



Pierre Marie

*A l'aube du 20e siècle, Pierre Marie (1906a, 1906b) introduisit en aphasiologie la notion d'« anarthrie » qu'il opposait à celle d'aphasie. Selon Marie, l'anarthrie était une perturbation du langage articulé, avec conservation de la compréhension, du langage intérieur, de la lecture et de l'écriture. Cette perturbation privait le malade de parole ou le rendait inintelligible.*

*De quelle nature était ce trouble sélectif de l'expression orale ? Il semble que Pierre Marie ne soit jamais parvenu à se faire une idée très nette de la physiopathologie du syndrome qu'il cherchait à isoler. Ainsi, dans un premier article publié en 1906, il assurait que l'anarthrie correspondait à ce que d'autres appelaient « l'aphasie motrice sous-corticale » et il recommandait de suivre Pitres qui détachait l'aphasie motrice sous-corticale du groupe des aphasies « pour le rapprocher de celui des paralysies pseudo-bulbaires ».*

*Ces vues provoquèrent des critiques de la part de Jules Dejerine (1906), qui reprocha à son collègue de confondre l'aphasie motrice sous-corticale avec la paralysie des muscles de l'appareil phonatoire. Marie (1906b) réagit à ces critiques en affirmant que, dans l'anarthrie, il n'était « aucune-ment question de phénomènes pseudo-bulbaires ou paralytiques ».*

## L'ANARTHRIE DE PIERRE MARIE

par Yvan Lebrun et Cecilia Martinez

Yvan LEBRUN et  
Cécilia MARTINEZ  
Neurolinguistique  
Faculté de Médecine V.U.B.  
103, av. du Laarbeek  
1090 BRUXELLES  
(Belgique)

Mais quelle était alors la nature de l'anarthrie ? Qu'est-ce qui empêchait les anarthriques de parler ou, dans les cas les moins graves, de produire une parole intelligible alors même que leur musculature phonatoire et articulatoire n'était pas paralysée ? Il semble que Pierre Marie n'ait jamais pu répondre clairement à cette question. Le grand neurologue paraît ne jamais avoir bien compris l'étiopathologie de l'anarthrie, ni même avoir parfaitement perçu les traits distinctifs de l'affection qu'il prétendait diagnostiquer. Ainsi, en 1907, au début d'une communication faite à la Société de Médecine des Hôpitaux, il déclara ne pouvoir « émettre aucune opinion sur le mécanisme intime (paralysie, spasme, etc.) du syndrome « anarthrie ». Dans la suite de cette communication, il décrit trois patients atteints, selon lui, d'anarthrie. Le premier de ces malades parlait de façon peu intelligible mais ne présentait pas d'aphasie. Il avait une hémiplégié droite et Marie situait dans le voisinage du noyau lenticulaire gauche, la lésion responsable de la symptomatologie observée.

Le second malade avait aussi une hémiplégié droite. Après neuf années de mutisme, ce malade avait récupéré la parole mais parlait avec « une sorte d'accent alsacien assez marqué » qu'il ne présentait pas du tout avant son affection. Par ailleurs, il ne montrait aucun signe d'aphasie.

Quant au troisième patient, il était, selon Marie, atteint de paralysie pseudo-bulbaire par lésion lenticulaire bilatérale. Marie avait bien conscience que ce troisième cas était différent des deux premiers mais il s'avouait incapable d'expliquer la différence.

L'année suivante, à une réunion de la Société de Neurologie, il se déclara d'accord avec Gilbert Ballet (1908) qui voyait dans l'anarthrie, qu'il proposait d'ailleurs d'appeler plutôt « aphémie », un trouble de nature praxique.

Toutefois, le mois suivant, au cours de la séance spéciale que la Société de Neurologie consacra à l'aphasie, Marie reconnut qu'il ne pouvait « indiquer d'une façon précise les caractères particuliers de l'anarthrie »\*. Un peu plus tard, au cours de la même séance, il

\* Revue de Neurologie, 1908, p. 629.  
12

déclara vouloir laisser de côté «toutes les questions de physiologie pathologique» que soulevait l'anarthrie, car, estimait-il, «nous ne sommes pas actuellement à même d'aborder et de résoudre ces délicates questions»\*. Il reconnut avoir admis que l'anarthrie était une apraxie, mais il se hâta d'ajouter qu'on ne savait trop ce que recouvrait le mot d'apraxie.

