

L'*hypochondrie morale*, bien décrite par M. J. Falret (1), consiste dans une anxiété vague et indéterminée, une disposition à voir tout en noir; les malades sont profondément découragés, ils sont au moral ce que les hypochondriaques sont au physique. Ils s'imaginent qu'ils n'ont ni sentiments affectifs, ni intelligence, ni énergie; ils appréhendent toutes sortes de malheurs et sont souvent obsédés par des impulsions qui les portent à commettre des actes violents ou à proférer des paroles obscènes.

Ces phénomènes impulsifs sont quelquefois assez intenses pour constituer le symptôme le plus saillant de la maladie; telles sont les *impulsions homicides avec conscience*. MM. Ball et Ritti citent, d'après Spurzheim, l'histoire d'un homme mélancolique qui, après avoir assisté à l'exécution d'un criminel, se sentit tout à coup dominé par un penchant irrésistible à tuer. Il conserva néanmoins la conscience nette de sa situation et la plus grande aversion pour un pareil crime. Il pleurait, avait des angoisses extrêmes et exhortait ses amis à prendre garde. Il existe un grand nombre d'observations analogues. Ces malades demandent à être attachés et camisolés et quelquefois, cédant à leurs impulsions, commettent les crimes les plus horribles.

A côté de ces formes morbides, se placent certains états symptomatiques moins fréquents, tels que l'*onomatomanie*, ou recherche angoissante du mot, l'*arithmomane*, l'écholalie, la coprolalie, etc.

Les conceptions délirantes que nous avons énumérées conduisent les malades à des *actes* que l'on peut appeler délirants; ils sont alors secondaires et ne peuvent, conséquemment, suffire à caractériser le délire; quand un aliéné tue ou met le feu, il agit ordinairement sous l'influence d'un trouble intellectuel dont l'acte n'est que le résultat.

Les actes qui se manifestent sous l'empire du délire sont de nature variée. MM. Ball et Ritti mentionnent l'agitation et les cris des malades atteints de délire maniaque, l'inertie arrivant à l'immobilité complète des mélancoliques, la tendance à briser et à déchirer, la manie de collectionner, le vol, le suicide, l'homicide, l'incendie, les actes érotiques et l'appétence irrésistible pour les boissons alcooliques, l'éther, l'opium, le haschich.

Mais dans d'autres cas qui sont loin d'être rares, les actes ne sont point la conséquence logique du délire intellectuel, celui-ci peut même faire défaut. Les actes se produisent sous l'influence d'impulsions irrésistibles et sont en rapport avec l'altération des sentiments moraux et affectifs plutôt qu'avec celle des facultés intellectuelles.

(1) Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1890, p. 507.

C'est ce que l'on observe chez les aliénés dits *raisonnants*, chez les dipsomanes et en général chez les individus appartenant à la catégorie des héréditaires dégénérés de Morel (1). L'impulsion semble réduite à un pur automatisme dans l'épilepsie larvée.

Chez d'autres malades, la folie des actes se traduit par un état d'inertie complète. Des mélancoliques n'agissent pas parce qu'ils n'éprouvent plus aucun sentiment humain et n'ont plus aucun motif d'agir. D'autres sont dominés surtout par un sentiment d'incapacité; ils ne sont plus en état d'accomplir l'acte le plus simple; ils le voudraient, ils en sont incapables. Leur volonté semble paralysée (2). D'autres enfin voudraient agir, ils le pourraient, mais ils sentent un pouvoir extérieur qui les arrête. Les malades appartenant aux deux premières catégories placent en eux-mêmes, dans leur moi proprement dit, l'origine de leur mal. Pour les malades du troisième groupe, l'empêchement vient des régions extérieures au moi: c'est le monde extérieur qu'ils accusent. M. Cotard (3) montre que l'on est ainsi conduit à établir une distinction entre l'aboulie dont l'origine est dans le moi et l'inhibition qui vient du non-moi (4).

ARTICLE II. — DÉMENGE.

