Il ne faudrait pas croire cependant que leur *intelligence* soit peu développée. Cette question a été souvent discutée. Il va de soi qu'il doit exister chez les sourds-muets des degrés dans l'intelligence comme chez les entendants. On peut même affirmer que les lésions causales qui agissent sur le cerveau donneront chez eux une plus forte proportion (on a dit jusqu'à 10 p. 100) d'idiots ou d'arriérés : j'en ai déjà vu plusieurs être des épileptiques. Mais parmi ceux qui ont été reconnus aptes à suivre les écoles, la moyenne n'est pas inférieure à celle des entendants.

Ce qui longtemps a fait douter de leurs facultés intellectuelles, c'est l'adage bien connu du *Nil in intellectu quod non prius in sensu*, et de fait, à l'heure actuelle, il existe encore dans les pays les plus civilisés des sourds-muets qui n'ont reçu aucune éducation et qui n'ont acquis aucun développement intellectuel. Mais le sourd-muet instruit peut acquérir un développement intellectuel très avancé. C'est là un chapitre médico-psychologique dans lequel nous ne pouvons entrer ici. Mais il sera permis de rappeler avec Ladreit de La Charrière que les sourds-muets ont fourni des littérateurs, même des poètes (ce qui est singulier, puisqu'ils sont privés du sens qui permet d'apprécier le rythme et de régler l'euphonie) et surtout des peintres, des graveurs, des sculpteurs : il semble que les sourds-muets aient, sinon une acuité visuelle plus pénétrante, du moins une élaboration sensorielle et psychique plus active des images visuelles et soient par suite plus aptes aux arts graphiques où il s'agit plus de reproduire et d'imiter que d'inventer (Puybonnieux).

**DIAGNOSTIC**. — Dans les premières années de la vie, il est souvent assez difficile de déterminer si la surdi-mutité existe vraiment. Nous avons déjà dit que les parents ne s'en aperçoivent pas pendant assez longtemps. Il faut aussi se garder de prendre un entendant-muet pour un sourd-muet.

Il est parfois aussi assez difficile de déterminer si la surdi-mutité est congénitale ou acquise. On n'arrive à ce diagnostic qu'avec les renseignements fournis par les parents : il conviendra de passer en revue toutes les conditions étiologiques précédemment indiquées. Il est important, entre autres choses, de savoir si l'enfant avait déjà parlé et de préciser ce qui lui reste d'audition.

Chez l'adulte, le diagnostic doit être fait avec la *surdi-mutité hystérique*. Celle-ci n'est pas très commune. Un de mes élèves, le Dr F. Chavanne, en a réuni vingt-cinq cas dans une thèse récente (1). Le début est brusque le plus souvent et peut succéder par exemple à un traumatisme. Ordinairement il y a des stigmates ou d'autres manifestations hystériques. La guérison est souvent rapide. Une des

(1) F. Chavanne, Oreille et hystérie, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1901 (Thèse de Lyon).



malades de mon service ayant été prise récemment de mutisme absolu avec surdité, il me suffit de dire à haute voix que j'allais l'envoyer à l'asile d'aliénés pour que le soir même elle écrivît une longue lettre de protestation à mon interne et pour qu'elle fût guérie le lendemain.

Enfin il ne faut pas oublier la possibilité d'une *simulation* ; celle-ci est d'ailleurs plus rare que la simulation de la surdité simple. On l'a vue chez des mendiants, des criminels, plus rarement peut-être devant les conseils de revision militaires. Au temps de la dactylologie, on a pu découvrir la supercherie en mettant le simulateur en rapport avec un vrai sourd-muet. L'écriture est souvent un bon moyen, car le sourd-muet a des tournures de phrases à lui et ne fait jamais de fautes d'orthographe, ce qui arrive souvent aux entendants-parlants peu instruits. L'attitude du simulateur, son facies, son mutisme absolu, trompent rarement un médecin ou un instituteur habitué aux sourds-muets.

