

délire des négations. D'après lui¹, cette espèce de lypémanie se reconnaît aux caractères suivants :

- 1° Anxiété mélancolique ;
- 2° Idée de damnation ou de possession ;
- 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires ;
- 4° Analgésie ;
- 5° Idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, etc. ;
- 6° Idée de ne pouvoir jamais mourir. Il faut remarquer que cette idée d'immortalité n'est pas ici une idée mégalomane, comparable aux idées de grandeur des persécutés, des paralytiques, etc., mais un délire d'énormité de nature mélancolique. En effet, le malade gémit sur son immortalité qui n'est qu'une douleur de plus ajoutée à tant d'autres ; il souffrira pendant l'éternité.

Les différents aspects du délire des mélancoliques peuvent servir à établir autant de formes, que nous venons d'indiquer sous les noms de délire mystique, d'idées de persécution, de délire hypochondriaque, d'hypochondrie morale, de négations arrivant finalement à la négation de la mort et à l'immortalité.

Mais en outre, selon le degré de la dépression allant jusqu'à la stupeur ou selon la prédominance de l'anxiété gémissante, on aura autant de formes énumérées plus haut.

Le nombre de maladies où peut apparaître le délire mélancolique est considérable ; citons, outre la forme essentielle (vésanie) : la paralysie générale (délire hypochondriaque, négations surtout), les auto-intoxications, la dégénérescence mentale, le délire des cardiaques, la folie intermittente, l'alcoolisme, etc., etc.

Lié au délire maniaque, il constitue l'un des termes de la folie circulaire.

La mélancolie chronique, comme la manie, se termine souvent par une démence plus ou moins précoce.

IV. FORMES SYSTÉMATISÉES. — Dans tous les troubles mentaux on peut voir apparaître des idées délirantes très variables qui donnent au délire un caractère purement artificiel ; telles sont surtout les idées *mystiques*, de *persécution*, de *grandeur* et d'*hypochondrie*. Au milieu d'un délire maniaque par exemple, on voit surgir des idées de grandeur et des conceptions vaniteuses ; de même dans la paralysie générale, etc., etc., mais ces conceptions délirantes ne sont pas l'occasion de déductions logiques de la part du malade. Elles apparaissent

1. COTARD (*Soc. médico-psych.*, 28 juin 1880) ; — Du délire des négations (*Arch. de neurol.*, 1882, n° 11 et 12) ; — Perte de la vision mentale (*ibid.*, 1884, n° 21).

plus ou moins mobiles, mêlées à d'autres conceptions de caractère opposé, d'où l'incohérence.

Dans le délire systématisé, au contraire, le malade saisissant une idée délirante la développe et la soutient. Il formule son délire et ne souffre aucune contradiction, il est logicien implacable. Son raisonnement, appliqué à une conception absurde, est en lui-même logique.

Il y a donc une grande différence entre telle ou telle idée de grandeur ou de persécution apparaissant, flottante et changeante, et un délire qui devient pour le malade un système.

Les délires systématisés constituent donc une des grandes formes cliniques du délire.

Nous allons les différencier en les opposant aux trois formes décrites plus haut. Mais il importe encore d'insister en montrant qu'un délire si bien formulé et où les déductions s'enchaînent ne saurait évoluer sur un fonds d'affaiblissement intellectuel ou de débilité mentale. La nécessité d'attention et de réflexion s'impose ; aussi le temps est nécessaire pour arriver à cette formule et, si l'on connaît un délire systématique à évolution aiguë, cette variété est moins nette et plus rare que la forme chronique, cette dernière étant précédée d'une période d'incertitude pendant laquelle le malade semble chercher la formule de son délire.

Ce n'est pas tout : souvent défiant, ces malades deviennent réticents et cachent avec soin un délire qui n'en est que plus dangereux. Enfin, tandis que d'autres formes aboutissent souvent et rapidement à la démence, les délires systématisés semblent y échapper complètement ou n'y arriver que tardivement.

