

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.

Dans une première catégorie figurent les malades qui perçoivent la voix qui leur parle, qui se retournent quand on les appelle, mais qui ne se doutent pas qu'on leur *parle*. Ils se retournent parce qu'ils ont entendu *du bruit*.

A une deuxième catégorie appartiennent ceux qui comprennent qu'on *parle*, mais qui ne comprennent pas ce qu'on *dit*. Leur langue maternelle semble résonner à leurs oreilles comme une langue étrangère et inconnue.

Enfin une troisième catégorie doit être réservée pour ceux qui, reconnaissant la langue qu'on leur parle, sont capables de répéter ce qu'on leur dit, mais ne comprennent ni ce qu'on leur dit ni ce qu'ils répètent.

Ces trois catégories sont forcément schématiques. Elles ne concernent pas des faits d'une pureté irréprochable. Bien au contraire. Les trois modalités cliniques du syndrome coexistent la plupart du temps chez le même sujet, et la complexité de l'ensemble varie, d'abord suivant la localisation anatomique, puis selon la date de la maladie, le moment de la journée, et surtout selon les mots ou les phrases qu'on prononce. La surdité verbale, en effet, est rarement complète; quelques mots, particulièrement le nom du malade, quelques monosyllabes sont encore interprétés. Les images auditives ne sont pas sans influence sur les images graphiques et visuelles des mots. Aussi n'est-il pas rare qu'à la surdité verbale s'ajoute un certain degré d'agraphie et de cécité verbale.

Les malades qui ne se doutent pas que le son de la voix articulée qu'ils entendent correspond à un langage, sont en général silencieux, apathiques et comme stupides. Ils ne parlent pas, *ils ne s'entendent pas parler*; les sons coordonnés de phonation qu'ils émettent sont des vibrations dont ils n'ont même plus aucune idée. « L'état d'âme » qu'une pareille situation doit créer a quelque chose d'indéchiffrable et qu'on ne peut vraiment soupçonner.

Ceux qui comprennent qu'on leur parle, mais qui ne comprennent pas ce qu'on leur dit, ont gardé tout au moins l'idée qu'on veut entrer en conversation avec eux. Ils font effort pour saisir la pensée de leur interlocuteur⁽¹⁾. Ils croient la deviner, et comme ils n'ont pas perdu la faculté de s'exprimer, ils font les réponses les plus variées, motivées quelquefois par l'intonation de la question posée, mais souvent sans aucun rapport avec la question elle-même. Leur physionomie traduit leur désir de comprendre; ils n'ont pas le regard impassible de ceux qui ne savent même plus qu'on leur *parle*. Leur élocution d'ailleurs est forcément très défectueuse. Quelques-uns sont aphémiques, en vertu d'une lésion concomitante des centres moteurs du langage; mais en dehors de cette complication, dont le mécanisme est des plus simples, l'aphémie s'explique encore aisément. Si tel sujet, grâce à une aptitude personnelle, pense *auditivement*, c'est-à-dire s'il ne pense que par les sons qui doivent exprimer sa pensée, s'il se parle mentalement à lui-même sa pensée, au fur et à mesure qu'il va l'exprimer, il est certain que, le jour où il perd la mémoire de la signification des mots, il perd du même coup la faculté de parler correctement⁽²⁾. Les images auditives exerçant, en effet, chez la plupart des sujets, une influence prépondérante sur les images motrices d'articulation, il s'ensuit que les troubles de la parole sont généralement très accusés, et d'autant plus faciles à constater que le sourd verbal est souvent verbeux et prolixe. Tantôt il emploie les mots les uns pour les autres (*paraphasie*), tantôt et plus fréquemment il parle un langage incompréhensible (*jargonaphasie*). On le prendrait volontiers, à première vue,

⁽¹⁾ WERNICKE. *Observ. I; Loc. cit.*

⁽²⁾ SEPPILLI. *Loc. cit., observ. I.*

pour un dément, ou un étranger parlant une langue inconnue de ses auditeurs.

A une question posée par écrit, et qu'il comprend puisqu'il n'a pas toujours de cécité verbale, il répond à haute voix. Sa réponse lui est dictée par le réveil de ses images motrices. Or il sait bien qu'il parle et s'entend parler, et il ne comprend pas *auditivement* sa réponse. Il est dans la situation d'un violoniste à qui l'on demanderait par écrit de jouer un air qu'il sait par cœur, « qu'il a sous les doigts », et qui, au fur et à mesure qu'il exécute le morceau, se demande si c'est bien ce morceau qu'il joue. Il ne le reconnaît pas. La mémoire des mouvements combinés du doigté lui permet de le jouer encore; mais l'oreille ne lui servant plus à mesurer les tons, les intervalles, le rythme, et à contrôler incessamment l'action des doigts, il s'embrouille, ne sait plus où il en est et s'arrête. Tout malade frappé de surdité verbale a, d'ailleurs, beaucoup moins de difficulté à exprimer sa pensée par l'écriture que par la parole; il est toujours plus porté à écrire qu'à parler.