Ce mot sert à désigner la *perte ou l'affaiblissement des facultés intellectuelles*; elle est toujours *acquise* et se distingue ainsi de l'idiotie dans laquelle le trouble de l'intelligence a toujours existé. L'affaiblissement intellectuel des déments coïncide le plus souvent avec un amoindrissement de leurs facultés morales et de leur volonté.

§ 1. — Genèse et causes.

Il est une variété de démence qui est pour ainsi dire physiologique, nous voulons parler de celle qui survient chez certains sujets âgés; il semble que les fonctions ne s'éteignent pas simultanément dans tous les organes, et que celles de la vie végétative puissent survivre à celles de la vie de relation. On voit ainsi des sujets continuer à marcher, à manger, à faire leurs fonctions organiques quand leurs fonctions intellectuelles et affectives ont en grande partie disparu; chez un petit nombre de sujets, cette décadence est précoce,

(1) Magnan, *Étude sur les impulsions et les actes des aliénés. — Leçons sur la folie héréditaire*.

(2) Billod, *Maladies de la volonté*.

(3) J. Cotard, *De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale* (*Revue philosophique*, 1886).

(4) Langle, *De l'inhibition dans les troubles psychiques*. Thèse de Paris, 1866.

et on peut l'observer dès l'âge de 60 ans. Cette démence *sénile* est *primitive*.

La *démence consécutive* peut survenir sous l'influence des diverses variétés de folie dont elle caractérise la période terminale (démence vésanique de Ach. Foville); elle se produit dans les cas chroniques, dans ceux où il survient de fréquentes rechutes et surtout chez les sujets qui y sont prédisposés par une influence héréditaire.

La démence est constante dans la paralysie générale, et on l'observe d'habitude à une époque rapprochée du début de la maladie.

Plusieurs névroses cérébrales peuvent également aboutir à la démence. Nous mentionnerons, en première ligne, l'épilepsie : compatible pendant longtemps avec l'intégrité des fonctions cérébrales, elle s'accompagne à la longue d'un affaiblissement mental plus ou moins prononcé; il peut en être exceptionnellement de même de l'hystérie et de la chorée; il faut pour cela que ces névroses revêtent leur forme la plus grave et soient de très longue durée.

Les lésions cérébrales donnent lieu, le plus ordinairement, à un certain degré d'affaiblissement intellectuel; elles présentent, à cet égard, une notable différence avec les lésions du mésocéphale et du bulbe dans lesquelles l'intelligence reste intacte. Ce qui importe à cet égard est donc le siège de la lésion; celles des circonvolutions sont les plus offensives. Il faut aussi considérer l'étendue de l'altération. Quant à sa nature, elle ne paraît avoir qu'une importance secondaire; un foyer d'hémorragie, un ramollissement et une tumeur auront, à ce point de vue, la même signification s'ils ont des dimensions égales et occupent un même point de cerveau.

Il faut admettre enfin une démence par intoxication alcoolique; A. Foville y ajoute une démence par l'opium et la morphine (1), et nos propres observations concordent, à cet égard, avec les siennes.

§ 2. — Anatomie et physiologie pathologiques.

On peut admettre, *a priori*, dans la démence, une altération des éléments cellulaires qui sont en rapport avec l'exercice des fonctions cérébrales; cette altération peut se développer en quelque sorte spontanément, par l'*abus de la fonction*; c'est ainsi que les choses doivent se passer dans la démence sénile; on a trouvé, chez des sujets qui en étaient atteints, le cerveau atrophié. D'autres fois l'altération des cellules coïncide avec celle des vaisseaux, des méninges et de la névroglie; il se produit une *méningo-encéphalite diffuse* (paralysie générale).

(1) Foville, art. DÉMENCE du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud. Paris, 1872, t. XI.

Dans les cas de *lésions en foyer* ou de *tumeurs*, il s'agit le plus souvent d'une action à distance sur les cellules psychiques; ces lésions, en effet, sont circonscrites et par conséquent peu capables d'agir directement sur des éléments disséminés en différentes parties de l'encéphale. Dans l'*épilepsie*, la production de troubles nutritifs sous l'influence des désordres vasculaires qui accompagnent chaque attaque rend compte des phénomènes. Dans les *intoxications*, enfin, on peut admettre une action du poison sur les cellules.

