

l'insula, et le point similaire du côté droit. De cette absence de connexion anatomique entre les deux régions homologues résulterait l'absence de solidarité fonctionnelle, et comme la région gauche, vu l'antériorité de son développement et de son exercice, est seule éduquée pour l'acte de la parole, les lésions de ce côté entraînent nécessairement, à l'exclusion des autres, l'abolition de la fonction. Le fait anatomique signalé par Meynert doit être vérifié; jusque-là, la théorie dans son ensemble n'est, comme la précédente, qu'une ingénieuse hypothèse.

Pour moi, je crois pouvoir reporter la question sur un terrain plus tangible : je remarque en premier lieu, et je vous l'ai prouvé par des faits, que le siège à gauche n'est point absolument constant, et qu'il est seulement beaucoup plus fréquent que la localisation droite; ce point bien établi, je pense que si les lésions génératrices de l'aphasie par logoplégie siègent plus communément à gauche, cela tient tout simplement à la nature même de ces lésions. Le plus souvent, non pas toujours, comme on l'a dit, mais dans la grande majorité des cas, la lésion est un ramollissement par embolie des artères sylviennes; or, l'observation démontre d'une manière péremptoire que l'embolie sylvienne est infiniment plus fréquente à gauche qu'à droite, à ce point que sur un relevé de Meissner comprenant cinquante et un cas, il n'y a que huit cas d'obstruction droite. Si donc la logoplégie est le plus souvent liée à des altérations gauches, ce n'est point en raison d'une attribution fonctionnelle spéciale du côté gauche de l'encéphale, c'est simplement que la lésion qui donne le plus ordinairement lieu à ce symptôme siège presque toujours à gauche, et cela, comme vous le savez,

par suite des rapports et du mode d'origine des grosses artères nées de la crosse aortique.

Une autre erreur a été commise au sujet de cette localisation, je tiens à vous la faire toucher du doigt. Supposez pour un instant (hypothèse fautive, vous le savez) que les lésions insulaires d'un côté, peu importe lequel, soient les seules qui produisent la logoplégie; suivrait-il de là que cette région insulaire unilatérale est le siège exclusif, le centre fonctionnel unique des opérations verbales? mais pas le moins du monde. Quand vous voyez l'équilibre de la station debout détruit par la lésion de l'un des hémisphères ou de l'un des pédoncules cérébelleux, dites-vous que cet hémisphère ou ce pédoncule est le siège, le centre fonctionnel de l'équilibre statique? non, vous dites simplement que l'équilibre normal est subordonné à l'action régulière et harmonique de l'appareil cérébelleux dans son ensemble, et que si une lésion unilatérale détruit cette harmonie, la fonction correspondante est nécessairement troublée. Eh bien, Messieurs, la situation est la même pour la parole; ce n'est point là une fonction unilatérale, si j'ose ainsi dire, comme la motilité ou la sensibilité d'un membre, c'est une fonction essentiellement bilatérale, et comme toutes les fonctions de ce genre, elle exige le concours synergique de certaines régions homologues de l'encéphale; si une lésion unilatérale suffit pour troubler la fonction, c'est parce que cette altération unique détruit la synergie des deux moitiés de l'appareil. Cette interprétation me paraît à tout le moins plus rationnelle que la théorie, qui fait d'une région isolée de l'encéphale le centre physiologique d'une fonction bilatérale.

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MED. U. A. N. L.

