

la vision centrale est conservée ou reparait assez rapidement, tandis que la vision périphérique reste définitivement abolie. Nous avons vu plus haut que cette intégrité de la vision centrale tenait probablement à l'existence des deux faisceaux maculaires dans chaque bandelette, l'un croisé et l'autre direct, et aux rapports de la macula lutea avec toute l'aire visuelle corticale des deux côtés. Si toute cette aire visuelle est détruite bilatéralement, on a affaire à une cécité totale et complète, comme dans le cas publié par Dejerine et Vialet (1895). S'il persiste intacte une zone de cette aire visuelle, la vision centrale sera conservée. On peut accepter cette manière de voir jusqu'à ce que l'hypothèse de Henschen sur le centre maculaire cortical soit démontrée par des faits irréfutables.

La *cécité psychique* est tout à fait autre chose que la cécité corticale : c'est précisément la perte du souvenir des images optiques ; elle est, en d'autres termes, pour les objets ce que la cécité verbale est pour les mots.

Cécité psychique avec hémianopie. — H. Wilbrand (*) signale un cas de double lésion du lobe occipital avec hémianopie double et homologue, dans lequel les altérations destructives intéressaient des parties différentes de ce lobe. Le sujet, malgré la cécité psychique, c'est-à-dire malgré l'incapacité de reconnaître la signification des objets qu'on lui présentait, avait gardé la faculté de se figurer, les yeux fermés, les mêmes objets. Il voyait bien qu'on lui présentait un objet ; mais cet objet ne lui *disait* rien ; il ne savait plus rien de lui ; il n'en savait plus l'usage. Et lorsqu'on lui demandait s'il savait en quoi consistait cet objet, les yeux fermés, il le voyait encore par l'*esprit*, en d'autres termes, grâce à l'excitation exercée sur le centre de mémoire visuelle par la stimulation auditive de l'objet énoncé.

Les faits de ce genre, quoique très insuffisamment étudiés au point de vue de la localisation anatomique, semblent vraiment démontrer l'indépendance et l'autonomie du centre de la *perception visuelle* et du centre de la *mémoire visuelle*. Tous les deux siègent dans le voisinage de la pointe occipitale assez près l'un de l'autre, le premier sur la face interne, le second sur la face externe du lobe occipital ; chaque centre de perception est en connexion avec le centre de mémoire du même hémisphère et de l'hémisphère opposé. Selon le lieu et l'étendue d'une destruction corticale ou sous-corticale, on peut donc concevoir telle complication de l'hémianopie consistant en une perte de la perception visuelle ou en une perte de la mémoire visuelle, tantôt simple, tantôt double. Nous revenons sur ce point à l'occasion de l'aphasie sensorielle.

CHAPITRE VII

APHASIE

Lorsque le néologisme aphasie (*ἄφασις*, α privatif, *φῶσις* parole) fut introduit par Trousseau dans la nomenclature médicale, il ne semblait pas devoir désigner autre chose que l'impossibilité de traduire la pensée par les mots. L'usage

(*) *Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde* Bd. II, Hft. 5 et 6.

qu'on en fait aujourd'hui s'applique à un groupe de troubles fonctionnels « comprenant toutes les modifications variées, si subtiles parfois, que peut présenter, dans l'état pathologique, la faculté que possède l'homme d'exprimer sa pensée par des signes (*facultas signatrix* de Kant) » (*).

L'histoire de ce mot, créé d'hier, est déjà longue. Les synonymes ou les équivalents qu'on tenta de lui substituer dès l'origine témoignent de l'importance qu'on attribuait à la définition exacte du nouveau symptôme : *aphasie*, *aphémie*, *aphrasie*, *alalie*, *amnésie*, furent employés tour à tour. De tous les mots le seul qui survive est celui d'*aphasie* ; l'usage, « arbitre souverain », l'a consacré. Mais il ne lui reste rien de sa valeur étymologique depuis le jour où il a servi à désigner « le défaut d'adaptation du mot à l'idée », dans toutes les conditions où la pathologie cérébrale réalise ce défaut d'adaptation. Un homme qui, malgré l'intégrité fonctionnelle de sa langue et de son larynx, est incapable de prononcer son propre nom, alors même qu'il se souvient de ce nom, qu'il *se le dit* mentalement à lui-même et qu'il est encore en état de l'écrire spontanément, cet homme-là est un aphasique. L'acception étymologique du mot, dans ce cas, est rigoureuse. Mais on appelle aussi aphasique celui qui, n'étant pas paralysé, ne sait plus exprimer sa pensée par l'écriture, au point de ne pouvoir plus signer son nom, le nom qu'il connaît le mieux, qu'il distingue entre tous à la lecture et qu'il prononce lui-même imperturbablement. Est encore aphasique celui qui, n'étant pas sourd, ne comprend plus sa langue maternelle, ne soupçonne pas que le nom qu'on prononce et qu'il entend est son propre nom, quoiqu'il sache le prononcer lui-même, et le lire et l'écrire couramment. Enfin, est encore aphasique quiconque a oublié la signification des mots écrits, ne sait plus lire, pas même sa propre écriture, pas même ce nom patronymique qu'il vient de signer de sa propre main.