§ 3. — Symptômes.

Ils varient beaucoup suivant que la perte des facultés psychiques est complète ou incomplète. Marcé distinguait trois périodes qui ne devaient pas nécessairement se succéder et dont chacune présentait d'importantes variétés. Le mieux nous paraît être d'indiquer les caractères des troubles intellectuels dans les différentes catégories de démence que nous avons distinguées d'après l'étiologie.

La *démence sénile*, à un léger degré, peut permettre aux malades de continuer leur vie ordinaire; ils s'habillent, prennent leurs repas, sortent, lisent leur journal et jouent aux cartes comme auparavant, et cependant on reconnaît, si on les examine, que leurs facultés psychiques sont singulièrement affaiblies; ayant perdu en grande partie la mémoire, incapables de soutenir une conversation, ni de prendre une décision, ils vivent en quelque sorte automatiquement. On voit cependant fréquemment des phénomènes d'excitation intervenir dans cet état: ils portent souvent sur l'instinct génésique. La démence sénile s'accompagne parfois aussi de délire, soit sous forme maniaque, soit sous forme mélancolique; dans ce cas, on observe surtout des idées de ruine, de persécution, avec réaction anxieuse.

Chez les *paralytiques généraux*, on peut constater, dès le début de la maladie, un affaiblissement de l'intelligence, que caractérisent des absences de mémoire, des paroles dénuées de sens et des actes inconscients: les malades ne peuvent plus exécuter les travaux dont ils s'acquittaient auparavant sans difficulté; ces accidents s'accroissent de plus en plus. Au début, les signes de démence peuvent être masqués par la violence des actes délirants, mais un examen attentif permet de les retrouver; le délire lui-même en porte la marque; les conceptions sont mobiles, multiples, absurdes et contradictoires (J. Falret); la démence s'accroît davantage à mesure que la maladie progresse, et il vient un moment où les malades en sont réduits à une existence purement végétative.

Dans la *vésanie*, la démence conserve l'empreinte du délire qui a

caractérisé la maladie; chez les *maniaques*, elle ne paraît guère qu'au moment où la maladie a pris la forme chronique; l'excitation intellectuelle est amoindrie, les mouvements sont moins tumultueux, les idées deviennent vaines et sans portée; cependant on observe quelquefois encore des phases d'agitation. Dans la *mélancolie*, l'abattement et la tristesse persistent en même temps que la mémoire et les autres facultés s'affaiblissent; de même, dans l'*hypochondrie*, les douleurs imaginaires qui ont pendant longtemps constitué le phénomène dominant de la maladie persistent alors que la démence se développe et lui donnent une physionomie spéciale.

L'*épilepsie* peut, d'après Foville, se combiner avec presque toutes les formes de la démence.

Dans les cas de *lésions en foyer*, il n'y a généralement pas d'autres accidents qu'un affaiblissement intellectuel avec tendance au larmolement et aux idées tristes.

Dans l'*alcoolisme*, il peut se produire graduellement une débilité intellectuelle progressive qui aboutit, par une pente insensible, à l'abrutissement et n'est pas subordonnée à une péri-encéphalite; d'autres fois, d'après Morel (1), la démence se développe rapidement et entraîne bientôt la mort. Ordinairement la démence alcoolique débute par de l'amnésie, de l'apathie, de l'indifférence et un affaiblissement des sentiments moraux; les malades se montrent insouciant; plus tard ils deviennent gâteux et peuvent arriver à la démence absolue.

Quelle que soit la nature de la démence, les malades qui en sont atteints présentent généralement, quand elle est arrivée à un certain degré, des allures particulières; ils sont indifférents à tout ce qui les entoure; leur regard s'est éteint; leur physionomie a une expression d'hébété et ils oublient leurs affections les plus tendres et les sentiments les plus élémentaires de pudeur: ils deviennent obscènes, malpropres, laissent parfois aller volontairement l'urine et les matières fécales, s'en barbouillent à plaisir, ramassent toutes les ordures qui leur tombent sous la main, en remplissent leurs chambres, leurs meubles, leurs vêtements ou se les introduisent dans les narines, dans la bouche ou dans le conduit auditif (2). Presque tous ont un tic, une manie, une habitude: les uns passent des journées entières immobiles dans le coin d'une cour; les autres se promènent sans relâche dans une même allée ou se balancent sur un siège d'une manière uniforme. De temps à autre, ces malades peuvent, sous l'influence d'un accès de colère, éprouver des impatiences irrésistibles

(1) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales*. Paris, 1857.