**PRONOSTIC**. — La surdi-mutité peut guérir : des exemples en ont été rapportés par un très grand nombre d'auteurs. Du moins, si la guérison n'est pas complète, le malade peut-il recouvrer l'ouïe à un degré inespéré lors d'un premier examen. Politzer a rapporté un cas de ce genre d'un enfant catalogué à trois ans comme n'ayant aucune perception sonore qui, à dix-neuf ans, avait une audition normale. Itard, Deleau, Toynbee, Urbantschitsch, Uchermann, Hartmann, Hamon du Fougeray, Lavrand, etc., ont rapporté des cas de ce genre. J'ai revu ces temps-ci un jeune homme chez lequel j'avais fait il y a douze ans le diagnostic de surdi-mutité et qui, actuellement, entend si on lui parle fort à quelque distance de l'oreille et dont la parole est normale.

Mais en réalité ces faits sont très rares et le pronostic de la surdi-mutité est très défavorable : il paraît plus mauvais pour la surdi-mutité acquise, puisque presque tous les cas de guérison se rapportent à la forme congénitale.

La surdi-mutité, si elle ne menace pas directement la vie, expose cependant les malades à de fâcheuses éventualités (tares nerveuses qui peuvent se développer, prédisposition à la tuberculose, etc.) Elle a aussi le grave inconvénient de mettre le sourd-muet dans des conditions sociales désavantageuses. Un sourd-muet ne gagne pas toujours facilement sa vie. Autrefois le sourd-muet était tenu par la loi comme incapable et saint Augustin lui fermait les portes de la foi, ce qui permit à certains théologiens du siècle dernier de condamner l'œuvre de l'abbé de l'Épée. Si les temps sont changés, le sourd-muet n'en reste pas moins encore gêné par certaines prescriptions légales concernant le mariage, les donations, les testaments, etc.

**TRAITEMENT**. — Le traitement médical de la surdi-mutité se réduit à fort peu de chose. Il faut tout d'abord débarrasser les sourds-

muets des maladies de l'oreille moyenne qui peuvent exister, des rhinites et des végétations adénoïdes, ce qui a le double résultat d'améliorer ce qui peut rester parfois d'audition et de faciliter l'émission de la voix et l'articulation des mots. Toutes les fois que l'on trouvera des lésions chroniques de la caisse, il faudra faire un usage longtemps suivi des insufflations d'air, en n'oubliant pas la possibilité de la guérison dont nous avons cité quelques rares cas. On y ajoutera l'iodure de potassium et, si on a des raisons de songer à la spécificité, le traitement mixte.

Le véritable traitement de la surdi-mutité est pédagogique. Il doit avoir pour but de faire du sourd-muet *un sourd-parlant*, car, depuis 1880, il s'est fait une révolution en France sur ce point. A l'enseignement du langage mimique qui se faisait partout, sauf à Bordeaux, Saint-Hippolyte-du-Fort et Villeurbanne, on a définitivement substitué le langage oral par des procédés d'éducation pour l'étude desquels il faut renvoyer aux ouvrages spéciaux.

Disons seulement que les médecins auristes, au premier rang desquels il convient de mettre Urbantschitsch, Bezold, Javal, Schwendt, Hamon du Fougeray, en montrant les résultats obtenus par les exercices acoustiques, ont déterminé une nouvelle évolution dans cette éducation des sourds-muets. Il devient nécessaire, en effet, de faire deux catégories de ceux qui n'ont plus aucune perception auditive et de ceux que nous avons vu être susceptibles d'entendre la parole. Mais il ne faut pas demander à l'accordéon d'Urbantschitsch, aux cornets de Verrier ou de Marage, au microphonographe de Dussaud, etc., plus que ces instruments peuvent donner, c'est-à-dire non un agrandissement notable du champ auditif, mais seulement une perception plus parfaite des sensations auditives.

