

JOFFROY, RAYMOND, VALLON, KLIPPEL, SÉRIEUX, BALLEY, E. DUPRÉ, etc., etc.).

Nous diviserons l'étude que nous allons faire de la paralysie générale en six paragraphes, savoir : 1° *description clinique*; 2° *évolution*; 3° *anatomie pathologique*; 4° *étiologie, nature et pathogénie*; 5° *diagnostic*; 6° *traitement*.

§ 1. — DESCRIPTION CLINIQUE

Dans une première partie de ce paragraphe, nous décrirons par périodes, les *symptômes cliniques* de la paralysie générale. Dans la seconde partie, nous indiquerons les *formes cliniques* de la maladie, c'est-à-dire celles résultant des divers modes d'association des symptômes.

A) SYMPTÔMES CLINIQUES

La paralysie générale, envisagée au point de vue clinique, peut être divisée en quatre périodes successives : 1° *période préparalytique*; 2° *période de début*; 3° *période d'état*; 4° *période de terminaison*. Nous devons énumérer, pour chacune de ces périodes, les symptômes qui la composent.

1° Période préparalytique. — A. INCUBATION. — Il n'est peut-être pas de maladie qui s'établisse avec plus de lenteur que la paralysie générale. A moins qu'elle n'ait débuté brusquement par un ictus congestif, son invasion est graduellement insensible et il est presque toujours impossible de lui assigner son véritable commencement qui se perd, pour ainsi dire, dans la nuit du passé. Quand on scrute attentivement la vie des paralytiques généraux et qu'on enquête sérieusement auprès de leurs familles, on en arrive à découvrir que des symptômes avant-coureurs, consistant en modifications de la santé physique et morale, ont marqué, durant plusieurs années parfois avant son apparition évidente, l'incubation de la maladie.

Il y a là une véritable période de préparation lente, que CHRISTIAN appelle *pré-délirante* et que j'appelle moi-même *pré-paralytique*, par analogie avec la période pré-ataxique du tabes.

Il n'est pas d'usage encore, dans les traités classiques, de décrire cette période préparalytique. Pourtant elle existe bien, et il serait, on le comprend, d'un intérêt majeur de la dépister dans les cas possibles. C'est pourquoi nous essaierons de l'esquisser ici.

a. *Particularités physiques.* — L'*aspect général* des futurs paralytiques se modifie très souvent à l'avance. Leur physionomie change : ils ont le teint mat, les chairs flasques et pâles, les traits tirés et moins expressifs, les cheveux et les sourcils ordinairement secs et raréfiés, les yeux dépourvus d'éclat et d'humidité.

Du côté de la *motilité* et de la *sensibilité*, on peut rencontrer : des ictus épileptiques généraux, mais surtout partiels, à forme motrice ou sensitive, précédant parfois de plus d'une année les signes de la maladie (BALLEY, CHARCOT, MAGALHÃES LEMOS), des spasmes, des mouvements automatiques, des tics (tic oesophagique, SÉGLAS; tic buccal, OBREGIA), des paralysies, presque toujours sous forme de *paralysies oculaires* (strabisme, diplopie, ptosis, inégalité et rigidité des pupilles), qui sont relativement très fréquentes dans les années qui précèdent la paralysie générale (CHRISTIAN, RÉGIS). On constate encore : des hyperesthésies ou des anesthésies des organes des sens (en particulier de l'*anosmie*, A. VOISIN), et de la surface cutanée (DE CROZANT), de l'*exagération des réflexes tendineux*, de la diminution du réflexe crémastérien et de l'insensibilité testiculaire. Il n'est pas rare non plus d'observer de la céphalalgie, des névralgies, des topalgies, de la *migraine ophtalmique* (CHARCOT), des douleurs névritiques, des crises gastriques et vésicales analogues à celles du tabes, des symptômes névropathiques variés et jusqu'à des attaques d'hystérie. Le sommeil est souvent mauvais, pénible, coupé de rêves et de cauchemars, de crampes, de soubresauts, parfois de convulsions, de sueurs abondantes, générales ou locales, et s'accompagne dans beaucoup de cas, dès ce moment, d'une respiration difficile, saccadée, avec des pauses, des temps d'arrêt, suivis de secousses brusques et d'expirations plaintives.

