

homme parle, mais pour une oreille qui n'est pas habituée à l'entendre, sa parole est inintelligible ; non pas que les mots soient fautifs ou détournés de leur sens, mais parce qu'ils sont prononcés avec un bredouillement, une confusion tels, qu'ils peuvent à peine être discernés ; chaque mot est à sa place, les phrases sont bien formées, mais l'articulation des sons est tellement vicieuse qu'ils en deviennent insaisissables ; le désordre est en quelque sorte double ; les syllabes, les mots sont prononcés vicieusement ou indistinctement, et en outre l'émission n'est pas régulière ; après quelques mots qui se sont succédé avec une rapidité convenable, le malade en émet une série avec une précipitation tumultueuse qui ajoute encore à la défectuosité. Après un certain temps, l'oreille s'accoutume à ces mots imparfaits ; de sorte qu'on ne peut pas dire que cet homme a perdu la faculté de communiquer avec ses semblables, il n'a pas perdu la parole, mais il doit à sa lésion encéphalique une manière de parler tellement anormale, qu'il ne peut tout d'abord se faire comprendre. Sa paralysie du bras droit est assez améliorée pour qu'il puisse écrire, et il s'en acquitte avec une correction et une orthographe irréprochables ; conséquemment l'intelligence est intacte, et la mémoire des mots n'a pas faibli. D'un autre côté, la motilité de la langue est parfaite, tous les mouvements de locomotion sont exécutés avec rapidité et précision ; enfin la conscience de l'infirmité est très nette, la volonté de parler subsiste, et de fait, toutes les fois que cet homme veut parler, il parle ; tout le mal provient de la mauvaise articulation des sons. Or, comme la langue et les lèvres sont intactes, force est bien d'admettre que c'est au point de départ que l'articulation tonale est

troublée, c'est-à-dire que la cause du désordre occupe le centre nerveux même qui préside à l'association, à la coordination des mouvements complexes, dont l'harmonie assure l'articulation normale.

La méthode de l'exclusion n'est pas la seule qui nous permette ici d'arriver à cette conclusion. Elle est démontrée directement par un phénomène fort intéressant, sur lequel je ne veux pas négliger d'appeler votre attention. Au nombre des symptômes produits chez notre malade par sa seconde attaque d'apoplexie, il convient de signaler une paralysie complète du voile du palais et du pharynx qui a rendu longtemps impossible la déglutition normale ; ce grave accident est aujourd'hui si bien amendé, que le patient n'en parle plus que comme d'un souvenir, et pourtant une observation minutieuse démontre qu'il en reste, à n'en pas douter, quelque vestige. L'ingestion des aliments solides a lieu sans encombre, celle des liquides n'amène pas le reflux par les fosses nasales, c'est vrai ; mais faites boire cet homme devant vous, vous serez frappés aussitôt de la lenteur qu'il apporte dans l'accomplissement de cet acte ; il ne boit pas franchement par aspiration non interrompue, il boit par gorgées distinctes, et encore procède-t-il avec une circonspection qui est sans doute le fruit de son expérience ; malgré toutes ces précautions, il arrive souvent qu'après quatre ou cinq gorgées le liquide passe mal et provoque un accès de toux, mais sans reflux nasal. On ne peut douter que la déglutition ne soit encore troublée. A l'examen direct, on trouve le voile convenablement mobile, mais d'une flaccidité insolite ; il cède facilement sous la pression de la colonne d'air, chaque fois que le malade respire ; cependant la sensibilité y est

intacte ainsi que sur la muqueuse pharyngienne, et les mouvements de déglutition commandés au patient sont régulièrement exécutés. Mais l'excitation artificielle de la région du voile et du pharynx au moyen de la piqure ou du chatouillement révèle une anomalie notable; chaque excitation est bien suivie d'un mouvement, mais c'est un mouvement sur place, une contraction *in situ* qui s'étend tout au plus à l'une des moitiés latérales de l'organe; on ne provoque ni les mouvements d'ensemble et quasi spasmodiques du voile, ni les mouvements associés du pharynx et du diaphragme que détermine en l'état ordinaire le simple attouchement de la région palato-pharyngée. Ces muscles sont encore affectés d'un certain degré de parésie; or, si vous songez, Messieurs, que les nerfs correspondants ont leur origine précisément dans le centre nerveux qui préside à la coordination motrice de l'articulation des sons, vous conviendrez avec moi qu'il y a dans ce symptôme une confirmation positive de mon diagnostic pathogénique.

