d'une manière manifestement marquée. Un peu plus vers le bas se trouvent les centres pour la fermeture de la bouche, plus élevés que ceux destinés à l'ouverture de la bouche. — Les centres qui président aux *mouvements latéraux associés des yeux* semblent être assez disséminés. Nous effectuons ces mouvements (concurrément d'ordinaire avec un mouvement de côté correspondant de la tête) grâce à une excitation du segment postérieur du lobe frontal limitrophe à la région des centres du bras et de la face. Mais d'un autre côté aussi des expériences pathologiques dénotent qu'il y a un centre pour les mouvements associés des yeux dans la région du lobe angulaire (v. plus bas). — Dans le pédoncule (c.-à-d. dans les parties qui confinent à la circonvolution antérieure) du 2^e et du 3^e lobe frontal se trouve aussi un centre pour les mouvements de la *mastication* (partie motrice du trijumeau). Le 3^me lobe frontal renferme également un centre pour l'innervation motrice des *cordes vocales*.

Le diagnostic topographique des maladies situées dans le territoire moteur de la couche corticale du cerveau ressort des points de vue suivants.

D'abord nous avons fait observer plus haut (p. 55) que la disposition en territoires séparés qu'affectent les centres moteurs desquels relèvent les diverses parties du corps (face, bras, jambe), a pour effet de favoriser d'une manière spéciale la production de paralysies isolées de l'une ou l'autre

de ces parties, à savoir des *monoplégies*. A preuve, c'est qu'il existe déjà toute une série d'observations qui démontrent que des affections circonscrites à une zone motrice corticale, ont provoqué des paralysies isolées d'une moitié de la face, d'un bras ou d'une jambe. On désigne ce genre de paralysies du nom de *monoplégie faciale, brachiale ou crurale* et on peut alors, conformément à ce qui précède, même du vivant du malade, déterminer assez exactement l'endroit où doit siéger le foyer à la surface du cerveau. Il arrive plus souvent encore dans les affections corticales, qu'au lieu de monoplégies entièrement isolées, on rencontre des paralysies com-

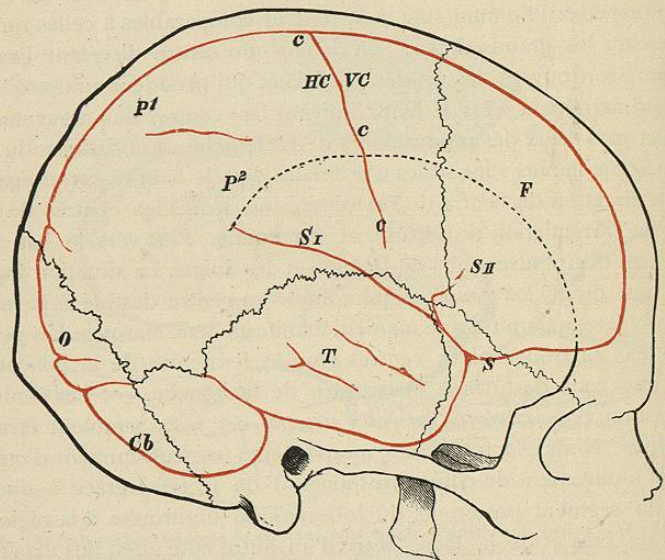


Fig. 46. (Dessiné d'après ECKER. (Représentation des rapports topographiques entre la surface du cerveau et le crâne, c Scissure interhémisphérique, HC et VC Circonvolutions centrales, postérieure et antérieure, S, S I et S II Scissure de Sylvius, P I P 2 Lobes pariétaux supér. et inférieur, O Lobe occipital, Cb Cervelet, T Lobe temporal, F Lobe frontal.

binées de deux régions du corps, de préférence une paralysie simultanée d'un bras et d'un facial, plus rarement une paralysie d'un bras et d'une jambe. Par contre, à raison de la situation des centres moteurs, il n'est pas concevable qu'un foyer *unique* puisse paralyser à la fois la jambe et le facial, tout en épargnant le bras, et en réalité une telle combinaison n'a encore jamais été observée. Il est remarquable aussi que les muscles qui fonctionnent toujours bilatéralement (masticateurs, oculaires, muscles des cordes vocales, etc.) sont également innervés bilatéralement. Un foyer morbide

unilatéral dans un des centres en question ne provoque conséquemment pas de paralysie dans ces muscles.