\* *Ibidem*, p. 631.

Bien que, dans ses publications de 1906 et 1907, il ait affirmé à plusieurs reprises que l'aphasie de Broca résultait de la combinaison d'aphasie vraie (ou de Wernicke) et d'anarthrie selon la formule «Aphasie de Broca = Aphasie + Anarthrie», Marie, à la séance spéciale de la Société de Neurologie en juin 1908, refusa d'admettre qu'une aphasie de Broca puisse, en s'améliorant, se réduire à une anarthrie. «Je ne crois pas», déclara-t-il, «qu'un aphasique puisse, même longtemps après l'ictus, devenir un simple anarthrique» (p. 634). Toutefois, en 1917, décrivant, avec Charles Foix, des aphasies observées durant la première guerre mondiale, il rapporta le cas de soldats atteints de «syndromes anarthriques». Au début de l'affection, «l'anarthrie de ces blessés avait été associée à des troubles du langage d'ordre plus strictement aphasique». Quelques temps plus tard, les phénomènes aphasiques avaient régressé et laissé apparaître une anarthrie pure. Selon cette description, l'aphasie pouvait donc bien, en s'améliorant, se réduire à une anarthrie.

Les hésitations et les inconséquences de Pierre Marie montrent bien qu'il n'a jamais réussi à bien percevoir la nature ni l'étiopathologie de ce qu'il appelait l'anarthrie. Jamais il n'est parvenu à voir clair dans ce qu'il devait appeler lui-même, dans une lettre à Alajouanine, «le redan de l'anarthrie»\*. Dans cette même lettre, écrite en 1940 peu avant sa mort, Marie confesse qu'il avait été amené à parler d'anarthrie alors qu'il n'avait pas une vision claire de cette affection.

\* *Alajouanine*, 1952.

Comment expliquer que le clinicien averti qu'était Pierre Marie n'ait pas réussi à percevoir nettement les traits caractéristiques de l'anarthrie et a en découvrir la physiopathologie ?

Il semble que l'embarras de Marie résulte essentiellement de ce qu'il ait cherché à grouper sous la rubrique d'anarthrie des syndromes de natures différentes. En particulier, Marie n'a pas fait la distinction comme il aurait fallu entre la dysarthrie pseudo-bulbaire (ou, dans les cas les plus sévères, le mutisme pseudo-bulbaire), la dysarthrie (ou le mutisme) operculaire, le mutisme accompagné d'un héli-syndrome pyramidal, l'apraxie de la parole et, enfin, les troubles expressifs de l'aphasie de Broca.

(A) La dysarthrie pseudo-bulbaire ou, dans les cas les plus sévères, le mutisme pseudo-bulbaire, résulte d'une atteinte, dans chaque hémisphère, des neurones moteurs et/ou des fibres pyramidales responsables de l'innervation volontaire des muscles phonatoires et articulatoires. Cette atteinte bilatérale du premier neurone moteur (aussi appelée «atteinte supra-nucléaire») rend difficile, voire impossible, l'utilisation volontaire des muscles de la parole, alors que la contraction non-délibérée de ces mêmes muscles reste possible. La mastication est pénible, et la bouche entrouverte laisse souvent s'écouler la salive (= sialorrhée). La musculature touchée par l'affection est spastique, mais il n'y a ni fonte musculaire ni fasciculation parce que l'innervation involontaire est conservée.

Souvent les patients pseudo-bulbaires présentent un rire et/ou un pleurer spasmodique. Sous l'effet d'un affect léger ou même sans motif apparent, leur musculature faciale peut se contracter en un rire ou un pleur qui ne correspond guère à leur état d'âme réel.

Ce phénomène est souvent appelé l'hyperémotivité pseudo-bulbaire. Les contractions émotives spontanées de la musculature faciale contrastent avec l'immobilité de ces mêmes muscles lorsque le patient cherche à s'en servir délibérément.