Dans la forme délirante aiguë, nous avons trouvé la *confusion mentale* ; dans la forme maniaque, l'*excitation* et l'*agitation* ; dans la forme mélancolique, la *dépression* ; dans les formes systématisées, c'est la *concentration* des facultés sur une formule de *interprétation*.

Le type du délire systématisé est le délire des persécutés ; nous le décrirons brièvement, comme exemple, étant données sa fréquence et son importance.

Par opposition aux simples idées de persécution, de grandeur, etc., qu'on observe dans tant de maladies, on reconnaît les différences qui séparent ces deux ordres de faits qu'on ne saurait confondre à aucun point de vue. Le délire des persécutés reste le type des folies dites vésaniques.

Délire des persécutés à évolution systématique. — « La première période échappe ordinairement au médecin, c'est celle d'incubation. Le malade est envahi par un sentiment vague d'inquiétude, de souffrance morale. Le malade est mécontent de tout, soupçonneux,

méfiant; son caractère devient irritable. Tout ce qu'on dit et fait autour de lui est dirigé contre lui. C'est alors qu'il change de situation, ne se trouve bien nulle part, parce que nulle part on ne sait l'apprécier à sa valeur, ou parce qu'on veut l'empêcher de réussir. Il se défie de tout le monde.

« Dans la deuxième période, c'est l'interprétation délirante qui apparaît. On lui en veut; on lui fait des misères, etc. Ce *on* est caractéristique. Il indique que le malade en est encore à la période d'hésitation et ne sait sur qui faire reposer exactement ses soupçons.

« C'est alors qu'apparaissent les troubles sensoriels — hallucinations de l'ouïe prédominantes, — ceux de la sensibilité générale, qui vont fournir un substratum à la systématisation et au développement du délire.

« Les hallucinations de l'ouïe sont le phénomène le plus caractéristique, le plus important, le plus constant de cette période. Jusqu'alors le malade n'avait fait qu'interpréter fausement ce qui se disait et faisait autour de lui. Maintenant il n'hésite plus et s'explique le sens de bien des choses qu'il n'avait pas comprises, et cela non seulement depuis le début de sa maladie, mais depuis bien longtemps avant (le délire rétrograde).

« Tout d'abord on chuchotait, on avait l'air de se moquer de lui, quand il passait dans la rue; on semblait le narguer ou le menacer. Puis des bruits, des sifflements qu'il ne peut s'expliquer sont survenus. Enfin l'hallucination de l'ouïe s'est constituée. On prononce derrière lui, à son adresse, des paroles injurieuses, grossières, moqueuses. On le menace, on l'accuse. Ce sont d'abord des mots isolés, puis des phrases entières. On l'empêche de parler, on lui vole sa pensée (hallucinations verbales psycho-motrices).

« C'est alors que le *on* disparaît pour faire place à des persécuteurs clairement désignés. Ce sont les voisins, ou les jésuites, les franc-maçons, etc.; on trame un complot contre lui; c'est une bande, ce sont les invisibles, les électriseurs, etc., etc. Il invente une série de néologismes pour qualifier ses persécuteurs imaginaires. Quelquefois il découvre l'auteur responsable de toutes les persécutions dirigées contre lui. C'est un collègue, un concurrent, un ancien patron, qui veulent se débarrasser de lui et organisent ainsi une série de poursuites.

« Ces persécutions ne consistent pas en effet seulement en injures, en menaces platoniques. Les hallucinations des autres sens survenant, ainsi que celles de la sensibilité générale, fournissent un aliment sans cesse renaissant au délire.

« On lui fait respirer de mauvaises odeurs pour le suffoquer, on lui donne de mauvais goûts dans la bouche (hallucinations du goût). On

l'électrise, on le pince, on lui donne des secousses, des coups (hallucinations de la sensibilité générale), on le viole, on lui soutire le sperme (hallucinations génitales).

« Quelquefois les hallucinations sont de caractère différent d'un côté à l'autre; les voix d'un côté attaquent, les autres défendent.