Du côté des *fonctions organiques*, vaso-motrices et trophiques, je signale comme s'observant plus ou moins fréquemment : les

caprices de l'appétit, la dilatation de l'estomac, les douleurs et vomissements gastriques, la constipation habituelle alternant avec des diarrhées subites, l'entérite muco-membraneuse (FÉLIX BERNARD, 1905), des palpitations et de la faiblesse du cœur, une grande sensibilité au froid, des bouffées d'hyperhémie céphalique, des alternatives de suppression et d'exagération de la sueur ou de flux périodiques, menstruels, hémorroïdaires, des modifications dans la quantité et la qualité de l'urine (polyurie, oligurie, glycosurie, peptonurie), des arthralgies, du mal perforant, de la dystrophie et de la chute des ongles et des dents, des fractures spontanées et des troubles trophiques des os, de la synostose du sternum, etc.

b. *Particularités psychiques.* — *Psychiquement*, le futur paralytique général conserve toutes les apparences de l'intégrité la plus complète. Mais il sent, lui, que son énergie mentale diminue et décline lentement, que le travail lui est pénible, que sa mémoire a des défaillances et que c'est de plus en plus par une sorte d'automatisme professionnel qu'il accomplit à peu près correctement sa tâche de chaque jour. Quelques sujets suivent avec anxiété le lent travail de désorganisation physique et psychique qui s'opère en eux, et c'est ainsi qu'absolument conscients de leur état et parfois même pressentis de leur avenir, ils peuvent à ce moment annoncer leur déchéance imminente ou essayer de s'y soustraire par la mort. Enfin, le caractère s'altère peu à peu; les malades sont sombres, préoccupés de leur santé; ils s'irritent facilement, s'emportent, changent d'humeur, ont des incertitudes, se montrent indifférents à ce qui les touchait le plus. Parfois ils ont de véritables accès de tristesse névropathique, d'anxiété, avec crises de pleurs; ou bien ils deviennent hypocondriaques, se plaignent de palpitations, d'étouffements, de sensations et de maux de toute sorte; ils vont consulter sur leur état, ne cessent de se lamenter et se gorgent de médicaments. D'autres fois, au contraire, ils se sentent dispos, vigoureux, bien portants, ils éprouvent un bien-être anormal et montrent pour le travail, pour l'action, pour le plaisir, une ardeur extraordinaire. On voit même, chez certains, ces deux dispositions contraires alterner entre elles.

Tel est, dans son ensemble, le tableau des signes qu'on peut rencontrer, en tout ou partie, dans les temps qui précèdent l'apparition de la paralysie générale.

B. *INVASION.* — Entre cette période d'incubation et la période de début proprement dite, s'interpose le plus souvent une phase de transition qui termine l'une et commence l'autre, annonçant l'imminence prochaine de la maladie. C'est la phase d'*invasion*.

Cette phase peut se présenter sous deux aspects différents : 1° sous la forme *neurasthénique*; 2° sous la forme d'*excitation* ou de *dynamie fonctionnelle*. Ce sont, en somme, les manifestations, accentuées au point de représenter des syndromes, des deux dispositions contraires que nous signalions plus haut.

a. *Forme neurasthénique.* — La forme neurasthénique, signalée par A. VOISIN (1879), MENDEL (1880), RÉGIS (1892), a été spécialement étudiée par BALLET (1893), GROSS, de Heidelberg (1893), RÉGIS (1896), etc. Elle appartient à la série des *neurasthénies préorganiques*, sur lesquels LEVILLAIN a insisté (1894, 1896).

La *neurasthénie préparalytique*, très fréquente et presque la règle même, pour GROSS, offre le tableau symptomatique habituel de la neurasthénie. On s'explique de la sorte les fréquentes erreurs commises et comment on peut prendre un simple neurasthénique pour un paralytique général, et inversement, chose plus grave, un paralytique général au stade d'invasion pour un simple neurasthénique. On s'explique aussi pourquoi nombre d'auteurs ont insisté sur le diagnostic différentiel de la *neurasthénie préparalytique* et de la *neurasthénie proprement dite*, en particulier de la neurasthénie de la syphilis tardive ou *parasyphilitique* (ROSCIOLI (1888), GUGL'HUGO (1892), KRAFFT-EBING (1892), A. FOURNIER (1892-1893), BOUVERET (1890), MAGNAN et SÉRIEUX, BALLET (1893), LÖVENFELD (1894), THOMSEN (1895), GROSS (1895), JUDSON S. BURY (1896), LEVILLAIN (1896), RÉGIS (1896), etc.).