(2) Marcé, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence*. Paris, 1861.

sous l'influence desquelles ils frappent et brisent ce qui les entoure. Ces déments ne présentent pas, d'habitude, de troubles organiques, ils mangent avec vivacité et engraisserent. A un degré plus avancé, la démence devient absolue, les malades n'ont plus que les fonctions de la vie végétative; ils ne parlent plus, n'ont plus conscience de leur personnalité et se laisseraient mourir de faim si on ne les alimentait artificiellement.

ARTICLE III. — APHASIE (1).

Prise dans son sens littéral, cette dénomination s'applique à tous les troubles du langage qui mettent un malade dans l'impossibilité de s'exprimer. Cette signification est celle que lui a attribuée M. Jaccoud; notre savant maître distingue cinq formes d'aphasie qui sont l'*hébété*, l'*amnésie verbale*, la *logoplégie*, la *glosso-ataxie* et la *glosso-plégie*. Malgré sa grande autorité, cette manière de voir ne paraît pas avoir été généralement adoptée et la plupart des auteurs réservent le nom d'*aphasie* aux troubles du langage qui sont indépendants d'un trouble de l'idéation et de l'articulation. On pourrait conserver le nom d'*alalie* pour désigner le symptôme décrit par M. Jaccoud.

Pour étudier l'aphasie, il est nécessaire, comme l'a fait Charcot, d'indiquer d'abord les différents actes qui interviennent dans la fonction du langage.

On distingue le langage parlé, le langage écrit et celui des gestes.

Le langage parlé suppose la connaissance d'un grand nombre de sons dont chacun représente un signe et par conséquent la *mémoire auditive*; le langage écrit suppose la connaissance de signes graphiques, dont le groupement représente également des signes et par conséquent la *mémoire visuelle des mots*. Les mêmes considérations sont applicables au langage des gestes. La réunion de ces mémoires constitue ce que Charcot appelle la *phase passive de la faculté du langage* (fig. 175).

(1) Broca, *Sur la faculté du langage articulé avec deux observations d'aphémie* (Bull. de la Soc. anat., 1861). — Dax, Congrès de Montpellier, 1836. — A. Voisin, art. APHASIE du Nouveau dictionnaire de Jaccoud. — Jaccoud, *De l'alalie et de ses diverses formes* (Gaz. hebdom., 1864, et Clinique médicale, 1874). — Gallard, *Clinique médicale de la Pitié*, Paris, 1877. — Proust, *De l'aphasie* (Arch. gén. de méd., 1873). — Grasset, *Traité des maladies du système nerveux*, 3^e édition. Montpellier, 1885. — Kussmaul, *Les troubles de la parole*, trad. par Rueff. Paris, 1884. — P. Marie, *De l'aphasie*, d'après les leçons de M. Charcot (Revue de médecine, 1883). — Legroux, Thèse d'agrégation, 1875. — Déjerine, *Semaine médicale*, 1884. — Bernard, *De l'aphasie et de ses diverses formes*. Thèse de Paris, 1885. — G. Ballet, *Le langage intérieur et les diverses formes d'aphasie*. Paris, 1886. — J. Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales*. Paris, 1890, art. APHASIE.

Dans la *phase active*, les mémoires partielles doivent entrer en communication avec les centres moteurs de coordination qui président à l'articulation des mots et à l'écriture. Charcot admet enfin que les sensations produites par les mouvements nécessaires à l'exécution de ces actes sont elles-mêmes emmagasinées dans la substance cérébrale et y forment deux autres mémoires partielles, la *mémoire des mouvements de la parole* et la *mémoire des mouvements de l'écriture*.