J'arrive aux deux autres catégories de l'aphasie, l'amnésie verbale et l'hébétude. L'insuffisance des faits m'oblige à être ici beaucoup plus bref, et vous pouvez aisément concevoir la raison de cette pénurie des observations ; il est fort rare que les malades succombent sans autre symptôme que l'abolition de la mémoire ou l'hébétude, et en présence de la complexité des phénomènes observés durant la vie, il devient difficile ou plutôt impossible d'affirmer un rapport entre la lésion trouvée et l'un des phénomènes en particulier. Quelques faits cependant échappent à l'objection : tel, entre autres, celui de Hun concernant une dame qui présenta pour premier trouble cérébral une amnésie subite ; au bout d'un temps assez long, la malade succomba dans une sorte d'imbécillité. A l'autopsie, on trouva un cancer du cerveau qui occupait la plus grande partie du lobe antérieur gauche. — Chez le malade de Watson, l'amnésie précéda l'hémiplégie de quatre jours, et la mort de quatorze ; il y avait dans la partie antéro-inférieure de l'hémisphère gauche un abcès contenant deux onces de pus. — Dans un fait de Bateman, que l'observateur donne lui-même comme exemple d'aphasie par amnésie verbale, la lésion consistait en un ramollissement des régions postérieures de l'hémisphère gauche. Peut-être y a-t-il d'autres exemples analogues, mais ceux-là, que recommande leur netteté, suffisent à démontrer l'impossibilité d'une localisation quelconque pour la mémoire verbale.

La conclusion est la même pour le trouble général de l'idéation qui constitue l'hébétude ; les observations de Romberg, de Henle et Hensch, de Forbes Winslow, de Down, de Paget et d'Henry montrent des lésions hémis-

sphériques diversement localisées, ou bien des vices de conformation portant sur le corps calleux et le trigone cérébral. Dans plusieurs de ces faits, le phénomène de l'écho a été constaté, et dans ces cas-là les altérations, purement hémisphériques, laissent intactes les régions insulaires et les éléments qui les unissent à la moelle allongée ; cette circonstance pouvait être prévue, puisque l'écholalie implique forcément l'intégrité de l'appareil de transmission motrice qui est affecté à la manifestation extérieure de la parole.

En résumé, il n'y a pas de localisation pour l'aphasie par *hébétude* ni pour l'aphasie par *amnésie verbale*, parce que les actes de l'idéation et de la traduction verbale de l'idée n'ont pas de centre physiologique déterminé ; tout ce qu'il est permis d'en dire, c'est que ces opérations se passent dans la couche corticale des hémisphères cérébraux ; au delà il n'y a plus qu'hypothèse. Nous avons vu d'autre part que la *glossoplégie* manque également de localisation fixe, puisqu'elle est produite par toutes les lésions qui atteignent les hypoglosses sur un point quelconque de leur trajet, depuis leur distribution terminale jusques et y compris le faisceau central, à trajet inconnu, qui relie les origines bulbaires de ces nerfs aux cellules hémisphériques. Conséquemment il n'y a de localisation déterminée que pour l'aphasie par *glossoataxie*, laquelle a pour domaine le système commissural cérébello-bulbaire, et pour l'aphasie par *logoplégie* (aphasie dans le sens restreint de plusieurs auteurs), laquelle a pour siège les régions de connexion entre l'hémisphère et l'appareil moteur (c'est-à-dire le noyau préinsulaire, l'insula et le corps strié) et les faisceaux de communication

entre ce corps et les noyaux gris bulbaires. Un mot sur ce dernier point.

Ce faisceau de conjonction, postulat^{um} physiologique indéniable, a été démontré anatomiquement par Schröder van der Kolk ; il naît des cellules multipolaires des divers noyaux gris de la moelle allongée et des cellules olivaires, puis par les pédoncules cérébraux et les couches optiques gagne les corps striés ; van der Kolk n'a pu le suivre au delà, mais il a expressément spécifié le rôle de ces éléments, qu'il regarde comme les voies de transmission de l'excitation psychique à l'appareil moteur bulbaire. Jene puis douter que ce faisceau ne soit le même qui a été récemment décrit par Meynert ; seulement ce dernier a réussi à en découvrir le trajet complet. L'éminent anatomiste de Vienne a signalé, sous le nom de cordon acoustique, un faisceau qui, né du noyau originel du nerf auditif, passe sous le plancher du quatrième ventricule, parcourt le pédoncule cérébral pour gagner le noyau du tænia, ganglion situé entre le noyau lenticulaire du corps strié et la surface de l'insula de Reil. Les fibres irradiées de ce ganglion rayonnent dans l'insula même et dans les circonvolutions marginales. Ce noyau gris (nucleus tæniæformis) représente, selon Meynert, le point où les impressions auditives entrent en rapport avec les organes hémisphériques de l'idéation, et en raison de l'étroite connexion qui relie l'ouïe à la parole, il a désigné cette région sous le nom de CHAMP TONAL. A l'intégrité de cette région qui, d'après le même anatomiste, je vous le rappelle, manque de fibres commissurales avec la région similaire de droite, serait subordonnée l'intégrité de la parole ; et c'est parce que les lésions de l'extrémité posté-

