

III

Conclusion.

On voit qu'en somme je n'ai fait que répéter et exposer les pratiques thérapeutiques que tout le monde applique depuis bien longtemps dans l'apoplexie, mais que la plupart des auteurs contemporains n'osent pas écrire.

Je ne dis pas que l'on sauve tous ses malades par ces procédés. Mais j'ai l'intime conviction qu'on ne leur fait aucun mal et que parfois on leur est plus utile que par l'expectation, qui est bien décourageante pour le médecin et pour l'entourage, même quand elle est armée.

Et je terminerai par cette phrase de Schutzenberger que les praticiens approuveront certainement : « En médecine pratique, il ne faut jamais se placer au point de vue de l'inutilité des secours de l'art, quand la certitude n'est pas absolue. »

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DE L'APHASIE

PAR

J. GRASSET,

Professeur à la Faculté de Montpellier.

I

Considérations générales.

Dans ce chapitre consacré au traitement de l'aphasie, il ne faut pas s'attendre à trouver tout le traitement à instituer chez un aphasique.

L'aphasie est un symptôme. Or, le traitement d'un malade présentant un symptôme donné comprend : 1° le traitement du symptôme lui-même ; 2° le traitement de la lésion anatomique qui produit le symptôme ; 3° le traitement de la maladie (espèce nosologique) qui produit la lésion anatomique.

Dans l'espèce, chez un aphasique, il ne faut pas traiter seulement l'aphasie, mais il faut traiter la lésion (ramollissement, artérite...) qui produit l'aphasie et la maladie (syphilis, alcoolisme...) qui produit la lésion.

Or, tous ces derniers traitements sont étudiés dans d'autres chapitres de cet ouvrage, aux mots correspondants. Donc, nous n'avons rien à en faire ici.

Nous n'avons donc à étudier que le traitement de l'aphasie-symptôme et, comme je le disais plus haut, en ce faisant, nous n'indiquons qu'une partie du traitement que le clinicien aura à instituer chez un aphasique.

Mais ce traitement, restreint de cette manière, reste encore important et, de plus, il est généralement peu étudié, au moins dans les classiques.

Cela dit, quelques notions rapides sur la nature et les variétés cliniques de l'aphasie sont indispensables pour comprendre la direction à donner ensuite au traitement.

L'aphasie est le trouble de la fonction qui est intermédiaire entre la faculté de conception et de compréhension d'une part et la faculté d'expression de l'autre; c'est le trouble de la fonction par laquelle nous passons, dans le langage, du subjectif à l'objectif ou de l'objectif au subjectif.

Le langage est une fonction très complexe.

Prenons le cas, en apparence fort simple, où A répond à une question posée par B. Il faut, pour que cette réponse se fasse normalement :

- 1° Que l'oreille de A recueille bien et transmette normalement la question posée : intégrité de l'ouïe ;
- 2° Que, de l'ouïe de A la question passe dans son centre intellectuel : passage de l'objectif au subjectif ;
- 3° Que le centre intellectuel de A comprenne la question posée et conçoive la réponse à faire : intégrité de l'intelligence ;
- 4° Que la réponse pensée soit normalement transmise à l'appareil de phonation : passage du subjectif à l'objectif ;
- 5° Que l'appareil de phonation transmette exactement à l'extérieur la réponse pensée : intégrité de l'appareil de phonation.

Nous disons qu'il y a aphasie toutes les fois que, les n^{os} 1, 3 et 5 étant intacts ou au moins dans un état d'intégrité suffisante pour permettre la conversation, la parole est rendue impossible ou difficile par un trouble dans les fonctions n^o 2 ou n^o 4.

Ainsi, si on est sourd (n^o 1), si on a perdu l'intelligence (n^o 3) ou si on est paralysé de la langue (n^o 5), on ne pourra pas répondre à la question posée; mais ce ne sera pas de l'aphasie.

Au contraire, si, malgré l'intégrité intellectuelle, la question

n'arrive au centre intellectuel que sous une forme inintelligible, comme dans une langue inconnue (trouble du n^o 2), il y a aphasie : c'est l'aphasie sensorielle.

De même, si la réponse sagement conçue ne parvient pas à l'appareil de phonation, cependant sain lui aussi (trouble du n^o 4), il y a aussi aphasie : c'est l'aphasie motrice.

Ce que nous disons de la réponse à faire à une question parlée peut se redire textuellement d'une réponse à faire à une question écrite; seulement la vue remplace alors l'ouïe.

Donc, deux espèces d'aphasie sensorielle ou centripète : la surdité verbale, quand la question parlée n'arrive pas à l'intellect; la cécité verbale, quand la question écrite n'arrive pas à l'intellect.