Nous n'indiquerons pas tous les signes distinctifs qui ont été énumérés. Ceux qui ont le plus d'importance et sur lesquels, par suite, il convient surtout de s'appuyer, sont : le caractère ou *constitutionnel* ou *accidentel* de l'état neurasthénique (GROSS, KRAFFT-EBING); l'existence ou l'absence d'une *syphilis* antérieure

(KRAFFT-EBING, RÉGIS) ; l'existence ou l'absence, à côté des symptômes de la neurasthénie, de quelques-uns des symptômes initiaux, somatiques et psychiques, de la maladie organique : modifications profondes du caractère, diminution réelle de la mémoire, de la conscience, de la personnalité, ophtalmoplégie interne, altération appréciable de la parole et de l'écriture, etc., (BALLET, GROSS, ROSCIOLI, LEVILLAIN, KRAFFT-EBING, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX) ; enfin la variabilité des symptômes chez le neurasthénique paralytique, sa tendance à moins s'observer, à moins se plaindre, en revanche à se laisser influencer davantage par tout et par tous (BALLET, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX).

Au fond, comme le dit fort bien BALLET, il ne s'agit là que de *simples nuances* et le diagnostic reste souvent très difficile, tant que les premiers symptômes de la paralysie générale confirmée ne sont pas apparus. Passe encore la distinction entre la neurasthénie préparalytique et la neurasthénie constitutionnelle, sensiblement différentes ; mais entre la neurasthénie d'une infection chronique, telle que la syphilis, et la neurasthénie préparalytique, l'hésitation s'impose d'autant plus qu'il s'agit là, en somme, d'un même état neurasthénique susceptible, suivant le cas, de verser ou non dans la maladie organique. « C'est qu'en effet la neurasthénie tardive de la syphilis ou neurasthénie parasiphilitique de FOURNIER n'est plus une simple névrose, mais bien une sorte de prélude de la paralysie générale : c'est un pont jeté entre la syphilis, infection originaire, et la méningo-encéphalite terminale ; c'est un état de transition non fatal, mais critique, entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques, entre l'épuisement des éléments nerveux et leur altération anatomique » (RÉGIS, 1896).

b. *Forme d'excitation ou de dynamique fonctionnelle.* — La forme d'excitation ou de dynamique fonctionnelle, que j'ai décrite sous ce titre en 1879, et sur laquelle PARANT a insisté depuis (1887), est essentiellement caractérisée par une suractivité de l'organisme analogue à celle de l'excitation ou *exaltation maniaque*. Le plus souvent générale, c'est-à-dire à la fois psychique et physique, elle domine parfois d'une façon très marquée dans l'une ou l'autre des deux sphères. *Psychiquement*, elle se traduit par

le surfonctionnement des processus intellectuels et affectifs : il y a hyperidéation, hypermnésie, hyperproduction de pensées, de combinaisons, de calculs, d'inventions, de travaux, de poésies, d'œuvres de toute sorte, portant l'empreinte de cette stimulation, de ce coup de fouet passager avant-coureur de la déchéance ; il y aussi hyperloquacité facile, abondante et non parfois sans éloquence ; il y a enfin hypersensibilité, hyperaltruisme. *Physiquement*, le surfonctionnement est le même et se manifeste par un besoin excessif et incessant d'action, d'où résulte une sorte d'entraînement impulsif à la marche, aux déplacements, aux excès de boisson et aux excès sexuels, à la voracité, à l'irritabilité, etc., etc.

A ce moment, le sujet peut paraître encore aussi intelligent, sinon plus qu'auparavant et réaliser une production supérieure, comme quantité et comme brillant, à celle de son ordinaire activité. Certains individus même, tel que celui cité par PAILHAS (1904), peuvent inaugurer leur entrée dans la paralysie générale par une métamorphose heureuse et complète de leur personnalité morale.

Mais déjà certaines défaillances intellectuelles et physiques se manifestent, annonçant le début réel de la maladie. « L'observateur attentif, dit J. FALRET, commence déjà à constater quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot des traces non contestables de *démence commençante* qui sont comme la marque caractéristique de la paralysie générale, même dès ses premiers débuts.