L'aphasie est tout cela. Bien loin, comme on le voit, de se présenter invariablement identique à elle-même, elle garde, sous chacune de ces formes, une unité générique indéniable, puisqu'elle consiste toujours dans le défaut d'adaptation du mot à l'idée. Qu'il s'agisse d'une idée à exprimer ou d'une idée à concevoir, à tout objet, à toute action, à toute chose correspond une idée, simple ou complexe, qui peut être représentée par un mot ou par un groupe de mots. Le mot, prononcé ou écrit, est le symbole de l'idée, l'équivalent de l'idée elle-même ; il en est la *représentation matérielle*, au sens strict et littéral, puisque « le sens littéral de représenter c'est rendre présent ». Le mot *rend présente* dans le cerveau de l'homme l'idée de l'objet, de l'action ou de la chose, dont il est l'équivalent. Le défaut d'adaptation du mot à l'idée est donc la disparition de cette équivalence ; et, quelle que soit la variété d'aphasie, parmi celles qui viennent d'être signalées, toujours le trouble morbide se réduit à l'impossibilité d'adapter le mot à l'idée que ce mot, symbole convenu, *représente*. Tel aphasique ne saura plus exprimer par des sons articulés les idées qu'il conçoit ; tel autre ne saura plus les traduire par l'équivalent du mot parlé qui est le mot écrit ; tel autre ne sait plus adapter le mot qu'il entend à l'idée que ce mot représente dans le cerveau de son interlocuteur ; tel autre enfin n'adapte plus le mot écrit, équivalent du mot parlé, à l'idée que le mot écrit représente dans le cerveau qui en a dirigé le tracé.

Les cas sont, comme on le voit, bien différents, mais la même loi les régit ;

(*) CHARCOT. *Progrès médical*, 1885, p. 441.

et c'est là l'immense mérite de Broca d'avoir su discerner ces cas et formuler cette loi dans des termes auxquels il n'y a guère à reprendre : l'aphasie est le défaut d'adaptation du mot à l'idée.

Si cette définition est presque parfaite, on peut, à la rigueur, lui adresser deux reproches : d'abord elle n'est pas suffisamment explicite, puis elle n'est pas encore assez générale.

Voyons pourquoi elle n'est pas suffisamment explicite.

L'aphasique qui ne sait plus exprimer *verbalement* les idées qu'il conçoit a certainement perdu la faculté d'adapter le mot à l'idée, il en est de même de celui qui ne sait plus traduire sa pensée par l'écriture. Mais l'aphasique qui ne sait plus adapter les mots qu'il *entend* à l'idée que ces mots représentent dans le cerveau de son interlocuteur, celui-là n'a pas perdu, pour cela, la faculté d'adapter les mêmes mots à ses propres idées. Il en est de même de celui qui ne comprend pas l'écriture, c'est-à-dire qui n'adapte plus les mots qu'il *voit* aux idées que ces mots représentent dans le cerveau qui les a dictés, bien que ce même aphasique soit encore en état de les écrire. Dans ces deux derniers cas, il ne s'agit plus de l'impossibilité d'adapter des mots à des idées que l'on conçoit, mais de l'impossibilité d'adapter des idées à des mots qu'on entend ou qu'on voit, c'est-à-dire à des idées conçues par un autre. Si le défaut d'adaptation est le même en apparence, il est différent en réalité, puisque le trouble consiste dans l'incapacité, non pas de traduire sa pensée, mais de comprendre celle d'autrui. Dans le premier cas, il y a défaut d'adaptation du mot à l'idée ; dans le second, il y a défaut d'adaptation de l'idée au mot. En d'autres termes l'aphasique dans le premier cas ne peut rien donner, dans le second cas il ne peut rien recevoir. Le mot, en vertu d'une convention, spéciale pour chaque idiome, est comme une valeur fictive, monnaie courante de la pensée. Pour que cette monnaie *représente* effectivement la pensée, il faut que ses caractères, son poids, ses dimensions, son effigie, l'ensemble de ses *signes*, soient connus de tous ceux qui l'emploient dans leurs opérations, leurs échanges, leur commerce intellectuels. Pour l'aphasique qui ne sait plus parler, pour celui qui ne sait plus écrire, ce commerce devient impossible. Les sons inarticulés du premier, les griffonnages illisibles du second, n'ont plus rien de commun avec les mots prononcés ou écrits qui sont la valeur représentative de la pensée. Même impossibilité pour l'aphasique qui ne comprend plus la valeur représentative des mots qu'il entend, ou celle des mots qu'il voit. C'est une monnaie qu'il ne connaît pas et qu'il refuse.