Tournons notre attention maintenant sur le voisin de cet individu, sur l'homme de soixante-cinq ans qui est couché au n° 13; les deux premiers malades parlent mal, mais ils parlent; celui-là, c'est autre chose, il ne parle plus du tout. Frappé d'apoplexie il y a vingt-six mois, il a conservé une hémiplegie droite qui, notablement amendée aujourd'hui dans le membre inférieur, n'a présenté aucune amélioration dans le membre thoracique, affecté maintenant d'une contracture secondaire des plus énergiques. Chez cet homme le mutisme est presque absolu, et il en a été ainsi dès les premiers temps qui ont suivi son apoplexie; il n'a à son service que deux monosyllabes, *ta* et *na*, et en les variant de nombre et d'intonation, il s'efforce de suppléer à l'instru-

ment de communication qui lui fait défaut. Du reste, l'intelligence de cet individu est intacte, la mémoire des mots est entière; demandez-lui de vous donner un objet que vous nommez, il vous le présente sans jamais commettre d'erreur; assignez à un objet un nom fautif, il témoigne aussitôt par une expression non douteuse de désapprobation qu'il apprécie l'inexactitude de votre désignation. Dans cette situation, vous ne serez pas étonnés d'apprendre que le malade a conservé pleine et entière la faculté de la lecture mentale; il a son journal de prédilection qu'il lit avec intérêt, et si vous attribuez à cette feuille un nom qui n'est pas le sien, le patient proteste contre l'erreur commise par un jeu de physionomie auquel il n'y a pas à se méprendre. Chez lui, la volonté de parler est intacte; à chaque fois que vous l'interpellez, il fait effort pour vous répondre, et la conscience de l'infirmité est aussi complète que possible. La faculté d'écrire enfin n'est point compromise; seulement la réalisation de l'acte est très limitée, parce que le malade est obligé de se servir de la main gauche, et qu'il n'en a point fait encore l'éducation. Je vous le demande à vous-mêmes, que manque-t-il à cet homme pour qu'il parle? Il pense, et pense juste, il a la connaissance exacte de la valeur des mots, il lit mentalement, il possède donc les formules verbales; et s'il ne parle pas, c'est qu'il ne peut transmettre au dehors la formule convenablement élaborée; la parole intérieure subsiste, la projection extrinsèque fait défaut.

Parmi les phénomènes que l'observation révèle chez cet homme, il en est un qui mérite de fixer encore un instant notre attention. En entendant le nom d'un objet,

BIBLIOTHÈQUE  
FAC. DE MED. U. A. N. L.

le malade le reconnaît aussitôt, et le présente fidèlement, sans jamais se tromper ; traduisez ce fait en langage physiologique, il signifie que l'image ou l'impression tonale qui arrive dans le centre récepteur des impressions auditives réveille l'image visuelle de l'objet, c'est-à-dire que la connexion entre le sens de l'ouïe et celui de la vue subsiste comme à l'état normal. En est-il de même de la relation inverse, de celle qui relie les impressions visuelles aux impressions auditives ? en d'autres termes, l'image visuelle de l'objet en réveille-t-elle l'image tonale ? La chose est assez difficile à juger chez un individu qui ne parle pas du tout ; néanmoins, je pense que la question doit être résolue ici par l'affirmative ; car, si, sans en prononcer le nom, vous montrez un objet au malade, il ne le nomme pas à haute voix, cela va sans dire, puisqu'il ne peut parler, mais il en écrit le nom exactement, d'où l'on doit conclure que l'image visuelle a réveillé l'image tonale. J'ai tenu à préciser ce fait en raison de la proposition formulée à ce sujet par Griesinger et Sander<sup>1</sup> ; selon eux, chez les aphasiques de la catégorie de notre malade, l'image tonale réveille toujours l'image visuelle, mais l'image visuelle ne réveille pas l'image tonale ; or, si le premier membre de la proposition est incontestable, le second n'est pas constamment exact, puisqu'il n'est pas vérifié par l'exemple que nous avons sous les yeux.