Ces défaillances se résument :

Intellectuellement, en faux pas étranges de la mémoire, oubli des faits récents, fautes d'orthographe ou erreurs de calcul non habituelles sur lesquelles CORNILLON vient à juste raison d'insister à nouveau (1904), défaut de suite dans les combinaisons et les projets, impuissance absolue de rien terminer, etc. *Moralement*, et cela frappe surtout chez les malades des classes supérieures, on voit apparaître un oubli tout à fait frappant des règles de la politesse et de la bienséance, une négligence dans la tenue, quelquefois aussi de l'indélicatesse et de la grossièreté, enfin une tendance plus ou moins marquée à l'alcoolisme, à

l'érotisme cynique, aux actes délictueux, surtout aux vols absurdes et sans but, aux achats inconsidérés.

Physiquement, le malade devient inhabile, maladroit, inapte à sa tâche ; s'il est artisan il gâche son travail, le recommence pour le faire plus mal encore et perd de plus en plus l'aptitude aux mouvements délicats et de précision, si bien qu'il est renvoyé de chez tous ses patrons et finit par ne plus trouver d'ouvrage. En même temps apparaissent *quelques troubles légers de la parole*, consistant dans une certaine hésitation, surtout apparente après les repas, et quelquefois aussi, de véritables attaques congestives, à type apoplectique ou épileptique.

En un mot, dans les trois modalités de l'individu, surviennent déjà des signes d'*affaiblissement* qui, s'accroissant par degrés, attirent peu à peu l'attention et conduisent progressivement à la période de début confirmée de l'affection.

2° Période de début. — La paralysie générale étant essentiellement caractérisée, cliniquement, « par des symptômes progressifs de démence et de paralysie (démence paralytique), auxquels viennent fréquemment s'associer des symptômes accessoires divers, somatiques et psychiques », il en résulte que tous ces symptômes, essentiels et accessoires, physiques et psychiques, existent dès la période de début et qu'ils ne font, par la suite, que s'accroître.

Il serait donc, au fond, plus rationnel et plus simple de se borner à décrire dans la paralysie générale une symptomatologie globale, non scindée en périodes, comme l'ont fait MAGNAN et SÉRIEUX, WEYGANDT et ROUBINOVITCH.

Pour nous conformer à l'usage, nous maintiendrons, dans cette description, les trois périodes de début, d'état, de terminaison ; mais afin de ne pas nous répéter, nous ne ferons que mentionner, à la période de début, les différents symptômes, d'abord *somatiques*, puis *psychiques*, en insistant simplement sur ceux qui lui sont plus particuliers, nous réservant de préciser en détail ces symptômes à la période d'état, où ils atteignent leur plein développement.

A. SYMPTÔMES SOMATIQUES. — α) Le symptôme pour ainsi

dire capital, pathognomonique de la maladie, est l'*altération de la parole*, représentée par une forme spéciale de dyslalie, de trouble de l'articulation des mots. Ce symptôme a une telle importance que, tant que l'on ne l'a pas constaté et quels que soient les autres symptômes, on peut soupçonner, on ne peut affirmer l'existence de la paralysie générale.

À la période de début, il est encore le plus souvent léger et constitué par de simples *accrocs* ou *faux-pas* intermittents de la parole. Aussi faut-il s'efforcer de le saisir, de le déceler par une observation attentive et à l'aide des moyens habituels.

β) Le *tremblement* est un des premiers phénomènes qui se manifestent au début de la paralysie générale, le premier, a dit LASÈGUE. Il affecte plus spécialement la langue, les lèvres, les mains et donne à l'*écriture* un caractère particulier de fine trémulation. Comme l'hésitation de la parole, il n'est encore à ce moment que peu marqué et intermittent.

γ) L'*affaiblissement musculaire* n'est guère perceptible au début de la paralysie générale et, dans les formes avec excitation, il paraît y avoir plutôt accroissement des forces. Il en est de même de l'*incertitude de la marche*, qui ne se révèle que dans certains mouvements, par exemple lorsqu'on fait retourner et pivoter brusquement le malade sur lui-même.

δ) Les *troubles oculo-pupillaires*, sans être constants dans la paralysie générale et sans lui appartenir en propre, ont cependant une sérieuse importance, car étant le plus souvent très précoces, antérieurs même parfois au début confirmé de la maladie, ils peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Ils consistent surtout en inégalité de dilatation des pupilles, avec altération des réflexes iriens et, plus ou moins fréquemment, amaurose, ptosis, achromatopsie, érythroptisie (LADAME), nystagmus, etc.

