

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

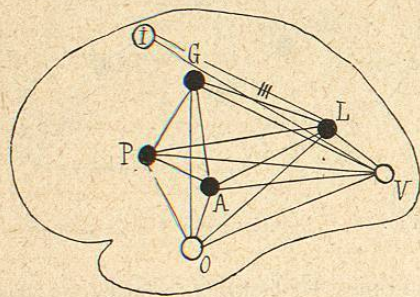


FIG. 54. Cécité verbale psychique.

(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 hémiplégie 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.

qu'on retrouve esquissée dans les anciens auteurs, a été reprise par Pitres<sup>(1)</sup>. « Les malades qui en sont atteints, dit-il, ne sont pas absolument privés de la parole; souvent même ils parlent beaucoup. Ils peuvent lire mentalement et à haute voix. Ils comprennent ce qu'on leur dit. Ils répondent justement aux questions qu'on leur pose. Mais, de temps en temps, les mots qu'ils voudraient employer pour exprimer leurs pensées leur échappent et ils sont obligés de s'arrêter ou d'avoir recours à des périphrases. »

Il s'agit là d'une forme d'aphasie sur l'interprétation de laquelle les avis diffèrent. « Il est tout naturel, dit Pitres, que les lésions provocatrices de l'aphasie amnésique siègent au voisinage immédiat des centres sensoriels verbaux, mais qu'elles n'y aient pas une topographie absolument fixe. Elles n'agissent pas, en effet, en détruisant un centre spécialisé exclusivement affecté à l'évocation, mais en rompant une partie des voies commissurales qui réunissent les centres différenciés des images verbales aux parties de l'écorce dans lesquelles s'opèrent les actes psychiques supérieurs. » Ballet<sup>(2)</sup> pense qu'on peut rapporter l'aphasie d'évocation à l'insuffisance fonctionnelle des centres qui sont prédisposés à la conservation et à la reproduction des images verbales. Pour Dejerine ce n'est pas là une forme spéciale d'aphasie, ce n'est qu'une variété atténuée d'aphasie motrice ou sensorielle avec lesquelles elle se confond.

**Traitement.** — L'évolution des aphasies est essentiellement variable. Il est des aphasies éphémères qui guérissent vite et complètement. Il en est d'autres qui sont permanentes et indélébiles. Mais dans la majorité des cas l'aphasie se modifie : de complexe elle devient simple et tend spontanément vers la guérison.

Pour faciliter et accentuer cette tendance on a, dans ces dernières années, tenté non sans succès la rééducation des aphasiques. Féré<sup>(3)</sup>, Danjou<sup>(4)</sup>, Thomas et Roux<sup>(5)</sup>, Gutzmann<sup>(6)</sup> ont apporté une série de procédés et de résultats encourageants. Chez les aphasiques moteurs, le procédé de Gutzmann consiste à faire fixer (par l'élève) le maître qui parle, et à lui faire reproduire les mouvements d'articulation en regardant dans un miroir si ses propres mouvements d'articulation sont identiques à ceux du maître. Féré et Danjou recommandent que l'élève palpe avec sa main la face et le cou de l'éducateur pour sentir les changements et les vibrations des muscles dans l'articulation des mots.

Ce sont là des méthodes en quelque sorte pédagogiques qui ont pour but de créer de nouvelles images verbales et de renforcer les images conservées. Elles exigent, encore plus que l'examen d'un aphasique, « patience et longueur de temps ».

(1) PITRES. L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques. *Progrès méd.*, 1898.

(2) BALLET. *Traité de méd. et de thérap.* Article APHASIE, t. VIII.

(3) FÉRÉ. *Soc. de biol.*, 1895. *Revue internat. de l'enseignement des sourds-muets*, 1896. *Revue génér. de clin. et de thérap.*, 1896.

(4) DANJOU. *Revue internat. de l'enseignement des sourds-muets*, 1896.

(5) THOMAS et ROUX. *Soc. de biol.*, 1895.

(6) GUTZMANN. *Arch. für Psychiatrie*, 1896.

## CHAPITRE VIII

## ANÉMIE CÉRÉBRALE

Les centres nerveux et plus particulièrement le cerveau sont, plus que les autres organes, sensibles aux troubles circulatoires ou aux modifications du sang qui constituent l'anémie.

L'anémie cérébrale, bien que n'étant pas une maladie à proprement parler, se manifeste par une série de phénomènes qui méritent une description spéciale. Celle-ci facilitera le diagnostic et le pronostic des affections multiples dont l'anémie dépend presque toujours.

Dans certains cas, elle domine à tel point le tableau morbide que c'est elle qu'il faut traiter d'abord.

Nous n'avons à envisager ici que l'anémie cérébrale généralisée. Laisant de côté les ischémies partielles, fonctionnelles ou organiques, nous ne parlerons donc pas des troubles circulatoires auxquels on a attribué l'épilepsie, la migraine, etc.; enfin nous n'aurons à nous occuper de l'endarterite et du ramollissement consécutif qu'au point de vue du diagnostic.

**Étiologie et physiologie pathologique.** — L'anémie cérébrale est fréquente, dit-on, dans la première enfance et la vieillesse, c'est-à-dire aux âges où l'activité cérébrale est le moins grande. Chez les enfants, on peut admettre que le cerveau est plus sujet aux influences réflexes capables de modifier sa circulation; la tendance au spasme vasculaire, dit Potain<sup>(1)</sup>, est beaucoup plus grande alors. Il faut tenir compte aussi, suivant le même auteur, de l'inocclusion des fontanelles, qui laisse la pression atmosphérique agir sans obstacle à la surface des hémisphères. En outre, les troubles des organes digestifs, dont le rôle est prédominant chez tous les jeunes enfants, la diarrhée aiguë ou chronique et l'athrepsie qui en découlent, sont autant d'états favorables à la production de l'anémie cérébrale. Ainsi s'expliquent peut-être un bon nombre de convulsions infantiles. L'hydrocéphalie s'accompagne aussi d'anémie cérébrale.

Chez le vieillard, le mécanisme de l'anémie est tout différent : les vaisseaux et le cerveau lui-même subissent à cet âge une involution parallèle. L'altération souvent plus précoce des premiers réalise les conditions de l'anémie. L'ossification des artères de la base du cerveau peut amener une anémie cérébrale généralisée sans autre altération, comme dans le cas de Rochoux et Abercrombie (cité par Potain).

Chez l'adulte, les causes de l'anémie cérébrale sont bien plus nombreuses. Elles peuvent porter directement sur les vaisseaux de l'encéphale : ce sera, par exemple, une tumeur ou un traumatisme de la région temporale (section carotidienne par coup de feu dans l'oreille) ou vertébrale, ou une plaque annulaire d'athérome sur ces artères ou l'une de leurs branches (fig. 55). L'œdème

(1) *Dictionnaire encycl. des sc. méd.*, art. ANÉMIE CÉRÉBRALE.