Ces notions nous permettent de comprendre le mode de production des différentes formes d'aphasie ainsi que des troubles désignés sous la dénomination de *cécité* et de *surdité verbales*.

La faculté du langage peut être troublée dans sa phase passive ou dans sa phase active alors que l'idéation, l'articulation des mots et les mouvements de la main restent complètement ou relativement

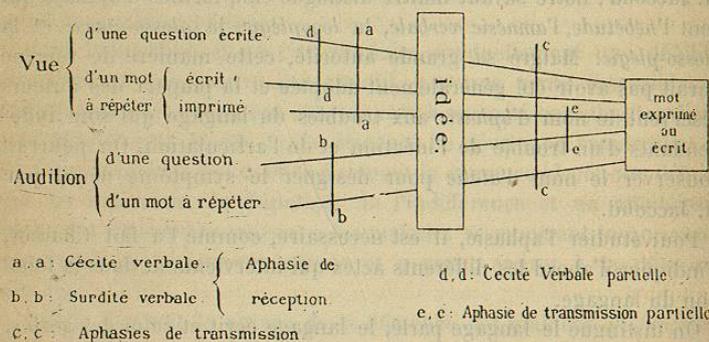


Fig. 175. — Schéma de l'aphasie, d'après le professeur Grasset.

intacts. Les malades se trouvent hors d'état d'établir une relation entre une idée et un signe, que ce signe soit un mot parlé, un mot écrit, ou un geste.

La faculté normale d'exprimer les idées par des signes conventionnels ou de comprendre ces signes est ainsi diminuée ou pervertie, malgré la persistance d'un degré suffisant d'intelligence et l'intégrité des appareils sensoriels, nerveux et musculaires qui servent à la perception et à l'expression de ces signes. L'aphasique pense et ne peut parler.

Suivant l'ordre indiqué par les différents actes de la fonction normale, nous étudierons successivement les troubles du langage par défaut de réception auditive ou visuelle et les troubles par défaut de transmission verbale ou écrite (fig. 175). Nous les réunissons sous la dénomination générale d'*aphasie* bien qu'elle ne doive littérale-

ment s'appliquer qu'au trouble par défaut de transmission verbale.

L'aphasie par défaut de réception auditive a été signalée, en 1874, par Wernicke sous le nom d'*aphasie sensorielle*; Kussmaul (1) l'a désignée plus heureusement sous celui de *surdité verbale* qui est devenu classique; il a été bien étudié par Kahler et Pick ainsi que par Charcot, M^{lle} Skwortzoff (2), MM. Magnan, Broadbent (3), G. Ballet (4) et Arnaud Ch. (5): « l'individu qui en est atteint entend les sons sans les rapporter à l'objet qui les produit, mais ne comprend par le sens des mots parlés (6) »; il ne peut répéter les mots prononcés par autrui.

L'observation où le symptôme était le plus nettement isolé est celle de M. Giraudeau (7). La malade ne comprenait pas les questions qu'on lui adressait, elle répondait à faux; elle ne pouvait reconnaître les objets qu'on lui désignait par leur nom, et cependant elle entendait le tic-tac de la montre et les bruits les plus légers; elle lisait facilement les questions qu'on lui faisait par écrit et y répondait avec justesse. Ces sujets sont dans la situation d'une personne qui se trouve au milieu d'un peuple dont la langue lui est inconnue, ne comprend pas ce qu'on lui dit et répond à faux. La surdité verbale peut être incomplète: on cite des polyglottes qui n'entendaient plus qu'une langue. Les sons musicaux peuvent être perçus ou non. On a rapporté un fait dans lequel la surdité était exclusivement musicale; un jeune homme, devant lequel on chantait, entendait les paroles, mais la mélodie lui échappait complètement.

La surdité psychique s'étend aux propres paroles du malade; il ne s'entend pas parler; aussi son langage est-il incorrect sans qu'il en ait conscience; il a de la *paraphrasie*; on le prend souvent pour un sourd ou un aliéné; le malade lui-même se croit sourd.