De même, pour l'aphasie motrice, ce que nous avons dit de la réponse parlée peut se répéter de la réponse écrite.

Donc, deux espèces d'aphasie motrice ou centrifuge : l'aphasie motrice proprement dite (parole) et l'agraphie.

Ces diverses espèces d'aphasie ne sont pas des abstractions théoriques, uniquement basées sur le raisonnement, puisque chacune paraît correspondre à un siège de lésion différent : le siège de la cécité verbale étant probablement vers le pli courbe, celui de la surdité verbale sur la première temporale, celui de l'aphasie motrice au pied de la troisième frontale, et celui de l'agraphie au pied de la deuxième frontale, tous sur l'hémisphère gauche.

En ajoutant maintenant la notion de l'aphasie partielle, on conçoit une série de variétés dans ces diverses espèces.

Il y a en effet une série de modes divers dans le langage centripète et dans le langage centrifuge : parole articulée, langues diverses (aphasie des polyglottes, Pitres), musique chantée ou lue, dessin, lettres imprimées et écriture de main...

La fonction peut être atteinte, à l'aller ou au retour, dans une quelconque de ces parties et il en résulte une série de variétés d'aphasie partielle, qu'il suffit d'indiquer.

De plus, en dehors de la parole et de l'écriture, il y a encore le langage mimique.

Ce langage, lui aussi, peut être altéré soit dans ses voies centripètes, soit dans ses voies centrifuges; et c'est le point de départ de nouvelles variétés d'aphasie.

Brissaud a décrit aussi une aphasie d'intonation.

Enfin, j'ai vu tout récemment une aphasie de la main droite chez un sourd-muet qui n'avait jamais appris à parler. Quand on lui montrait des mots écrits, il les épelait avec sa main gauche dans le langage des sourds-muets, tandis qu'il ne pouvait rien dire avec sa main droite, pas même réciter l'alphabet des sourds-muets : ce qu'il faisait autrefois avec une extrême volubilité et ce dont il n'était pas empêché par une parésie très incomplète du bras droit.

Ce n'est pas encore tout.

Nous n'avons raisonné jusqu'à présent que sur le langage volontaire, réfléchi et conscient. Or, il y a aussi un langage automatique.

Quand on répond vivement, et sans y penser, à une question posée, quand on répète ou qu'on copie un mot sans comprendre, quand on lit tout haut en pensant à autre chose, on parle ou on écrit automatiquement.

Entre les sens périphériques et le centre intellectuel supérieur (libre et conscient) il y a une série de centres psychiques inférieurs, qui forment ce que j'ai appelé le polygone cortical¹ : ce sont les centres de l'automatisme psychologique.

Ces centres psychiques inférieurs sont de deux ordres : centres de réception ou sensoriels où s'accumulent les images visuelles, auditives, kinesthésiques; centres d'émission ou moteurs où s'accumulent les images motrices de la parole, de l'écriture, des gestes...

Ces centres se forment ou se développent par l'usage de la vie et par l'éducation.

Sous ces influences ou par l'hérédité, ces divers centres peuvent se développer plus ou moins chez les divers sujets. C'est ainsi que l'un pensera mieux en écrivant : c'est un gra-

1. GRASSET. — L'automatisme psychologique, *in* Leçons de clin. méd., 3^e série.

phique; un autre au contraire n'écrira bien qu'en parlant ce qu'il écrit : c'est un moteur; le visuel récite un livre en le lisant dans sa tête tandis que l'auditif l'entend mentalement quand il le répète.

Ces centres polygonaux, psychiques inférieurs, peuvent être actionnés directement par le centre intellectuel supérieur; ou bien ils peuvent s'actionner mutuellement.

Ils sont en effet reliés entre eux de toutes manières, en même temps qu'ils sont reliés avec le centre intellectuel supérieur et périphériquement avec les appareils sensoriels d'un côté et les appareils d'expression de l'autre.

Quand tout le psychisme d'un acte se passe dans le seul polygone, c'est le psychisme inférieur ou automatique. Quand le centre intellectuel supérieur est compris dans le cercle nerveux, c'est le psychisme supérieur, libre et conscient.

En tenant compte de ces notions, le cycle entier du langage devient encore plus complexe, mais plus vrai.

Une impression arrive par un sens (œil, oreille), atteint un centre polygonal sensitif (centre visuel, auditif).

Deux cas peuvent alors se présenter.