Lorsque l'atteinte est sévère, le malade est totalement incapable de parler. Dans les cas moins graves, la parole est encore possible, mais elle est embarrassée et laborieuse. Certains aphasiologues, surtout aux Etats-Unis, emploient le mot «dysarthrie» lorsque le trouble de l'innervation volontaire rend les gestes articulatoires pénibles. Ils utilisent le mot «anarthrie» lorsque le malade ne peut plus articuler aucun son.

Le déficit de la motricité volontaire ne reste souvent pas limité à la tête mais atteint aussi, dans une mesure variable, les extrémités. Il peut même y avoir hémiplégie.

(B) La musculature oro-pharyngo-faciale peut aussi présenter une paralysie flasque avec dissociation automatico-volontaire, mais en l'absence d'hyperémotivité et de déficit moteur important des extrémités. Cette affection est appelée tantôt «diplégie faciale

flasque», tantôt «paralysie facio-labio-pharyngée d'origine cortico-sous-corticale», tantôt encore «le syndrome de Foix, Chavany et Marie». Elle résulte d'une atteinte bilatérale de l'opercule rolandique et/ou des fibres pyramidales qui y prennent naissance. D'où le nom de «syndrome operculaire» ou «bi-operculaire» souvent donné à la maladie. Dans chaque hémisphère, l'opercule rolandique est constitué par la partie inférieure des circonvolutions pré- et post-centrales.

Dans certains cas, le trouble de l'innervation volontaire s'étend à la partie supérieure du visage et au larynx.

Lorsque l'affection est sévère, le malade est incapable de parler. Dans les cas moins graves, la parole est possible mais dysarthrique.

(C) La perte de la parole peut aussi résulter d'une lésion hémisphérique unilatérale cortico-sous-corticale ou purement sous-corticale, avec déficit moteur contralatéral. Le plus souvent, il s'agit d'une hémiplégie entreprenant aussi l'hémiface. La lésion responsable peut être située dans l'un ou l'autre hémisphère. Sa portion sous-corticale est souvent située au voisinage du noyau lenticulaire, dans cette zone délimitée par Marie en 1906 (a, b), pour cette raison, fréquemment appelée «le quadrilatère de Pierre Marie».

C'est probablement l'existence de ce syndrome qui a amené Pierre Marie (1906 a) à poser que «l'anarthrie n'appartient pas exclusivement à l'hémisphère gauche, et peut se voir aussi lorsque la lésion siège dans l'hémisphère droit au niveau de la zone du noyau lenticulaire».

Il semble que le mutisme causé par une lésion unilatérale soit généralement de plus courte durée que celui résultant d'une atteinte pseudo-bulbaire ou operculaire, toujours bilatérale. Peut-être est-ce pour cette raison que Pierre Marie écrivit (1906 a) : «Lorsqu'elle est due à une lésion d'un seul hémisphère, l'anarthrie peut présenter une tendance spontanée à la guérison».

Bien qu'ils présentent des traits communs, les trois syndromes décrits ci-dessus ne sauraient être confondus. Dans la paralysie bulbaire, la musculature affectée est spastique, alors qu'elle est flasque dans le syndrome operculaire. En plus de la musculature articuloire, la paralysie pseudo-bulbaire affecte généralement une ou plusieurs extrémités, alors que ceci est rarement le cas dans le syndrome operculaire. Enfin, l'hyperémotivité, souvent présente dans la première affection, fait défaut dans la seconde.

Par ailleurs, dans les cas de mutisme avec héli-syndrome pyramidal, la paralysie faciale est généralement unilatérale ou inexistante, alors qu'elle est bilatérale dans la paralysie pseudo-bulbaire et le syndrome operculaire\*.

\* Lebrun, 1990.

Distincts l'un de l'autre, ces trois syndromes le sont aussi de l'apraxie de la parole telle qu'elle a été décrite au chapitre précédent. Il y a lieu également de les séparer des troubles expressifs de l'aphasie de Broca.

Il semble bien que Pierre Marie n'ait pas vu qu'il s'agissait de syndromes distincts. Sans doute fut-il frappé par les différences qui existaient entre certains des patients qu'il classait comme anarthriques, mais il ne comprit pas quelle était l'origine de ces différences. «Pourquoi ces divergences dans la symptomatologie ?» se demandait-il dans son exposé de 1907. Il ne parvint jamais à répondre à cette question. La raison de son échec est qu'il confondait sous un même nom des syndromes distincts tant par leurs manifestations cliniques que par leur étiologie.