## AUDI-MUTITÉ.

**DÉFINITION.** — Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant âgé de plus de trois ans qui ne parle pas, la première impression est qu'on a affaire à un sourd. Mais parfois les parents insistent et affirment que leur enfant entend et, de fait, on se convainc facilement qu'il répond aux appels, exécute les ordres donnés, etc., en un mot, qu'il s'agit d'un *entendant-muet*. Ces faits d'*audi-mutité* sont rares par rapport à la surdi-mutité ; mais leur connaissance est très intéressante au point de vue médical et pédagogique.

Les entendants-muets peuvent se diviser en plusieurs catégories d'importance inégale. Il y a tout d'abord ceux dont l'intelligence est très atteinte, les idiots qui, suivant la phrase bien connue d'Esquirol, répétée par Itard, Griesinger, etc., ne parlent pas parce qu'ils n'ont rien à dire. En second lieu, les muets dont l'intelligence est normale ou d'apparence normale et qui ont une lésion organique



centrale; ce sont des aphasiques par hémiplégie infantile, tumeur cérébrale, embolie cérébrale, etc. Des faits de ce genre ont été publiés par Clarus, Steffen, Bernheim.

Enfin il existe une catégorie d'entendants-muets dont l'apparence physique et psychique est normale, dont l'audition est intacte et les organes périphériques de la parole normalement constitués et qui cependant ne parlent pas. C'est l'*aphasie congénitale* de Küssmaul, l'*Hörstummheit* ou *alalie idiopathique* de R. Coën, l'*aphasie congénitale fonctionnelle* d'Oltuszewski, l'*idioglossie* de Hale White et Golding Bird. C'est surtout cette variété d'*audi-mutité* que nous aurons en vue dans cet article.

**HISTORIQUE.** — L'histoire de la mutité sans surdité ne commence en réalité qu'avec R. Coën, de Vienne, dont le mémoire le plus important, publié en 1888, est devenu classique. Mais les anciens auteurs, notamment Itard, avaient déjà vu des faits de ce genre. Gall a écrit (1819) : « Il y a des enfants de deux à onze ans et même quatorze ans, qui ne savent pas parler quoiqu'ils entendent bien et qu'ils ne soient pas idiots... Leur faiblesse intellectuelle est particulièrement relative à leur faculté de parler. »

Puis c'est Schmalz (1846) qui décrit la mutité sans surdité, Benedikt (1865). A la Société d'anthropologie, en 1866, L. Vaïsse veut qu'on sépare des sourds et des idiots, ceux qu'il appelle des aphasiques congénitaux. En 1876, Ladreit de La Charrière parle du mutisme chez les enfants qui entendent et estime qu'on se hâte trop souvent de classer ces sujets parmi les idiots. En 1877, Küssmaul consacre un chapitre de son livre à l'aphasie congénitale. Il serait facile de trouver dans Hammond, dans la thèse de Bernard, des allusions au sujet qui nous occupe.

Après les travaux de Coën, la question se trouva lancée dans le milieu des médecins et des éducateurs qui s'occupent des sourds-muets, et il faudrait citer les travaux de H. Gutzmann, Oltuszewski, Weniger-Moritz, Mielecke, Lavrand, Heller, Urbantschitsch, etc. Tous les faits antérieurs ont été repris récemment dans l'intéressante thèse d'un de mes élèves, le Dr G. Lévy, qui a pu rassembler une cinquantaine d'observations probantes dont neuf personnelles (1).

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Nous venons d'indiquer dans la définition les grands traits symptomatiques : ce sont des enfants d'aspect physique normal, d'apparence intellectuelle intacte, sans lésions appréciables des organes périphériques de la parole, qui entendent et comprennent bien tous les ordres donnés verbalement, et qui cepen-

(1) Pour l'historique plus complet et les indications bibliographiques, voy. Georges Lévy, Les entendants-muets, Th. de Lyon, novembre 1900, et aussi M. Lannois et G. Lévy, L'audi-mutité (*Ann. des malad. de l'or. et du lar.*, 1901).

dant ne parlent pas ou du moins n'ont pas un langage articulé en rapport avec leur âge.

