

centres précédemment énumérés. Si nous réunissons tous ces centres par des lignes droites, de telle sorte que chacun d'eux soit relié à tous les autres par des fibres d'association imaginaires (fig. 50), nous aurons construit la figure géométrique à l'aide de laquelle toutes les aphasies de conductibilité vont devenir compréhensibles. Nous n'envisagerons, bien entendu, qu'un nombre de cas très restreint, puisqu'il existe, au moins virtuellement, autant de formes d'aphasie de conductibilité qu'il y a de trajets anastomotiques entre tous les centres d'images. Nous venons de dire que le nombre de ces trajets est encore plus considérable que la figure n'en suppose, puisque nous en avons systématiquement exclu les centres sensoriels des mémoires tactile, musculaire, olfactive, gustative, etc.

*Alexie sous-corticale.* — Admettons qu'une lésion, n'intéressant pas l'écorce proprement dite, mais seulement les fibres sous-jacentes, a interrompu les connexions préétablies du visuel centre commun (V) et du centre de la mémoire graphique visuelle (L) (fig. 51). Une lésion ainsi limitée aura pour effet de supprimer le

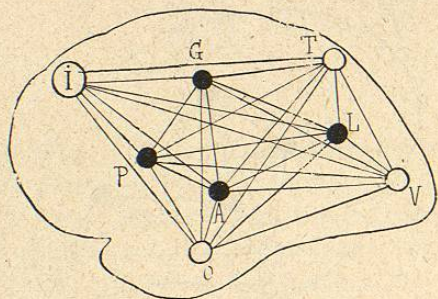


Fig. 50.

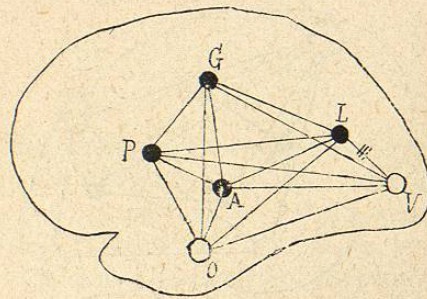


Fig. 51. — Alexie sous-corticale.

réveil des images graphiques visuelles, par conséquent la possibilité de lire; le malade voit des caractères d'imprimerie ou des lettres manuscrites, puisque le centre commun de la vision (V) subsiste. Mais la vue de ces caractères en tant que symboles significatifs, étant subordonnée à la transmission des vibrations visuelles depuis le centre commun de la vision (V) jusqu'au centre de la mémoire graphique visuelle (L), la lecture des caractères imprimés ou manuscrits devient fonction morte. Si l'on dit au malade de copier la phrase ou le mot écrits qu'on lui présente, il les copie: les connexions du centre commun de la vision (V) et du centre graphique moteur (G) ne sont pas interrompues; la ligne VG est intacte. La faculté de copier subsiste donc, mais elle devient identique à tout acte purement mécanique de reproduction graphique, tel que la reproduction d'une arabesque sans valeur symbolique connue. C'est à cette variété rare d'aphasie de conductibilité que Wernicke a donné le nom d'*alexie sous-corticale*. Il est vrai d'ajouter, que chez certains sujets éduqués, l'action de copier, subsistant grâce à l'intégrité du centre graphique moteur et de ses connexions avec le centre visuel commun, permet dans une certaine mesure la compréhension de la phrase ou du mot proposés, par le réveil des images d'articulation motrice (P) et du centre de l'audition verbale (A). Tant que subsistent les anastomoses GP et GA du schéma, la mise en jeu du centre graphique (G) peut raviver dans les centres de l'articulation verbale et de l'audition verbale les images symboliques correspondant à celles du centre graphique visuel (L). C'est sur ce fait qu'est basée la méthode de rééducation du centre graphique

visuel par le centre graphique moteur, telle que l'a conçue et ingénieusement réalisée Jean Charcot.

Imaginons à présent une lésion (toujours sous-corticale) (fig. 55) divisant les fibres d'association du centre visuel graphique (L) du centre graphique moteur (G). Le schéma permet immédiatement de concevoir que le malade peut lire mentalement, puisque le centre de mémoire graphique visuel (L) est respecté et qu'il reste en communication avec le centre visuel commun (V). Le malade peut même lire à haute voix, puisque le même centre (L) a gardé les fibres d'association (PL) qui le réunissent directement au centre de la mémoire d'articulation (P). Mais il ne peut pas copier ce qu'il lit, puisque les fibres (GL) qui vont du centre graphique visuel au centre graphique moteur sont sectionnées. S'il peut copier ce qu'il lit, c'est seulement à la condition de le lire à haute voix. Il s'entend parler par le centre auditif verbal (A), qui dicte les paroles entendues au centre graphique moteur (G); mais, comme ce chemin est détourné, comme ce n'est pas celui que suivent à l'état normal les ondes

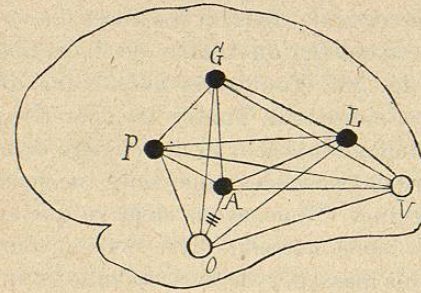


Fig. 52. — Agraphie sous-corticale.