Ceux qui reconnaissent la langue qu'on leur parle, qui sont capables de répéter ce qu'on leur dit, mais qui ne comprennent ni ce qu'on leur dit ni ce qu'ils répètent, sont comme des perroquets auxquels l'éducation a créé une série d'images auditives complexes, correspondant à des idées qu'ils n'ont pas; mais l'image auditive reste intacte, elle reste en rapport direct avec l'image motrice. La connexion est tellement étroite que le son articulé perçu par le malade est immédiatement traduit en un son articulé qu'il répète ou répercute comme un écho. Or la répétition à haute voix de l'écho articulé peut faire naître tout à coup l'idée que le mot exprime, si le centre de la mémoire des mouvements de la voix articulée est encore relié aux centres sensoriels de l'audition encore indemnes. Cette dernière variété de surdité verbale a été appelée surdité psychique des mots, dénomination justifiée, en somme, puisque la mémoire d'adaptation de l'idée d'une chose au son articulé qui représente cette chose est seule en défaut.

On vient de voir que la surdité verbale est souvent incomplète. La plupart des malades reconnaissent leur nom prononcé devant eux. D'autres reconnaissent encore quelques mots familiers. Souvent un mot essentiel leur fait deviner le sens de toute une phrase. Qu'on change le sens de la phrase, en y laissant le mot essentiel, et ils font toujours la même réponse. Du reste, ils font souvent une même réponse à deux ou trois questions successives, quelles qu'elles soient. Il y a là soit un degré de surdité plus accusé en réalité qu'en apparence, soit peut-être aussi une simple difficulté d'attention.

Il faut ajouter que la surdité verbale est quelquefois partielle et systématiquement limitée à la mémoire auditive d'un idiome. Un malade d'Oré « ne répondait que lorsque la demande qu'on lui adressait était faite en patois. Il ne comprenait pas quand on lui parlait en français. De même un Russe, vu par Charcot, n'entendait plus que difficilement l'allemand, tandis qu'il comprenait encore le français et le russe »⁽¹⁾.

Tout ce qui vient d'être exposé relativement à la surdité proprement dite peut s'appliquer à la surdité musicale ou *amusie réceptive* (impossibilité de reconnaître un chant ou un air jadis connu, par exemple), et à toute variété de surdité où l'organe de l'ouïe fonctionne, tandis que l'adaptation du son conventionnel à l'idée que ce son exprime est devenue impossible. On conçoit donc qu'il doit

⁽¹⁾ BERNARD. *Loc. cit., p. 142.*

exister, théoriquement, autant de surdités spéciales qu'il y a de variétés de symboles auditifs. On n'en finirait pas s'il fallait les étudier séparément.

Les plus communes et les mieux connues sont la surdité des sons musicaux et celle des noms de nombre.

Marche et diagnostic. — La surdité verbale peut être définitive, mais elle s'amende souvent dans une certaine mesure. La rééducation du centre cortical anéanti par la lésion étant impossible, il faut admettre que le malade récupère la faculté de comprendre ce qu'on lui dit, grâce à l'intervention des autres centres sensoriels. On a remarqué que les sujets atteints de surdité verbale comprennent surtout les personnes qui leur parlent souvent. Une malade de Charcot parvenait à comprendre, à la condition qu'on lui répétait plusieurs fois les choses et qu'elle eût soin de bien fixer les personnes qui lui parlaient. C'est le centre visuel qui, en pareil cas, exerce la suppléance du centre auditif. Le patient voit les mouvements des lèvres; ces mouvements correspondent, dans son esprit, non pas à la voix articulée de l'interlocuteur, mais au réveil des images motrices similaires que l'articulation des mêmes mots exigerait de lui-même. La compréhension nécessite donc, chez ce malade comme chez le sourd-muet, une grande attention visuelle, et le résultat, malgré tout, n'est jamais que très imparfait.

Le diagnostic de la surdité verbale, lorsque le sujet n'est pas aphémique, ne comporte pas d'autre difficulté que celle qui résulte de sa profonde indifférence aux stimulations verbales. On le prend pour un dément ou un sourd quelconque. Lorsqu'on s'est rendu compte que les bruits sans signification sont perçus et que sa raison est saine, le diagnostic est fait. Lorsque la surdité verbale est compliquée d'aphémie et en outre de cécité verbale (cette dernière complication est exceptionnelle), on a beaucoup de peine à se prononcer entre l'alternative suivante : surdité *apparente* avec mutisme chez un sujet mélancolique dément, non hémiplegique, ou surdité verbale *vraie*. Si ces phénomènes surviennent à la suite d'un ictus avec hémiplegie droite, toutes les probabilités sont en faveur de la surdité verbale par lésion corticale.

Récemment Raymond (1) a publié deux cas de *surdité verbale* pure, chez deux hystériques, qui durait depuis neuf mois chez une malade et depuis neuf ans chez l'autre. Les troubles de l'audition verbale étaient immuables et avaient résisté jusque-là à tous les traitements. Il s'agissait vraisemblablement de surdité verbale hystérique, à la suite d'auto-suggestion, produite dans un cas par la crainte de perdre l'ouïe, et dans le second, par le fait de l'impossibilité de comprendre le français (il s'agissait d'une étrangère venue d'Italie en France).