ε) Les *réflexes, tendineux et cutanés*, sont généralement modifiés. Cette modification se manifeste en sens divers, mais à la période initiale elle a pour formule habituelle l'exagération des réflexes tendineux et la diminution des réflexes cutanés.

ζ) Il existe, dans nombre de cas de paralysie générale au début, de l'*anesthésie* superficielle et même profonde soit générale, soit plus accusée dans certaines régions. ZIEHEN a signalé la perte

de la mémoire de localisation des sensations tactiles, et PITRES l'anesthésie testiculaire.

7) Mentionnons enfin, parmi les autres troubles somatiques plus ou moins communs dans cette période : le *facies paralytique*, la *céphalée*, les *névralgies*, les *topoalgies*, l'*insomnie nocturne*, la *somnolence*, les *troubles digestifs*, consistant principalement en *exagération de l'appétit* et *tendance à la constipation*, enfin les *ictus apoplectiques*, *épileptiques*, *aphasiques*, les *mouvements automatiques* de succion, de mâchonnement, de déglutition, etc.

B. SYMPTÔMES PSYCHIQUES. — α) Si le trouble de la parole est le premier des symptômes somatiques, l'*affaiblissement de l'intelligence* est sans contredit le symptôme psychique cardinal. Cet affaiblissement de l'intelligence, destiné à s'accroître par degrés et à plonger le sujet dans une démence complète, n'atteint d'abord qu'à un degré relatif l'ensemble des facultés. Il y a diminution de l'attention, de la volonté, de la mémoire, surtout pour les faits récents, et commencement d'*amnésie progressive*; il y a altération psychique du langage et de l'écriture; il y a *diminution du sens moral*, de la notion et de la portée des actes, de l'affectivité; il y a *modification grave du caractère*, de l'humeur, de la conduite; indifférence émotive; perte de l'autocritique: en un mot commencement de *dissolution de la personnalité*, mentale et morale.

Et cependant, l'appareil psychique, bien que touché, entamé dans ses œuvres vives, continue encore de fonctionner plus ou moins bien par une sorte d'habitude acquise et en quelque sorte automatique. Il est même fréquent de voir les malades conserver encore une *conscience* assez nette de leur état et des symptômes qu'ils présentent, et continuer pendant un certain temps l'exercice de leur profession.

Beaucoup d'aliénistes, ARNAUD en particulier, contestent ce fait. Il est exact cependant et DUPRÉ, qui admet que le paralytique général, à la période de début, « se rend compte lui-même parfois de son affaiblissement psychique », rappelle justement que, d'après les recherches de MARANDON de MONTYEL, les deux tiers environ de ces malades conservent la conscience de certains

de leurs accidents. Or, ces recherches portent exclusivement sur des paralytiques généraux d'asiles, c'est-à-dire aliénés; le fait est encore plus frappant, sinon plus fréquent, chez les paralytiques généraux non internés, que j'ai surtout en vue.

β) Sur ce fond d'affaiblissement intellectuel et moral, de démence commençante, se greffent très fréquemment d'autres troubles psychiques: excitation avec satisfaction, optimisme absurde et hors de propos, dépression avec tristesse et inertie, *délires divers*, en particulier *délire des grandeurs* ou *délire hypochondriaque*, *obsessions*, *impulsions irrésistibles*.

Ces troubles psychiques seront plus complètement indiqués et décrits à la période d'état. Je ne veux mentionner ici d'une façon spéciale que les *actes délictueux*, parce qu'ils appartiennent surtout à cette période et au stade d'invasion, d'où le nom, donné par LEGRAND DU SAULLE, de *période médico-légale* de la paralysie générale.

Ces actes délictueux consistent surtout en *vols à l'étalage* et dans les magasins, *abus de confiance*, *grivèlerie*, *achats et dépenses inutiles sans payer*, *spéculations hasardeuses*, *outrages publics à la pudeur* habituellement sous forme d'*exhibitionnisme*, attentats et viols, etc. Tous ces actes, qui émanent habituellement de paralytiques généraux affaiblis et parfois excités, ont un caractère absurde, enfantin, inconscient, dysmnésique même, qui permet de les reconnaître avec un peu d'attention.

3° Période d'état. — Nous décrirons ici successivement, avec quelques détails, les symptômes somatiques et psychiques de la paralysie générale, mentionnés simplement, pour la plupart, à la phase précédente.