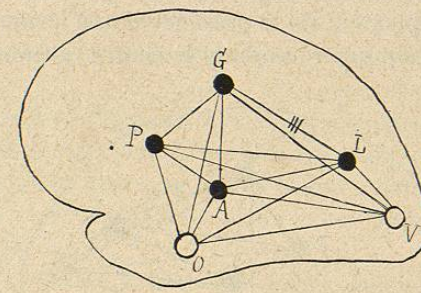


Fig. 53. — Surdité verbale de conductibilité.

nerveuses sous-corticales, il s'ensuit que la copie est hésitante, retardée, défectueuse (agraphie sous-corticale).

*Surdité verbale de conductibilité.* — Plaçons sur le schéma (fig. 52) une lésion hypothétique entre le centre auditif commun (O) et le centre auditif verbal (A), et nous aurons affaire à une variété d'aphasie sensorielle caractérisée de la façon suivante: les mots sont entendus, puisque le centre auditif commun (O) reste intact; mais ils ne sont pas perçus en tant que symboles auditifs puisqu'ils ne parviennent pas au centre de la mémoire auditive verbale (A); et cependant le malade, en les entendant, peut les répéter immédiatement, intelligiblement, attendu que les communications du centre auditif commun (O) et du centre de l'articulation verbale (P) sont restées indemnes. Au moment où il les articule, le malade en comprend le sens, puisque le centre d'articulation motrice (P) est resté uni au centre de l'audition verbale (A). Mais s'il les articule mentalement, il ne les comprend pas. Qui plus est, ces mots qu'on lui dit, qu'il entend et qu'il ne comprend pas avant de les prononcer lui-même, il peut les écrire, toujours en vertu de la persistance des connexions (OG) du centre auditif commun (O) avec le centre graphique moteur (G).

On pourrait multiplier les exemples. Qu'il suffise d'ajouter que, si les figures schématiques permettent d'expliquer les cas complexes, elles sont encore plus propres à nous les faire supposer. En fait, dans la pratique, les hypothèses qui précèdent ne réalisent que très rarement la pureté idéale que leur prête la théorie. On a peine à admettre qu'une lésion sous-corticale, immédiatement

adjacente au centre auditif commun (O), intercepte exclusivement les fibres OA par exemple, sans toucher aux fibres OG et OP. Les variétés d'aphasie de conductibilité, récemment étudiées par Lichtheim, ne sont pas d'une analyse aussi limpide que notre schéma les annonce. La plupart d'entre elles sont artificielles; les plus beaux cas publiés par Frænkel, Ballet, Arnaud de la Jasse, Dejerine, Sérieux, etc., restent discutables au point de vue de l'interprétation; quelques-unes même manquent du contrôle nécroscopique. Il en est de même des variétés d'*amusie de conductibilité* décrites un peu hypothétiquement par Wismann.

D'ailleurs les aphasies transcorticales présentent des éventualités pathologiques encore bien plus nombreuses que ne le prévoit la figure. Si l'on fait intervenir dans la construction géométrique de celle-ci les connexions des centres corticaux sensoriels et moteurs avec le centre d'idéation totale, on conçoit, avec la même aisance, certaines particularités cliniques dont l'explication semble au premier abord chimérique. Un malade lit une phrase écrite dans sa langue maternelle; il parle, il comprend ce qu'on lui dit, il écrit spontanément, et cependant ce qu'il lit, il ne le comprend pas. Cela résulte tout simplement de la présence d'une lésion sous-corticale divisant les fibres d'association qui réunissent le centre graphique visuel (L) au centre de l'idéation

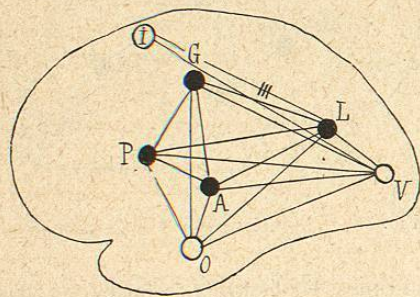


FIG. 54. Cécité verbale psychique.

(I) (fig. 54). Toutes les autres anastomoses subsistent. Toutes les opérations du langage intérieur et du langage extérieur sont possibles; une seule ne peut s'effectuer. Nous avons déjà vu que ce phénomène morbide relève souvent d'un trouble passager de nos opérations intellectuelles. A qui n'est-il pas arrivé de lire une page entière, sans en passer un mot, et de s'apercevoir au bas de la page qu'il ne sait pas ce qu'il a lu? Une distraction a inhibé le centre de l'idéation au point où il reçoit les fibres sous-corticales venues du centre graphique visuel.