La surdité verbale peut se présenter dans des conditions diverses. M. Arnaud en distingue six types différents: 1^o la *surdité verbale brute* caractérisée par le défaut d'audition brute des mots qui ressemblent au murmure confus avec interprétation de l'imagination orale, impossibilité de répétition des mots prononcés par autrui, absence d'amnésie verbale et conservation de la parole articulée; 2^o la *surdité verbale centrale* (type Giraudeau) caractérisée par la perte

(1) Kussmaul, *des Troubles de la parole*, Paris, 1834.

(2) M^{lle} Nadine Skwortzoff, thèse de Paris, 1881. — Magnan, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1880.

(3) Broadbent, *Cerebral mechanisms of thought and speech* (*Med. clin. transact.*, 1873).

(4) G. Ballet, *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie*, Paris, 1886.

(5) Arnaud (de la Jasse), *Contribution à l'étude clinique de la surdité verbale* (*Arch. de neurologie*, 1887).

(6) G. Ballet, *loc. cit.*

(7) Giraudeau, *Rev. de méd.*, 1882.

de la perception nette de la parole et l'impossibilité de répéter les mots ; 3° la *surdité verbale centrale* caractérisée par le défaut de perception nette de la parole, le défaut d'imagination orale, l'amnésie orale, l'impossibilité de répéter les mots ; 4° la *surdité verbale mentale (avec défaut complet d'intelligence des mots)* caractérisée par l'impossibilité de comprendre et d'imaginer la parole avec possibilité de répéter les mots sans les comprendre (écholalie sans intelligence des mots) ; 5° la *surdité verbale mentale (avec intelligence des mots consécutive à leur articulation)* caractérisée par le défaut primitif d'intelligence des mots prononcés et le défaut d'imagination orale avec possibilité de répéter les mots prononcés par autrui et de comprendre les mots consécutivement à leur répétition (écholalie avec intelligence des mots) ; 6° la *surdité verbale représentative* caractérisée par la possibilité de saisir nettement les mots parlés, de les imaginer, de les prononcer correctement et par l'impossibilité d'en comprendre la signification, comme s'ils étaient articulés dans une langue étrangère.

Dans les observations de Wernicke, de Giraudeau, de d'Heilly, de Chantemesse et de Chauffard, les lésions ont eu pour siège commun la première circonvolution temporale gauche, et particulièrement son extrémité postéro-supérieure ; un seul fait est contradictoire et il n'est pas probant ; c'est donc là qu'il faut localiser la lésion qui engendre ce trouble fonctionnel ; dans les cas de Kussmaul, c'est la première temporale droite qui était intéressée, mais il s'agissait d'un gaucher. M. Huguenin admet que l'acoustique est en rapport avec le lobe temporal et il a constaté chez des sourds-muets l'atrophie de cette même circonvolution.

Le second mode d'aphasie de réception est la *cécité verbale*. Elle est caractérisée par l'abolition complète ou partielle de la mémoire des mots écrits : les sujets ne peuvent lire tout en voyant bien. Ce trouble fonctionnel, entrevu par Gendrin et Lordat, a été pour la première fois bien décrit par Kussmaul. Les malades peuvent écrire et sont incapables de lire ce qu'ils ont écrit ; il leur semble qu'ils écrivent les yeux fermés. Un malade de M. Charcot parvenait à lire en figurant une à une les lettres des mots qu'on lui présentait ou en les retraçant avec le doigt dans l'espace ; c'était les mouvements, le sens musculaire qui lui en indiquaient le sens, et non la vue. Il arrivait ainsi à lire un imprimé en traçant les lettres ; il ne lisait qu'en écrivant. D'autres malades obtiennent le même résultat en suivant du doigt les contours des lettres, c'est par le toucher que l'image leur en est transmise ; ils arrivent ainsi à lire comme le font les aveugles.

On distingue plusieurs variétés de cécité verbale : tantôt la notion des lettres persiste et leur combinaison seule est impénétrable, c'est

la *cécité verbale* proprement dite ; tantôt les lettres elles-mêmes ne peuvent être déchiffrées ; c'est la *cécité littérale* ; d'autres fois certaines lettres seulement ne peuvent être reconnues.