Dès l'origine, cette distinction fut parfaitement établie par Broca et très ingénieusement exposée par Trousseau. Elle devint le point de départ de la première classification rationnelle des troubles du langage, le jour où Wernicke démontra que les lésions corticales sont différentes chez l'aphasique qui ne traduit pas sa pensée et chez celui qui ne comprend plus celle des autres. Le premier genre d'aphasie fut appelé *aphasie de transmission* ou *aphasie motrice*, et le second genre *aphasie de réception* ou *aphasie sensorielle*. Chacun de ces genres fut séparé lui-même en deux groupes :

L'aphasie de transmission ou motrice comprit l'aphasie *d'articulation* ou *aphémie*, et l'aphasie *graphique* ou *agraphie*.

L'aphasie de réception comprit l'aphasie *auditive* ou *surdité verbale* et l'aphasie *visuelle* ou *cécité verbale*.

Ainsi fut provisoirement établie la division des formes cliniques de l'aphasie ;

division incomplète, mais logique et toujours conforme à la définition : défaut de l'adaptation du mot à l'idée et de l'idée au mot.

Il faut dire maintenant pourquoi cette définition est encore trop peu compréhensive.

Les *symboles* sont d'ordres très divers. Les chiffres, les caractères algébriques, les notes musicales, les échelles thermométriques ou barométriques, les heures du cadran et bien d'autres signes encore sont autant de *représentations d'idées*, dont le souvenir peut se perdre. Les signes convenus de la mimique expressive, les mouvements de tête qui expriment l'affirmation ou la négation, les intonations vocales de l'interrogation, de l'étonnement, de la réticence, etc., etc., sont également des symboles, dont l'*oubli* doit figurer dans la définition du symptôme, soit qu'il s'agisse de les exprimer, soit qu'il s'agisse de les comprendre. L'étude générale des aphasies correspondantes a été esquissée de main de maître par Gilbert Ballet, dans son remarquable opusculé sur le *langage intérieur*.

Surdité verbale. — Kussmaul a donné ce nom à la perte de la mémoire des mots entendus, ou plutôt de la signification des mots. Wernicke, à qui l'on doit d'avoir différencié cette « aphasie sensorielle » de l'aphémie, la considérait comme le type de l'aphasie de réception. Nous en avons déjà parlé au chapitre des localisations cérébrales. Il est certain qu'en perdant la mémoire de la signification des mots entendus, on perd la majeure partie des images auditives ; mais les mots ne sont pas les seuls *signes* audibles de la pensée. Toute une série de sons coordonnés et méthodiques sont des équivalents d'idées : le timbre de l'horloge, le sifflet de la machine, bref tous les bruits qui sont appelés, d'une manière générale, des *signaux*, ont une *signification* dont la perte, à l'état pathologique, relève de l'aphasie. Il existe donc, en dehors de la surdité verbale, autant de surdités qu'il y a dans notre esprit de genres de sons symboliques représentatifs de telle ou telle idée.

Il résulte de là que la surdité verbale, ou toute autre surdité de même ordre, n'a rien de commun avec la surdité proprement dite, puisque l'ouïe n'est pas altérée, puisqu'elle est indépendante de l'état normal ou morbide de l'oreille. Et, cependant, elle est restée confondue avec la surdité organique, jusqu'au jour où Baillarger sut, le premier, reconnaître son existence et son autonomie. La distinction n'était pas facile à faire, et cela excusa en partie les médecins auristes qui, sauf Trœltch, n'avaient jamais soupçonné qu'on pût être sourd pour le langage sans l'être pour tout le reste. Le travail de Wernicke (1), qui date déjà de vingt ans, a donc ouvert un fort beau chapitre de pathologie, et les publications qui l'ont suivi de près, entre autres une remarquable revue critique de Seppilli, ont véritablement inauguré une ère nouvelle pour la physiologie pathologique de l'encéphale.

Symptomatologie. — Le sujet atteint de surdité verbale entend la voix et les paroles comme un son vague et indistinct qui se perd ou se confond au milieu des autres bruits. Il reconnaît ces derniers et leur attribue leur signification réelle ; seul le langage humain ne lui dit plus rien. Voilà ce qui caractérise la surdité verbale dans son ensemble. Il faut cependant établir immédiatement des catégories.

(1) *Die aphasische Symptomencomplex*, Breslau, 1874.