Il en est absolument de même du centre de la mémoire auditive verbale: ses anastomoses avec le centre de l'idéation peuvent être matériellement supprimées sans apporter un grand trouble dans le mécanisme du langage proprement dit.

Ce sujet est trop d'actualité pour qu'il nous soit permis de le présenter sous une forme définitive et impartiale. Les discussions qu'il a soulevées ne sont peut-être pas près de finir: il faut attendre, avant de formuler des conclusions précises, que de nouveaux faits anatomiques, rigoureusement observés, apportent la sanction dernière devant laquelle chacun s'inclinera.

Enfin, à propos des aphasies de conductibilité comme à propos des aphasies corticales, il est un point qu'il ne faut jamais perdre de vue quand il s'agit d'interpréter un cas donné: nous voulons parler des différences individuelles qui modifient si profondément la *psychologie du langage intérieur*. A chacun des centres du langage correspond une catégorie d'individus chez lesquels le centre domine le fonctionnement du langage. L'on conçoit qu'il soit illusoire de vouloir expliquer par un schéma unique les troubles de langage de ces diverses catégories de sujets. L'important, en présence d'un aphasique quelconque, est de déterminer les points suivants: 1° compréhension des mots parlés; 2° compré-

hension des mots lus; 3° parole articulée volontaire; 4° écriture volontaire; 5° parole répétée; 6° parole d'après la lecture; 7° écriture sous la dictée; 8° écriture d'après un texte lu. C'est, on le voit, une équation à huit inconnues qu'il faut résoudre. Le problème n'est pas difficile; il n'exige que « patience et longueur de temps ».

**Aphasies complexes et totales.** — Nous venons d'étudier les formes isolées de l'aphasie. A côté d'elles, qui sont somme toute l'exception, il faut placer les aphasies *complexes* qui sont la règle.

En effet, les centres du langage ne sont pas aussi indépendants les uns des autres qu'on l'a supposé. Ils sont le plus souvent subordonnés l'un à l'autre. Aussi est-il habituel de voir la suppression d'un centre entraîner des troubles d'un ou plusieurs autres, la cécité verbale entraîner l'agraphie, et la surdité verbale l'aphémie. Mais il est vraisemblable que ce retentissement n'est pas absolument constant, et qu'un individu donné, ayant autonomisé ses centres d'images verbales, peut échapper à cette subordination. Il faudrait pour résoudre ce problème connaître la formule cérébrale de chaque malade et la formation de son langage. Le retentissement d'un centre sur l'autre est parfois si peu accusé qu'il faut recourir à des procédés subtils d'analyse pour dépister les troubles latents de ce dernier.

Dans l'*aphasie totale*, toutes les formes isolées d'aphasie coexistent: l'aphémie, l'agraphie, la cécité verbale, la surdité verbale, qui sont généralement complètes et en coexistence avec une hémiparésie droite. Dans ces cas la lésion a détruit toute la zone du langage. L'irrigation des centres par une même artère permet de saisir le mécanisme habituel de l'aphasie totale.

**Aphasie d'intonation** (Brissaud)<sup>(1)</sup>. — Le langage ne consiste pas seulement en sons articulés, mais encore en *intonations* rythmées. Il n'est pas seulement parlé, il est chanté. Une phrase articulée a toujours sa mélodie caractéristique, suivant qu'elle exprime la colère, la joie, l'indignation, le doute, etc. Cette musique spéciale exprime, tout comme l'autre, les mêmes sentiments dans toutes les langues. Le langage est une *chanson articulée*, pourrait-on dire sans exagération. L'articulation est, en effet, un complément de l'intonation. L'articulation a commencé le jour où les onomatopées et les intonations franches du langage primitif sont devenues insuffisantes pour l'expression des idées complexes ou abstraites.

Il importe donc de disjoindre de l'articulation des mots les intonations et les modulations de la voix. Cette dissociation s'impose en clinique. Il y a, en effet, à côté des *aphasies d'articulation* des *aphasies d'intonation*. L'exemple suivant pourra servir de description: une femme, sans cécité ni surdité verbales, sans agraphie, est totalement aphémique, incapable d'articuler un seul mot. Par contre, quand on lui pose une question, elle y répond non seulement par un jeu de physionomie et des gestes très expressifs, mais encore par une sorte de gloussement avec des intonations qui varient suivant des nuances infiniment délicates, modulées comme une sorte de chant où les accélérations et les ralentissements du rythme s'appliquent, sans qu'il soit permis d'en douter, à l'idée qui voudrait sortir. Cette malade n'avait pas oublié la musique du langage spontané; elle n'en avait oublié que les paroles.

**Aphasie amnésique ou d'évocation.** — L'étude de cette variété d'aphasie,

(1) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*, t. I, 1895, p. 521 et *Revue neurol.*, 1901, p. 666.