On voit des malades copier exactement l'écriture comme un dessin quelconque et même traduire l'écriture imprimée en cursive sans pouvoir la lire, et ces mêmes malades jouent aux cartes ; d'autres ont la *cécité des chiffres* ou celle des *notes* ; un malade joue bien du piano sans pouvoir lire une note ; un autre lit l'écriture et ne peut lire la musique. Il y a donc dans l'encéphale des groupes de cellules distincts pour la lecture des lettres, des chiffres et des notes.

La cécité verbale est produite par les lésions qui intéressent la partie postérieure du *lobule pariétal inférieur* au voisinage du *pli courbe* ; cette dernière circonvolution doit avoir été, dans les faits connus jusqu'ici, atteinte simultanément, par la raison suivante : tous les malades chez lesquels on a constaté la cécité verbale avaient, en même temps, de l'*hémianopsie* ; on en connaît déjà huit chez lesquels il en était ainsi ; or, d'après Munk et Ferrier, le pli courbe est le centre cortical de la vision : on est donc conduit à expliquer ce trouble fonctionnel par sa lésion concomitante.

L'*aphasie par défaut de transmission verbale* est la plus importante et la plus fréquente ; c'est à elle exclusivement que l'on doit logiquement appliquer cette dénomination, proposée par M. Chrysaphis et adoptée par Trouseau en place de celle d'aphémie qui signifiait littéralement infamie. C'est ce trouble fonctionnel qui, bien indiqué au point de vue clinique par Bouillaud et par Lordat, a été localisé par Bouillaud (1) dans la partie antérieure du cerveau, par Dax dans sa partie gauche et par Broca dans la troisième circonvolution frontale gauche. Cette dernière découverte fait époque dans la science ; elle a été le point de départ des recherches qui ont permis de reconnaître le siège exact de diverses fonctions encéphaliques et accompli ainsi une véritable révolution dans la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Cette aphasie peut être attribuée à la rupture du rapport qui existe normalement entre le centre de la mémoire des mots (*centre d'idéation verbale*) et le centre d'expression verbale : un malade, d'une physionomie intelligente, comprend ce qu'on lui dit ; il n'a pas de paralysie appréciable des muscles des lèvres ni de la langue, et cependant il se trouve hors d'état de répondre aux questions qui lui sont adressées ; le plus souvent, il fait effort pour parler et n'arrive à articuler qu'une ou quelques syllabes, d'ordinaire insignifiantes, sinon en elles-mêmes, du

(1) Bouillaud, *Bull. de l'Acad. de médecine.*

moins pour lui, et toujours les mêmes chez les mêmes sujets.

On a observé des cas de mutisme complet, mais le fait est très exceptionnel.

Les malades conservent d'abord, en premier lieu, les cris inarticulés sous forme d'exclamations. La plupart prononcent, quand ils veulent parler, certains mots ou fragments de mots, toujours les mêmes. C'est souvent une seule syllabe; les malades la répètent incessamment et à satiété: c'est *pan pan pan pan, ta ta ta ta, dé dé dé dé*; d'autres fois, il y a plusieurs syllabes, un ou plusieurs mots: *concici, saccon*. Un poète, que l'on qualifie de grand, proférait continuellement un même juron, composé de deux mots. Certains aphasiques répètent constamment les mots *oui* ou *non*; d'autres ont certaines phrases stéréotypées qui reviennent sans cesse: *Ah! fort! n'y a pas de danger!*

Ce trouble peut être moins prononcé et se traduire seulement par des déficiences de langage; certains sujets construisent régulièrement leurs phrases, mais ils ne peuvent trouver les substantifs; ils disent au lieu de *ciseau*, *ce avec quoi on coupe*; au lieu de *fenêtre*, *ce par où l'on voit*; *donnez-moi mon... ce qui se met sur la tête* ou *ce qui se porte pour se vêtir*, désignant ainsi exactement par une périphrase l'objet dont le nom leur échappe. Ces substantifs peuvent ne manquer qu'à moitié; *mar* veut dire *marteau*, *chap* veut dire *chapeau*. D'autres fois, c'est le verbe ou le pronom personnel qui ne peuvent être trouvés. Fréquemment les malades sont incapables de dire un chiffre ou d'en apprécier la valeur; certains y arrivent en commençant par *un* et en énumérant la série jusqu'à ce qu'ils arrivent au nombre qu'ils ont dans la pensée; d'autres peuvent compter sur leurs doigts.