L'impression, partie des sens, peut ne pas dépasser le polygone et là aller directement des centres polygonaux sensoriels aux centres polygonaux moteurs (sans toucher le centre intellectuel supérieur) et de là à l'appareil d'expression parlée, écrite ou mimique; c'est le langage automatique.

Ou bien la même impression venue des sens peut aller du centre polygonal sensoriel au centre intellectuel supérieur et de là redescendre dans les centres polygonaux moteurs (centres de la parole, de l'écriture) et ensuite à l'appareil de phonation où à la main qui écrit : c'est le langage volontaire et réfléchi.

Ce langage volontaire et réfléchi peut aussi être spontané : sans provocation extérieure actuelle, le centre intellectuel supérieur met alors directement en action les centres polygonaux moteurs.

Ces distinctions (plus faciles à comprendre avec un schéma)

une fois admises, on saisit aisément la classification clinique des aphasies.

A. — Si l'altération porte sur les centres polygonaux eux-mêmes, ce sont les aphasies corticales ou centrales avec les subdivisions (aphasie motrice, agraphie, surdité verbale, cécité verbale) suivant que la lésion porte sur tel ou tel centre polygonal.

B. — Si l'altération porte sur les fibres au-dessous des centres polygonaux (entre le polygone et la périphérie), ce sont les aphasies sous-centrales ou sous-corticales, avec leurs variétés, suivant que la lésion porte sur les fibres de la vue, de l'ou ie, de la parole ou de l'écriture.

C. — Si l'altération porte sur les fibres supérieures qui relient les centres polygonaux au centre intellectuel supérieur, ce sont les aphasies sus-corticales ou sus-centrales, avec les variétés id o-motrices (parole ou écriture) et les variétés id o-sensorielles (vue ou ou ie).

D. — Si enfin l'altération porte sur les fibres intra-polygonales qui relient entre eux les divers centres polygonaux, ce sont les aphasies trans-corticales (sensorio-motrices) avec des variétés basées sur le faisceau des fibres atteintes (parole et vue, parole et ou ie, écriture et vue, écriture et ou ie).

Tout cela paraît subtil. Mais d'abord c'est absolument clinique et ensuite nous allons voir que c'est indispensable pour comprendre le détail du traitement de l'aphasique, qui revient toujours à une r ducation du sujet : il faut toujours lui apprendre à reconstituer la fonction qui a été abolie ou altérée.

II

Traitement.

L'aphasie guérit; c'est ce qui en justifie le traitement.

On a publié beaucoup de cas de guérison. L'analyse détaillée de ces faits, comme la célèbre observation de Lordat et celle que j'ai publiée en 1873, sert puissamment à comprendre le mécanisme physiologique de la guérison.

Cette guérison doit se faire de deux man res. D'abord, dans certains cas, la lésion elle-même, peu profonde et incomplète, guérit. Dans d'autres cas, la guérison survient alors même que la lésion persiste : Dufour vient d'en publier un nouvel exemple bien démonstratif, démontré par l'autopsie¹.

Dans ces cas, il faut admettre une suppléance de la région détruite soit par une région voisine, soit par la région similaire de l'autre hémisphère. Je crois les deux processus possibles suivant les cas.

Les gauchers parlent avec leur cerveau droit et on a même vu des sujets devenus gauchers tardivement (  neuf ans, par accident survenu à la main droite) qui apprennent à se servir pour tout de leur cerveau droit et deviennent plus tard aphasiques avec hémiplégie gauche : Mourad en a récemment publié un exemple².

Donc, le cerveau droit peut suppléer le cerveau gauche altéré.

Mais on a vu aussi, chez un aphasique guéri, la lésion symétrique à droite ne pas ramener l'aphasie. Donc, la suppléance peut aussi se faire par les parties voisines du même hémisphère.

Du reste, cette question est relativement secondaire pour le thérapeute.

Il lui suffit de savoir (et ceci est absolument établi) que l'aphasie guérit, soit par guérison de la lésion initiale, soit par suppléance d'autres parties du cerveau.

Dans les deux cas, le rôle du clinicien est de faciliter et de hâter cette restauration de la fonction perdue. Sans doute l'aphasie pourrait guérir seule. Mais on rendra service au malade en l'aidant à réapprendre le langage ou la partie de langage qui lui manque.

Le principe est général et vise tous les cas d'aphasie. Mais les procédés pour l'appliquer varieront avec les cas particuliers. C'est ici qu'il faut savoir bien diagnostiquer la variété

1. DUFOUR. — *Soc. anat. — Rev. de neurol.*, 1896, III, 634.

2. MOURAD. — *Rev. de neurol.*, 1896, III, 615.