A part la délimitation de la paralysie à une région du corps, comme nous venons de la décrire, il y a un second caractère indicatif du foyer cortical : c'est la remarquable fréquence des *phénomènes d'excitation motrice*, de convulsions toni-cloniques qui, à l'instar des paralysies, n'atteignent parfois qu'un seul bras ou un bras et un facial, mais qui peuvent aussi comprendre toute une moitié du corps. On désigne ces convulsions qui se produisent sous forme d'attaques, du nom d'« *épilepsie corticale* » (*épilepsie partielle*, *épilepsie Jacksonienne*), parce que les contractions dont elles se composent sont identiquement les mêmes que celles qui se produisent dans l'épilepsie véritable. Des expériences cliniques en grand nombre ont démontré que des *attaques épileptiformes, circonscrites de la sorte, ne se présentent que dans les affections du territoire cortical moteur*, et il nous est donné en cette occurrence de pouvoir préciser davantage encore le siège exact de la lésion, attendu que les convulsions dans le *domaine du facial* se rapportent surtout au tiers inférieur des circonvolutions centrales, les convulsions du bras à la partie médiane et les convulsions de la jambe aux parties supérieures de ces mêmes circonvolutions. A-t-on l'occasion d'observer étroitement de semblables accès d'épilepsie corticale partielle, on peut parfois constater les toutes premières convulsions dans un domaine musculaire parfaitement circonscrit (savoir dans l'angle de la bouche, dans les pouces et ainsi de suite). D'ici les contractions se propagent plus loin et presque toujours dans l'ordre de succession correspondant à la série dans laquelle les centres sont rangés dans l'espace. — Le rapport que les convulsions affectent envers les paralysies est excessivement variable. C'est ainsi par ex. qu'en beaucoup de cas, étant donné un épanchement dans les circonvolutions centrales, il coexiste en même temps avec la paralysie, de violentes convulsions unilatérales. Par contre, dans les affections à évolution lente (les tumeurs notamment), des convulsions épileptiques partielles précèdent souvent de bien loin les manifestations paralytiques ; enfin il peut arriver que des régions musculaires déjà frappées de paralysie, deviennent dans la suite le siège d'attaques épileptiformes répétées. Ce sont surtout ces deux derniers caractères qui permettent de conclure avec un haut degré de probabilité à une affection corticale. Outre les attaques épileptiques confirmées, les affections de la région motrice de l'écorce cérébrale donnent également lieu à des *formes adoucies d'excitation motrice*, comme sont des contractions isolées, des contractions rythmiques, des spasmes toniques, etc.

La manière d'être de la *sensibilité, dans ses rapports avec les paralysies corticales*, n'est pas encore suffisamment connue. Les recherches expérimentales

tales récentes de MUNK ayant démontré que chez les animaux la « sphère dite *sensitive* » est située dans la même région que les centres corticaux moteurs, on serait tenté de supposer que chez l'homme les paralysies corticales doivent constamment être associées à des troubles de la sensibilité. Toutefois les observations cliniques ne sont pas concordantes sur ce point. En beaucoup de cas de maladies corticales chez l'homme il y a en même temps que des paralysies motrices des *désordres* constatables de la sensibilité, mais ces derniers font parfois complètement défaut. Ce qu'il y a de particulièrement digne d'intérêt, c'est l'absence maintes fois constatée du *sens musculaire* (conscience de la position et des mouvements passifs) dans les extrémités atteintes.

2. Autres parties de la couche corticale du cerveau à l'exclusion des centres du langage.

I. Circonvolutions frontales. L'un des lobes frontaux peut être malade dans une assez grande étendue, sans occasionner de désordres appréciables. Il est de fait que les *deux circonvolutions frontales supérieures* n'appartiennent pas au territoire moteur cortical. Il n'y a que la partie postérieure de ces lobes, la plus voisine de la circonvolution centrale antérieure, et qu'on appelle « *pédoncule des circonvolutions frontales* », à laquelle il faille attribuer des centres moteurs (v. plus haut). La *troisième circonvolution frontale (l'inférieure)* du côté gauche, comme nous allons le voir tantôt, est dans des rapports incontestables avec les *facultés motrices du langage*.