Il n'entre pas dans notre plan d'insister sur les variétés de surdités symboliques spéciales, telles que l'amusie réceptive. Les cas sont innombrables, et leur étude détaillée ne peut être abordée ici.

Anatomie pathologique. — Il résulte positivement, de toutes les observations anatomiques recueillies jusqu'à ce jour, que le siège cortical des lésions qui produisent la surdité verbale est la partie moyenne de la première circonvolu-

(1) RAYMOND. Sur deux cas de surdité verbale chez deux hystériques. *Soc. de neurol.*, 6 juillet 1899. L'aphasie hystérique est du reste admise depuis quelque temps, à côté du mutisme hystérique qui jusqu'alors avait absorbé tous les troubles du langage d'origine hystérique. Les observations de Ballet, Sollier, Raymond et Janet ont prouvé l'existence de l'agraphie hystérique, accompagnée ou non d'aphémie. En Allemagne, Wernicke, Möbius ont cité de leur côté des faits d'aphasies sensorielles complexes qu'ils ont rattachés à l'hystérie.

tion temporale gauche (fig. 56). Quelques faits démontrent que cette localisation n'est pas absolue : d'Heilly et Chantemesse, Chauffard, l'ont vue à la partie postérieure de la même circonvolution, et Petrina et Claus à la partie antérieure. Cela même prouve que certaines compensations *anatomiques* des régions corticales (1) permettent ces variations *fonctionnelles*. Le mode de distribution des circonvolutions présente des particularités individuelles assez nombreuses pour que des résultats anatomiques, en apparence contradictoires, n'infirmement nullement la règle générale qui place dans la première circonvolution temporale le siège de la surdité verbale.

Quant aux observations anatomo-pathologiques qui prétendent faire varier à ce point le foyer de la surdité verbale qu'on pourrait le localiser parfois au lobule de l'insula, il n'en faut tenir aucun compte. Une lésion grossière de l'insula peut coïncider avec une altération microscopique de la première circonvolution temporale. Dans les cas où le ramollissement de l'insula a été signalé comme étant la cause de la surdité verbale, la recherche des lésions microscopiques de l'écorce temporale n'a pas été pratiquée. Les cas positifs, conformes à la localisation que nous venons de dire, conservent donc, jusqu'à preuve du contraire, force de loi.

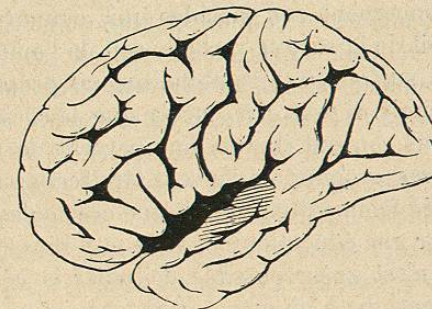


FIG. 56. — Localisation corticale de la surdité verbale à la première temporale gauche. Il faut remarquer que le foyer s'arrête, en arrière, à l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius. Or cette limite n'est pas celle de la première circonvolution temporale, qui s'étend plus loin encore vers la région occipitale. Il y a là une cause d'erreur dans la détermination du siège de la mémoire auditive verbale : suivant que les auteurs assignent pour limite postérieure à la première circonvolution temporale l'extrémité de la scissure de Sylvius ou un point plus reculé, ils ont pu conclure que le foyer de la surdité verbale occupait la partie *moyenne* ou la partie *postérieure* de la première circonvolution temporale. — La région figurée sur ce schéma, comme étant au foyer de la surdité, correspond exactement au pied du pli de passage pariéto-temporal transverse (voy. les Traités d'anatomie classiques).

Cécité verbale. — Dans son acception la plus générale, la cécité verbale est la perte totale ou partielle de la mémoire des signes écrits, quels qu'ils soient, reconnus conventionnellement comme autant de *représentations* d'idées. Un sujet atteint de cécité verbale voit les lettres imprimées ou écrites, il peut les décrire en les voyant, il reconnaît la différence d'un A, d'un O, d'un V, mais il ne sait pas ou ne sait plus que ces signes représentent la voyelle A, la voyelle O, la consonne V. Il lui est donc impossible de lire, du moins dans l'immense majorité des cas. Aucun trouble visuel proprement dit n'a rien de commun avec ce phénomène. L'expression d'*amblyopie aphasique* qu'on rencontre dans quelques observations déjà anciennes, relatives à des faits de cécité verbale, est tellement déficiente à tous les égards qu'elle ne mérite plus désormais que l'oubli.

C'est Kussmaul qui, le premier, sut bien distinguer la cécité verbale des autres variétés de l'aphasie, et qui, en lui donnant ce nom qu'elle a conservé, a le mieux contribué à la définir.

La première autopsie de cécité verbale faite en France, et dont le résultat concorde avec ceux de Kussmaul, fut publiée par Dejerine.

(1) Voy. *Anatomie du cerveau de l'homme*. Introd., p. LXXI, Paris, Masson, 1895.