Au n° 17 de la salle Sainte-Claire est une femme de soixante et onze ans qui a été frappée, il y a trois mois, de la manière suivante : elle quitte sa demeure en parfaite santé

1. Sander, *Ueber Aphasie* (*Archiv für Psychiatrie*, II, 1869).

pour faire quelque achat chez un charbonnier du voisinage. Arrivée chez lui, elle ne peut faire sa demande, elle n'a même plus la conscience du motif qui l'a amenée, et cette abolition instantanée de la parole n'est accompagnée d'aucun symptôme de paralysie, car la malade peut rentrer chez elle, seule et sans appui. Cette attaque a été suivie d'une perturbation notable dans les perceptions, dans les idées, mais il ne semble pas qu'il y ait eu une véritable perte de connaissance ; peu de temps après être rentrée à son domicile, cette femme complètement muette était dans un état de dépression mentale qui la rendait indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle ; mais elle avait pourtant une conscience vague des incidents extérieurs ; elle s'aperçut très bien de l'arrivée d'un médecin, de celle d'un prêtre, et quoiqu'elle ne pût aucunement comprendre ce qui se disait, elle entendait le bruit confus des voix. En tout cas, il n'y eut pas, il n'y a jamais eu de paralysie, ni du mouvement ni de la sensibilité, et lors de son entrée dans mon service, le 18 octobre dernier, la malade, libre de ses mouvements, consciente de toutes les excitations sensibles, était sous le coup d'une stupeur intellectuelle qui lui enlevait toute spontanéité d'acte ou de parole ; mais elle sortait rapidement de cette apathie lorsqu'elle était interpellée à haute voix, c'est-à-dire sous l'influence des impressions auditives, jouant le rôle d'excitant sur cet encéphale engourdi. On pouvait constater alors que la volonté de parler était entière, que la motilité de la langue était parfaite, que les mots prononcés étaient convenablement articulés, mais qu'ils n'étaient employés qu'en petit nombre, que l'acception n'en était pas juste, et qu'en

dehors de ces quelques mots la parole était abolie. Il y avait donc à la fois stupeur cérébrale, ou hébétude, et perte de la mémoire des mots, ou amnésie verbale. Après quelques jours de *statu quo*, l'hébétude s'est dissipée peu à peu, la malade a commencé à s'intéresser aux choses extérieures, et surtout à son propre sort, et la conscience très nette et très vive de l'infirmité est venue bientôt après démontrer la restauration des facultés intellectuelles ; seule, la mémoire des mots continuait à manquer, et à chaque constatation nouvelle de son impuissance, cette malheureuse éprouvait une douleur mêlée d'humiliation, qui ne pouvait laisser le moindre doute quant à la justesse de ses appréciations sur elle-même. L'amnésie ne persista guère que deux ou trois semaines au degré primitif, puis la malade put commencer à dénommer exactement les objets qui lui étaient montrés, et cette amélioration, progressive sans arrêt, a produit la situation que vous pouvez constater aujourd'hui. La parole est rétablie au point de permettre le récit de l'attaque passée, mais soudainement certains mots font défaut, la malade adresse en vain des appels réitérés à sa mémoire, elle ne peut les trouver ; mais si vous lui en suggérez un qui ne soit pas exact, elle vous reprend aussitôt, et si, au contraire, vous lui faites entendre l'expression juste, elle la reconnaît et s'en sert immédiatement. Complète au début, l'amnésie ne l'est plus maintenant, mais elle persiste encore à un degré suffisant pour être aussitôt reconnaissable ; d'ailleurs cette femme, qui avant son accident savait lire et écrire, n'a pas encore recouvré ces notions ; elle épelle péniblement, hésite parfois à reconnaître les lettres ; bref, les mots, ces représen-

tants schématiques de la pensée, ne sont encore pour elle que des figures muettes. C'est là au surplus un fait général chez les amnésiques, l'abolition de la lecture et de l'écriture est le phénomène le plus persistant.