« Sous l'influence de ces persécutions le malade peut suivre deux voies différentes: les subir ou réagir (persécutés passifs et actifs).

« Les persécutés passifs, des femmes le plus souvent, cherchent à fuir leurs persécuteurs: ils changent de domicile, de ville même, de situation, se font inscrire sous de faux noms, et imaginent les combinaisons les plus bizarres pour se mettre à l'abri. Parfois ils se suicident. Mais c'est une véritable exception, et qu'on ne rencontre pas dans les formes classiques du délire de persécution.

« Les persécutés (actifs) au contraire se plaignent au commissaire de police, aux autorités, écrivent de longs factums pour exposer leurs griefs, pour dénoncer leurs ennemis et réclamer justice. Éconduits, ils en arrivent à se faire justice eux-mêmes, lorsque, sous l'empire de leur délire, ils ont découvert un individu désigné et précis comme organisateur de toutes leurs persécutions. Le persécuté devient alors persécuteur. C'est la période la plus dangereuse. Tout persécuté qui a fait choix de son persécuteur est un malade dangereux, qui peut aller jusqu'à l'homicide. L'internement d'un semblable aliéné, alors même qu'il peut encore se livrer à ses occupations ordinaires, s'impose d'urgence.

« La troisième période est caractérisée par le délire des grandeurs qui se surajoute à celui de persécutions et qui est la manifestation de la transformation de la personnalité du malade. Ce délire ambitieux a pour origine: 1° une explication cherchée par le malade, une interprétation délirante (déduction logique); 2° une hallucination (genèse spontanée).

« Ils sont de grands personnages pour qu'on ait intérêt à les traiter ainsi; ils sont princes, empereurs, puissamment riches; on les a dépouillés de leurs biens et de leurs droits; on a dû les changer en nourrice; leur père putatif n'est pas leur vrai père, etc., etc., ou bien c'est une hallucination qui tout à coup les appelle du nom d'un personnage célèbre et leur révèle ainsi leur véritable personnalité.

« La quatrième période est celle de la démence. Elle survient très tardivement, si tant est qu'elle existe et ne soit pas tout simplement une démence sénile survenant au même titre que chez tout autre individu aliéné ou non antérieurement¹. »

1. Nous n'avons pas cru pouvoir mieux faire que de reproduire ici la description de cette affection, d'après SOLLIER (*loc. cit.*), car elle nous paraît à la fois concise et complète.

Les délires systématisés envisagés comme forme symptomatique, le plus souvent chroniques, sont quelquefois aigus, d'autres fois transitoires; ils sont liés à la dégénérescence mentale ou constituent des formes primitives et essentielles (vésanies).

V. FORMES DÉMENTES. — Bien que la démence ne soit pas le délire, elle se mêle à lui dès le début quelquefois et souvent elle le suit. Elle est l'aboutissant possible et fréquent de tous les délires prolongés.

Dans ces derniers cas, à travers l'état de démence, on peut encore distinguer quelques traits indiquant la forme primitive du délire qui ne disparaîtra qu'avec la déchéance complète. C'est pourquoi l'on peut dire qu'il y a une forme démente du délire en se plaçant à ce point de vue général qui nous a guidé dans notre division symptomatique. La démence côtoie d'ailleurs à un tel degré le délire qu'il est impossible de n'en pas dire un mot. Nous nous bornerons aux remarques suivantes :

1° La démence peut être primitive, c'est-à-dire non précédée de délire, et alors elle est aiguë ou chronique.

2° Elle accompagne le délire dès le début.

3° Elle est consécutive au délire.

Dans ce dernier cas elle peut apparaître très rapidement ou à très longue échéance.

Elle est surtout précoce dans les délires séniles, dans le délire de certains dégénérés, chez les sujets atteints antérieurement de débilité mentale, chez lesquels le terrain est tout préparé pour son éclosion. C'est ainsi que tel sujet n'y arrivera qu'après de nombreux accès maniaques ou mélancoliques, que tel autre y entrera presque d'emblée à la première invasion du délire.