On admet assez généralement que la couche corticale des lobes frontaux doit être considérée comme « le siège des *fonctions psychiques* de l'ordre le plus élevé ». Il existe quelques observations d'affections étendues des *deux lobes frontaux*, lesquelles ne présentaient que des symptômes psychiques (suppression des fonctions intellectuelles, altération du caractère et ainsi de suite) sans aucun autre désordre. Dans la folie paralytique et autres formes de démence, il est très remarquable encore que l'atrophie prédomine dans les lobes frontaux, de sorte qu'en réalité il est très probable que les lobes frontaux sont en relation étroite avec les hautes fonctions de l'esprit. Cependant, on ne saurait trop le répéter, nous ne connaissons à l'heure qu'il est *rien de précis* sur le lien intime qui rattache les facultés supérieures aux diverses parties du cerveau.

2. Circonvolutions pariétales. Les fonctions départies à la couche corticale des lobes pariétaux et les symptômes par lesquels se traduit une affection de cette partie du cerveau, nous sont totalement inconnus. D'après

FLECHSIG c'est dans l'écorce des lobes pariétaux que se termine la plus grande partie de la voie de la calotte sensible. Conséquemment il faudrait s'attendre dans les affections du cerveau pariétal à des *troubles* évidents de la *sensibilité*. Néanmoins jusqu'ici il n'existe presque pas de données clinico-anatomiques qui confirment cette supposition. — Les expériences relatives à l'existence de *troubles moteurs* dans les maladies de l'écorce pariétale sont un peu plus nombreuses et il semblerait que les centres des *mouvements associés des yeux* sont situés en cet endroit (peut-être dans le gyrus angulaire ou dans le gyrus supramarginal). On peut entre autres observer dans les affections de cette région un symptôme intéressant d'excitation, c'est la « *déviatio, soi-disant, conjugée* », c'est-à-dire un fort mouvement latéral simultané de la *tête* et des deux *yeux* vers le même côté. C'est un fait remarquable, nous paraît-il, que le centre qui préside à ce mouvement, lequel évidemment est en corrélation avec le changement de direction de notre regard, est précisément situé dans le voisinage du centre visuel proprement dit (lobe occipital).

— Il aussi que dans le gyrus angulaire il y aurait aussi un centre pour la partie ophtalmique du facial (m. orbiculaire des paupières) et l'éleveur de la paupière supérieure.

3. Circonvolutions occipitales. Les recherches cliniques et expérimentales de ces dernières années ont conduit unanimement à placer dans

les lobes occipitaux le *centre cortical qui préside aux sensations visuelles*. C'est dans la couche corticale de cette région qu'aboutissent, selon toute probabilité, les fibres du nerf optique. En jetant un coup d'œil sur la figure ci-contre (fig. 47), on n'aura pas de peine à comprendre les troubles visuels qui accompagnent les lésions des lobes occipitaux. L représente l'œil gauche, R l'œil droit, Ch le chiasma des *nerfs optiques* dans lequel s'opère, ce qu'on doit admettre comme certain, un entrecroisement *partiel* de leurs fibres. Les fibres (figurées par des lignes pointillées) qui appartiennent au côté externe (temporal) des deux rétines, passent *sans s'entrecroiser* dans la *bandelette optique* correspondante, tandis que les fibres dérivant de la moitié interne (nasale) des deux rétines, *s'entrecroisent* dans le chiasma. Le lobe occipital droit reçoit par conséquent les fibres de la moitié externe (temporale) de la

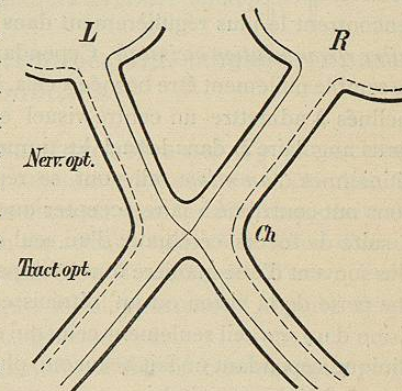


Fig. 47. Figure schématique représentant la marche des fibres optiques dans le chiasma.

rétine droite et de la moitié interne (nasale) de la rétine gauche. Si le lobe occipital droit est altéré par une maladie quelconque, les images qui tombent sur les segments rétiniens susnommés et qui proviennent de la moitié gauche du *champ visuel*, cessent d'être perçues. Les malades ne voient plus, de l'un et de l'autre œil, que les objets situés dans la moitié droite de leur champ visuel, et ne perçoivent rien de ce qui se trouve du côté gauche. Ce genre de trouble visuel, consistant dans la suppression pour chaque œil de la partie latérale homologue (homonyme) du champ de la vision, s'appelle *hémianopsie* ou *hémioptie*. La lésion du *lobe occipital droit* entraîne par conséquent une *hémioptie gauche*, et inversement la destruction du *lobe occipital gauche*, une *hémioptie droite*.