L'examen de nos quatre malades vous démontre, Messieurs, que les caractères et le mécanisme du désordre de la parole diffèrent chez chacun d'eux, à ce point que le seul élément qui rapproche ces quatre cas, c'est ce fait brut que la parole est troublée. Il y a donc ici quatre catégories cliniquement distinctes, et à moins que nous ne voulions de parti pris dédaigner les enseignements de l'observation, nous sommes bien obligés d'admettre quatre formes ou quatre variétés d'aphasie, puisque la clinique nous en met au même moment quatre types sous les yeux. Dans le premier cas, la parole n'est troublée que parce que la langue est paralysée du mouvement, l'aphasie ou alalie tient à la *glossoplégie*. — Dans le second cas, le désordre tient uniquement au défaut de coordination des mouvements qui assurent l'articulation des sons ; l'aphasie ou alalie tient à la *glossotaxie*, expression abrégée par laquelle je désigne ce trouble de la coordination verbale. — Chez le troisième malade, la motilité de la langue, l'articulation des sons sont normales, la parole peut en outre être préparée, mais elle ne peut être projetée au dehors, l'aphasie dépend de la suspension de la transmission verbale ou *logoplégie* ; j'oppose cette désignation, qui signifie réellement paralysie du discours, aux deux dénominations précédentes, sans méconnaître que cette acception est purement conventionnelle. — Chez notre quatrième malade, l'abolition de la parole est la conséquence toute simple de l'oubli des mots ou *amnésie ver-*

*bale*. — Enfin on conçoit la possibilité d'un cinquième cas dont je n'ai pas d'exemple à vous présenter, mais dont la réalité est bien établie par les observations de nos devanciers, je veux parler de la dépression mentale, portée à ce point que le malade ne parle plus, parce qu'il n'a plus de pensée à formuler ; cet état désigné par Frank, ou déjà peut-être avant lui, sous le nom d'hébétude, apparaît dans le cours des lésions cérébrales graves, soit aiguës, soit chroniques, et l'abolition de la parole tient alors uniquement à l'abolition de la pensée, à l'hébétude. De là la qualification d'alalie par hébétude employée par Joseph Frank.

Tels sont les faits, telles sont les conclusions qui surgissent de l'observation clinique, interrogée sans préoccupation théorique, sans idée préconçue. Rapprochez et groupez ces conclusions, vous aurez le tableau suivant :

Aphasie ou Alalie	}	I. Par glossoplégie.
		II. Par glossoataxie.
		III. Par logoplégie.
		IV. Par amnésie verbale.
		V. Par hébétude.

Plusieurs écrivains ont arbitrairement restreint le sens du mot aphasie ; ils le réservent exclusivement pour les trois dernières formes de ce tableau, qu'ils confondent du reste, et pour eux, il n'y a aphasie que lorsqu'il y a mutisme. Je ne puis m'associer à cette interprétation qui a sa source, je le crains fort, dans l'oubli des travaux anciens. Si je consulte l'étymologie, je ne puis trouver au mot aphasie un sens autre que celui du terme alalie ;

par suite, je les tiens pour des synonymes parfaits, et je reste fidèle à la tradition en prenant ces dénominations dans le sens le plus large, c'est-à-dire dans l'acception sémiologique ; les mots alalie ou aphasie sont ainsi pour moi des expressions génériques, qui embrassent les désordres pathologiques non congénitaux de la parole ; et dans ce genre, qui a pour caractère fondamental le trouble des communications verbales, je trouve, guidé par l'observation, les cinq espèces dont je vous ai dressé le tableau.

BIBLIOTHÈQUE  
FAC. DE MÉD. U. A. N. L.