Citons la démence sénile, la démence des épileptiques, celle des paralytiques généraux, celles des débiles, des alcooliques, des dégénérés, des maladies infectieuses aiguës, surtout la fièvre typhoïde, où elle peut apparaître primitivement.

B. — DES DÉLIRES EN PARTICULIER

Nous envisageons ici le délire, autant que possible en essayant de le rattacher à une maladie causale. Mais on reconnaîtra facilement que la prédisposition du sujet joue un rôle évident. Les conditions morbides, si obscures, qui font qu'un sujet est apte au délire, et la cause occasionnelle sont deux éléments qui sont presque toujours en présence. Or, en considérant les deux extrêmes de la série, on recon-

naîtra que certaines maladies entraînent à coup sûr le délire chez les individus les moins prédisposés et pour ainsi dire chez tout sujet qui en est atteint. Telle est, par exemple, la suppression aiguë des fonctions hépatiques comme dans l'ictère grave, une violente intoxication, certaines lésions organiques diffuses. Et d'autre part on reconnaîtra non moins nettement que le délire survient chez certains prédisposés sous l'influence d'une cause occasionnelle presque insignifiante et souvent même impossible à envisager.

Entre ces deux extrêmes, les délires infectieux ou toxiques d'une part, la folie d'autre part, se trouvent une foule de cas où la prédisposition et la cause occasionnelle se disputent le rôle le plus important et où tantôt l'une, tantôt l'autre semble l'emporter.

La forme du délire, elle aussi, dérive de la prédisposition, mais ce serait une erreur de croire qu'un sujet à antécédents vésaniques, héréditaires ou personnels, par exemple, fera sous l'influence d'une cause banale un délire en rapport de formes avec ses antécédents : souvent ce sera un accès délirant aigu sans autre caractère.

I. DÉLIRES INFECTIEUX. — Chaque fois qu'on est en présence d'un accès de délire s'accompagnant de fièvre, la nécessité d'examiner les différents organes s'impose. Le plus souvent on arrive ainsi à reconnaître une maladie infectieuse, telle que la fièvre typhoïde, une fièvre éruptive, la fièvre puerpérale, etc.

Le *délire aigu* proprement dit paraît être une infection et se rattache par ses caractères aux délires infectieux symptomatiques.

La *fièvre typhoïde* s'accompagne très souvent de troubles mentaux :

Le délire peut être pré-typhique, ce qui est relativement rare. Plus souvent il éclate au début de la maladie sous forme d'une manie congestive assez violente; comme il peut masquer les autres symptômes, l'erreur de diagnostic est fréquente et le malade est à tort interné.

Pendant la période d'état on observe surtout des symptômes aigus avec hallucinations de la vue, des idées de persécution ou mystiques ou un état mélancolique avec stupeur ou délire d'actions¹.

Enfin il existe un délire post-typhique, soit durant la convalescence, soit plus ou moins longtemps après. Ses formes sont, d'après Kraepelin, les suivantes :

1° Idées délirantes isolées ou hallucinatoires;

2° L'agitation plus ou moins aiguë;

1. Parmi les travaux nombreux sur cette question, citons ceux de Thore, Christian, Barié, Joffroy, Kraepelin, Raymond, etc.

3° La mélancolie avec calme, parfois stupide, accompagnée d'idées délirantes ;

4° La faiblesse mentale.

M. Régis a insisté sur le caractère de pseudo-démence des délires post-typhiques.

Le délire de la première période semble répondre à l'infection, celui de la convalescence à l'asthénie. M. Glover, qui développe dans sa thèse les idées de M. Joffroy, admet en outre que la psychose post-typhoïde ne se produit jamais que chez l'héréditaire.

Dans la *variolo* on retrouve les mêmes états que dans la fièvre typhoïde : la première forme est un délire aigu marquant le début de la maladie, avec confusion mentale ; la seconde, une psychose asthénique marquée par des idées délirantes, greffées sur un état de mélancolie anxieuse.