A. SYMPTÔMES SOMATIQUES. — Les principaux symptômes somatiques de la paralysie générale consistent en: 1° *troubles de la motilité*; 2° *troubles visuels*; 3° *troubles des réflexes*; 4° *troubles de la sensibilité générale et spéciale*; 5° *troubles vaso-moteurs et trophiques*; 6° *troubles des grands appareils* et de l'état général.

a. *Troubles de la motilité*. — α) *Tremblement*. — Le tremblement, dans la paralysie générale, est un symptôme *constant*, plus ou moins marqué suivant les cas. Il est généralisé, mais prédomine

aux extrémités. On le constate aux mains sous deux types. L'un est le *tremblement* proprement dit, tremblement appelé *fibrillaire*

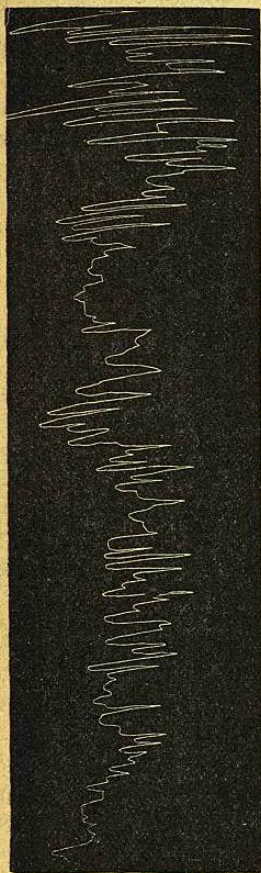


Fig. 67.
Paralysie générale. Tremblement de la main dans l'attitude du serment. Décharges musculaires irrégulières (d'après E. Dupré; art. *Paralysie générale*, du *Traité de Pathologie mentale* de BALLEY).

en raison de son caractère fin, menu, rapide (6 à 8 vibrations par seconde), sans déplacement notable des doigts, nul au repos, apparaissant et s'exagérant sous l'influence d'un mouvement ou

d'un effort, comme un tremblement intentionnel. L'autre est l'*instabilité*. Cette instabilité, différente du tremblement fibrillaire, mais l'accompagnant d'habitude, consiste en secousses brusques, ataxiformes. En faisant étendre la main au malade, dans l'attitude du serment, on observe en même temps que la trémulation fibrillaire, des déplacements soit de la main entière soit plutôt d'un ou deux doigts isolés qui, par instants, sont entraînés latéralement comme par une décharge électrique. Ces secousses brusques des doigts ont, à notre avis, une certaine importance au point de vue du diagnostic.

Du côté de la *langue*, le tremblement offre exactement les mêmes caractères, c'est-à-dire présente à la fois de la *tremulation fibrillaire* et de l'*instabilité*.

La *tremblement fibrillaire*, très visible non seulement lorsque la langue est tirée au dehors, mais encore souvent lorsqu'elle est maintenue au repos la bouche ouverte, consiste en de fins trépidations se manifestant par endroits à la surface de l'organe, sans l'agiter dans son entier. Il diffère du *tremblement* ou *tremblotement gélatineux* de PARANT, en ce que celui-ci, comme l'indique son nom, est plus massif et plus général.

L'*instabilité* de la langue est réalisée par ce que MAGNAN a heureusement appelé *mouvement de trombone*, sorte de va-et-vient saccadé, ataxique de la langue, se produisant lorsque le sujet essaie de la tirer et de l'immobiliser au dehors. Ce n'est qu'au bout d'un instant qu'il y parvient, et dans certains cas, pas du tout.

E. FOURNIER, qui a consacré sa thèse (1895) au tremblement de la langue dans la paralysie générale et qui fait ressortir toute l'importance de ce symptôme, y distingue trois éléments : le tremblement fibrillaire, le tremblement ataxique et le tremblement en masse, clonique et spasmodique, pouvant exister isolément ou associés.

Au tremblement de la langue se joint le plus souvent du *tremblement des lèvres* et des *muscles de la face*. Ce tremblement consiste en *trémulations fibrillaires*, mais surtout en *secousses ataxiques* qui surviennent exclusivement au moment où le malade veut tirer la langue ou parler. Ces secousses ataxiques sont dans



Fig. 68.
Paralysie générale. Tremblement de la langue hors de la bouche (d'après E. Dupré; art. *Paralysie générale* du *Traité de Pathologie mentale* de BALLEY).