rieure de la troisième circonvolution gauche intéressent forcément le champ tonal qu'elles sont toujours suivies d'aphasie ; mais les altérations des autres parties de l'insula, notamment de sa partie postérieure, peuvent pour le même motif produire le même résultat, et Meynert a justement rapporté un fait de ce genre que je vous ai signalé déjà¹.

Acceptant comme exact le fait anatomique qui, pour moi, est en quelque sorte la preuve et le complément de la description de Schröder van der Kolk, je ne puis admettre le rôle assigné par Meynert à son faisceau acoustique et au champ tonal. Il est facile de voir que, dans son interprétation, ce faisceau est centripète ; que son rôle consiste à apporter au champ tonal les impressions auditives qui doivent être transformées en perceptions, et que l'acte de la parole est subordonné à la réception régulière de ces impressions par l'organe de l'idéation (hémisphère). Certes, on ne peut nier le rôle des impressions auditives chez l'être qui apprend à parler, mais chez celui dont l'éducation verbale est parachevée, le dépôt de la mémoire peut incontestablement tenir lieu de ces impressions absentes. S'il en était autrement, comment les individus qui deviennent sourds après avoir appris à parler, pourraient-ils continuer à parler après avoir perdu l'ouïe ? et d'un autre côté, si les lésions insulaires avaient vraiment pour effet de supprimer le champ tonal, c'est-à-dire le conflit des perceptions auditives avec l'appareil de l'idéation, comment les aphasiques par

1. Meynert, *Anatomische Begründung gewisser Arten von Sprachstörung* (Oester. Zeits. f. Heilkunde, 1866).

logoplégie pourraient-ils non seulement entendre, mais comprendre les paroles qui leur sont adressées ? Pour ces motifs, je crois l'induction physiologique de Meynert mal fondée, et je ne retiens de son travail que le fait anatomique, qui complète heureusement la description du faisceau de communication entre les noyaux gris du bulbe et la région insulaire. Mais je persiste à considérer ce faisceau comme affecté à la transmission contrifuge des excitations cérébro-bulbaires, d'abord en raison de ses connexions avec les noyaux du corps strié, ensuite parce que, chez les aphasiques par logoplégie, aucun phénomène ne prouve le désordre des perceptions auditives, tandis que tout démontre l'interruption de la transmission au dehors des formules verbales régulièrement préparées.

Je vous ai jusqu'ici parlé de l'alalie, comme d'un symptôme dépendant de lésions de l'encéphale ; mais si c'est là le cas de beaucoup le plus fréquent, ce n'est cependant pas le seul qui se présente à l'observation, et il y a lieu d'opposer à l'aphasie de cause matérielle ou organique, l'aphasie par trouble fonctionnel. Cette forme toujours passagère, mais dont la durée peut varier de quelques instants à plusieurs semaines, a été vue jusqu'ici à la suite des émotions morales vives, notamment de la frayeur (Dunn), dans l'hystérie et les névroses convulsives, après les fièvres éruptives et les typhiques, enfin dans l'encéphalopathie saturnine. Une intéressante observation de Heymann établit cette dernière condition étiologique.

Je borne ici cette étude de l'aphasie ; il est possible que les observations en se multipliant modifient quelques

points de détail, mais elles ne pourront ébranler mes conclusions fondamentales qui sont issues de l'examen clinique. J'ai en tout cas placé la question sur son véritable terrain, en montrant que la parole n'est pas plus une faculté indivisible que la motilité volontaire, par exemple, et que cette fonction, comme toutes les autres, ne peut être élucidée que par une analyse physiologique sévère, qui n'a rien de commun avec les conceptions ontologiques d'une psychologie nuageuse.

BIBLIOTHÈQUE
FAC. DE MÉD. U. A. N. L.