En ce qui concerne la *localisation plus précise* du centre de la vision, les données anatomiques sont très peu concordantes. Les troubles visuels se rencontrent le plus régulièrement dans les maladies du *cuneus* et de la *première circonvolution occipitale*. Cependant la totalité de la « sphère visuelle » ne semble nullement être bornée à cela. Beaucoup d'investigateurs sont même inclinés à admettre un centre visuel encore plus élevé (dans la région du gyrus angulaire?) dans lequel les impressions provenant des *deux* moitiés rétiniennes d'un même œil vont se réunir de nouveau. Plusieurs observations ont contribué à faire accepter une pareille hypothèse; d'après elles, à la suite de foyers cérébraux d'un seul côté, se serait déclarée également (le plus souvent d'une manière tout à fait passagère) une *amblyopie croisée*, c.-à-d., une perte de la vision ou un rétrécissement considérable du champ de la vision d'un seul œil seulement, celui qui est opposé au foyer. — Au point de vue clinique cependant un fait beaucoup plus important, c'est que de légères altérations du lobe occipital ne provoquent parfois aucune cécité partielle de certaines parties de la rétine, mais un autre trouble visuel particulier, la soi-disant *cécité de l'âme* (MUNK) ou « la perte du souvenir des images optiques ». Ce trouble consiste en ce que les malades *voient* encore les objets, mais ne *connaissent* plus la *signification* qui s'y attache. Ils ne savent plus rien faire avec eux ou bien ils s'en servent tout à fait de travers. Ils ne reconnaissent plus les personnes de leur connaissance, si ce n'est par le ton de leur voix. — Si avant que portent les rares résultats anatomiques obtenus jusqu'à ce jour, la « cécité de l'âme » a été observée non seulement dans les affections les plus superficielles du lobe occipital, mais aussi dans les maladies du gyrus angulaire (v. plus haut). Pour ce qui concerne la soi-disant *cécité verbale*, voir plus loin le chapitre traitant de l'aphasie.

4. *Circonvolutions temporales*. Ce que les lobes occipitaux sont à l'égard du sens de la vue, les lobes temporaux le sont probablement à l'égard du sens de l'ouïe. Les altérations de la moitié postérieure de la circonvolution

temporale supérieure semblent, d'après quelques observations, pouvoir entraîner effectivement la *surdité* de l'oreille du côté opposé. Cependant ce trouble ne tarde pas le plus souvent à se dissiper. Il est possible que chacun des nerfs auditifs est en relation avec les *deux* lobes temporaux. — Un fait beaucoup plus positif que celui qui résulte des expériences portant sur la production des troubles de l'ouïe proprement dits, c'est que les lésions de la circonvolution temporale supérieure (première) provoquent la soi-disant *surdité verbale* (« surdité de l'âme ») c.-à-d. la perte *du sens* des mots. Nous reviendrons encore tout à l'heure sur cet état qui se combine le plus souvent avec l'aphasie motrice.

Enfin remarquons encore ici que dans le lobe uncinatus (p. 372) se trouve selon toute probabilité le bout terminal du nerf olfactif, de sorte qu'il y aurait lieu d'admettre également dans cet endroit un *centre olfactif*.

3. Centres de la parole et troubles du langage. (Aphasie et états connexes.)

Formes diverses de l'aphasie et troubles qui s'y rattachent.

Comme nous l'avons fait remarquer au commencement de ce chapitre, les troubles proprement dits de la parole observés dans les affections cérébrales furent le premier symptôme dont on rattacha la cause à la lésion d'un endroit exactement déterminé du cerveau. Pour l'intelligence d'une question si intéressante et qui demande quelques développements, il importe d'expliquer tout d'abord le mécanisme du langage *normal*.

Nous acquérons l'habitude de parler, c'est-à-dire de communiquer verbalement nos idées aux autres, soit en obéissant à une impulsion intérieure, soit 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.