Il apparaît donc que «l'anarthrie de Pierre Marie» est un concept vague, qui recouvre des entités nosologiques différentes et ne correspond que partiellement à la notion moderne d'apraxie de la parole.

A la fin de son premier article de 1906 consacré à l'aphasie et à l'anarthrie, Pierre Marie (1906 a) écrivit : «Une partie des faits que j'expose ont déjà été notés au passage par différents auteurs ; le contraire eut surpris de la part d'observateurs si distingués. Mais (si)... ces auteurs ont vu les faits, ils ne les ont pas interprétés avec assez d'indépendance d'esprit. Certes, la fameuse devise de Montaigne «Que sais-je ?» doit être pratiquée vis-à-vis de soi-même partout un chacun ; mais... n'est-il pas juste d'appliquer à ces hommes, faillibles comme nous et plus ignorants encore, la même devise, et de se demander : «Qu'en savaient-ils ?»

Il semble que ce ne soit pas faire injure à la mémoire du grand neurologue que fut Pierre Marie que d'adopter vis-à-vis de ses conceptions en matière d'aphasie et d'anarthrie

l'attitude critique qu'il recommandait d'adopter vis-à-vis des idées reçues de son temps.

La science s'élabore lentement, chaque génération améliorant ce qui a été fait dans le passé et y ajoutant sa propre contribution. La «révision de la question de l'aphasie», entamée par Pierre Marie, doit être poursuivie, pour le plus grand bénéfice de la discipline aphasiologique.

## Bibliographie

- ALAJOUANINE R. (1952) Pierre Marie et l'aphasie. Revue Neurologique 86 : 753-764.
- BALLEET G. (1908) Apraxie faciale (Impossibilité de souffler) associée à de l'aphasie complexe (Aphasie motrice et aphasie sensorielle). Apraxie et aphémie. Revue Neurologique 16 : 445-447.
- DEJERINE J. (1906) L'aphasie motrice. La Presse Médicale 57 : 453-457.
- LEBRUN Y. (1990) Mutism. London, Whurr.
- MARIE P. (1906 a) La troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. Semaine médicale 26 : 241-247.
- MARIE P. (1906 b) Que faut-il penser des aphasies sous-corticales ? La Semaine Médicale 26 : 493-500.
- MARIE P. (1907) Présentation de malades atteints d'anarthrie par lésion de l'hémisphère gauche du cerveau. Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux : 864-865.
- MARIE P., FOIX C. (1917) Les aphasies de guerre. Revue Neurologique 1 : 53-87.

VIENT DE PARAÎTRE - REVUE "READAPTATION"

# L'INSERTION PAR L'EMPLOI

Le numéro 373 de septembre-octobre 1990 de la revue "Réadaptation", réalisé en collaboration avec l'AGEFIPH (Association Nationale de Gestion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) aborde sous plusieurs angles le problème de **l'insertion par l'emploi des personnes handicapées**. On trouvera successivement le point de vue des ministres concernés, MM. Soisson et Gillibert ; la présentation de l'AGEFIPH, ses actions, son importance et les réflexions de ses responsables ; des opérations en faveur de l'emploi en Ile-de-France ; le problème du quota en Europe ; une présentation des conventions déjà signées entre l'AGEFIPH et des grands partenaires et enfin des témoignages.

Ce numéro a pour objet essentiel de faire comprendre au public, et notamment aux chefs d'entreprises, combien l'AGEFIPH est à même de faciliter l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu normal de travail.

Les pages documentaires donnent un complément d'informations pratiques sur l'AGEFIPH : les types d'actions pouvant être subventionnés, comment demander une subvention, quels sont les partenaires de l'AGEFIPH, son financement et ses propositions pour l'avenir.

## READAPTATION

10, rue de Sèvres

75007 PARIS

Tél. (1) 42.22.22.73.

Le numéro : 34,00 F  
L'abonnement : 200,00 F (10 numéros annuels)