D'autres fois l'incorrection consiste dans la substitution de certains mots ou de certaines syllabes, toujours les mêmes: les malades disent *bontif* pour *bonjour*, *ventif* pour *vendredi*. Il y a *paraphrasie* quand des mots sont dits pour d'autres, *agrammatisme* ou *akataphrasie* quand le verbe est oublié, le sujet rejeté à la fin, la phase mal faite. La paraphrasie peut être assez prononcée pour rendre le langage tout à fait incompréhensible. Il n'est pas rare de voir les aphasiques auxquels on vient d'apprendre le nom d'un objet le répéter sans cesse et l'appliquer à tout ce qu'on leur présente dans les moments qui suivent; si, par exemple, il s'agit du mot *verre*, le malade qui est arrivé à le répéter le prononce pour désigner tout objet qu'on lui montre.

L'aphasie est souvent partielle; on voit des polyglottes continuer à parler une langue, alors qu'ils ont oublié les autres. Souvent un malade, qui ne peut nommer un objet, en répète le nom prononcé devant lui; dans ce cas, le centre du langage articulé, séparé du centre d'idéa-

tion verbale, est resté en rapport avec le centre auditif; d'autres sujets peuvent lire, mais non parler. Beaucoup conservent le souvenir des mélodies avec les paroles qui leur sont associées, alors qu'ils sont absolument hors d'état de prononcer isolément un seul de ces mots: une malade, que nous avons observée pendant notre internat chez Vulpian, chantait ainsi la *Marseillaise*, et cependant elle était complètement aphasique. Ces faits prouvent que le centre où se conservent les souvenirs musicaux est distinct du centre d'idéation verbale, même pour les paroles qui leur sont associées. On cite des malades qui ne pouvaient plus chanter, alors qu'ils lisaient et exécutaient de la musique.

Le langage mimique, souvent conservé, quelquefois plus expressif qu'à l'état normal, peut manquer. Certains aphasiques ne semblent qu'en apparence exprimer leur pensée par les signes *oui* et *non*, car on peut se convaincre, en les observant, qu'ils font ces signes purement au hasard. Troussseau a fait voir que les gestes nécessaires à l'expression de certains sentiments tels que la colère ou la joie continuent à se produire par action réflexe, mais que les malades sont incapables de le faire spontanément. D'autres fois cependant les gestes ont une signification: on voit des malades, quand on leur désigne des objets par de faux noms, faire des signes de dénégation qui font place à l'affirmation si l'on prononce le vrai nom; beaucoup peuvent indiquer par gestes l'usage des choses qu'on leur présente et qu'ils ne peuvent nommer: ils montrent ainsi que le verre est fait pour boire et la plume pour écrire.

Certains malades savent trouver dans un livre le mot qu'ils ne peuvent prononcer. Chez d'autres, la lecture mentale est impossible; il y a cécité verbale en même temps qu'aphasie vraie. Beaucoup peuvent écrire parmi ceux qui n'en sont pas empêchés par la paralysie.

Souvent, après s'être impatienté pour prononcer les mots qu'on lui demande, le malade s'imagine les avoir trouvés, et, c'est seulement en voyant, par la physionomie de son interlocuteur, qu'il n'en est rien, qu'il se désole et s'agite. Cependant il a conservé la mémoire des mots, puisqu'il reconnaît le nom des objets qui l'entourent lorsque l'on vient à le prononcer.

Souvent la parole ne peut plus s'exécuter alors que le langage écrit demeure possible. Troussseau et Jaccoud en ont rapporté de remarquables exemples; chez ces malades, la mémoire des mots est entière; ils lisent mentalement, ils écrivent aussi bien que leur paralysie leur permet de le faire. Certains de ces aphasiques peuvent écrire sous la dictée seulement.