A vrai dire, il est assez difficile d'évaluer l'intelligence d'un enfant normal, et à plus forte raison d'un enfant qui ne parle pas; aussi certains auteurs, comme Heller et Hamon du Fougeray, ont-ils pu dire qu'il existait toujours dans ces cas un peu d'arriération mentale. Le fait est possible pour un certain nombre de cas, bien que les arriérés légers, les imbéciles, soient le plus habituellement très loquaces (Bourneville), mais il est impossible cependant d'éliminer tous les faits d'enfants alaliques non idiots rapportés par Coën, Mielecke, Gutzmann et par nous-même.

Le langage articulé peut n'être pas complètement absent, mais le plus souvent alors il est réduit à des monosyllabes ou à des sortes d'articulations incompréhensibles, ce qui justifie le terme d'idioglossie des auteurs anglais.

**ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.** — Un enfant de trois ans qui ne parle pas peut être simplement un peu en retard. Ce n'est qu'après trois ans et demi qu'il faut s'inquiéter sérieusement de la mutité chez un entendant. L'âge de l'alalie idiopathique varie de trois ans et demi à douze ans, avec un maximum de fréquence de quatre à cinq ans. Le sexe masculin est plus souvent atteint.

D'après H. Gutzmann, il y aurait souvent de grosses amygdales ou des végétations adénoïdes qui ne seraient pas sans gêner l'émission de la parole.

Comme causes prédisposantes, on a invoqué l'hérédité nerveuse, l'hérédité des troubles de la parole dont nous avons vu deux exemples, surtout du côté paternel (H. Gutzmann), l'alcoolisme chez les parents et les enfants en bas âge (R. Coën), les émotions et les traumatismes pendant la grossesse (Coën), les accouchements difficiles (Gutzmann), dont nous avons observé deux cas, etc.

En l'absence d'autopsies, la pathogénie reste incertaine. On est réduit à des hypothèses : pour les uns il y aurait des lésions de la circonvolution de Broca, soit seulement à gauche, soit des deux côtés. Pour les autres, qui admettent l'intégrité intellectuelle, il s'agit d'un arrêt de développement ou d'un trouble fonctionnel de la troisième frontale gauche, ou encore d'un défaut d'association entre le centre des images verbales auditives et le centre des images verbales motrices. Ce pourrait être aussi un manque de mémoire verbale motrice (Clémence Royer). H. Gutzmann en fait un véritable trouble psychique caractérisé par l'absence du désir de parler. Il est probable que toutes ces opinions diverses ont une part de vérité et que, dans l'alalie idiopathique ou à côté d'elle, il existe des cas de mutité sans surdité dépendant de troubles physiques et psychiques divers.



**DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.** — Au point de vue du diagnostic, il faut d'abord éliminer l'idiotie et les lésions des organes périphériques (macroglossie, aphtongie, fissures palatines, etc.).

Le diagnostic est plus délicat avec la surdi-mutité, lorsque celle-ci ne s'accompagne pas d'une perte complète de l'audition : on fera attention de ne pas prendre des restes d'audition pour une audition normale.

Le pronostic est relativement satisfaisant. Les éducateurs, comme Coën, Gutzmann, Oltuszewski, pensent que tous les sujets sont curables : il y a cependant des cas où on n'arrive pas à faire récupérer une parole absolument correcte. L'évolution est d'ailleurs variable avec le degré d'intelligence et d'attention du sujet, de l'éducation qu'on lui donne, etc. C'est lentement que le sujet progresse et récupère la parole.

**TRAITEMENT.** — Le traitement médical se réduit à peu de chose : fortifier ceux des enfants qui ont de la faiblesse physique, leur faciliter l'émission de la parole en les débarrassant de grosses amygdales ou de végétations adénoïdes.

C'est aux procédés pédagogiques qu'il convient d'avoir recours : augmenter les acquisitions intellectuelles de l'enfant, lui apprendre à articuler des sons, des lettres, des mots, lui enseigner à relier l'idée au mot, etc. Il serait désirable qu'il y eût des classes spéciales pour ces arriérés de la parole.