Dans l'*influenza*, on rencontre surtout le délire sous la forme asthénique de la convalescence avec les phénomènes d'excitation cérébrale et des hallucinations ; on voit survenir de la stupeur, de l'affaiblissement des facultés mentales, de la démence aiguë ou stupidité¹.

En parcourant l'histoire des différentes maladies infectieuses, on remarque comme pour les précédentes deux délires de même caractère, et nous ne pourrions que nous répéter au sujet de la *pneumonie* (surtout du sommet), de la *scarlatine*, de la *fièvre puerpérale*, du *choléra*, de l'*érysipèle*, du *paludisme*, du *typhus*.

Dans toutes ces maladies le délire apparaît sous deux aspects :

1° Durant la fièvre, sous la forme de délire aigu, analogue aux délires toxiques, avec confusion mentale et hallucinations ;

2° Durant la période post-fébrile ou la convalescence, c'est une psychose asthénique, constituée par du désarroi intellectuel, de la stupidité et de la pseudo-démence, reposant sur un fond de confusion mentale².

3° Ajoutons que les folies névritiques et les pseudo-paralysies générales névritiques³ peuvent suivre les infections dont elles dérivent.

La *folie puerpérale*, le délire observé dans la *rage*, certains *délires post-opératoires* se rattachent aux précédents par leur caractère et peut-être par leur pathogénie.

1. Citons les travaux de Busch, Bonnet, Pétrequin, Chrichton-Browne, Revillod, Ewald, Kraepelin, Joffroy, Leledy qui résume dans sa Thèse (1891) les travaux parus jusqu'à ce moment, et enfin la revue de TOULOUSE (*Gaz. des hôp.*, 1893).

2. MM. RÉGIS et CHEVALIER-LAURE (*Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, p. 93) sont arrivés à ces conclusions.

3. KLIPPEL (*Gaz. hebdom.*, 1893, p. 51).

II. DÉLIRES DES AUTO-INTOXICATIONS. — A l'heure actuelle, le rôle de l'auto-intoxication comme cause du délire est admis et semble indiscutable¹. Il y a une folie brightique, il y a une folie hépatique, etc. Mais nous verrons que les formes sont multiples et complexes.

a. *Folie rénale ou brightique. Urémie.* — Elle a été signalée depuis longtemps par Hagen, Alling, Jolly, Wilks, Scholz, Brieger, Hoesslin, Wille, etc. Plus récemment elle a été l'objet des études de MM. Dieulafoy et Joffroy, de Cullerre, de Bouvat, de Vassale².

L'expérimentation a démontré que l'urine des urémiques avait une toxicité moindre que l'urine normale, ce qui implique la rétention d'un ensemble de produits toxiques s'accumulant dans l'organisme et entraînant entre autres symptômes le délire.

Il faut distinguer :

1° Le délire urémique, ressemblant aux formes du délire infectieux et toxique, à celui de l'alcoolisme aigu ; il est passager et survient souvent à la suite d'une infection surajoutée, qui vient créer brusquement une insuffisance rénale aiguë ;

2° Le délire brightique proprement dit, lié à l'insuffisance rénale chronique ; souvent celle-ci est la cause occasionnelle du développement d'un délire chez un prédisposé, particulièrement de la forme dépressive avec hallucinations et confusion mentale comme dans l'alcoolisme chronique ;

3° Une forme demente.

4° Le délire peut révéler le brightisme latent.

b. *Folie hépatique*³. — La suppression brusque des fonctions du foie, comme dans l'ictère grave, entraîne invariablement le délire et le coma. L'insuffisance hépatique chronique peut se montrer dans diverses maladies mentales et y jouer un rôle plus ou moins évident dans la pathogénie du délire. Il est remarquable que tout alcoolique, par exemple, qui a eu du délire, offre à l'autopsie une lésion des cellules hépatiques avec ou sans cirrhose. Longtemps après la suppression de l'alcool, les lésions persistantes du foie, devenues incurables, peuvent à elles seules causer un délire auto-toxique, tandis que l'alcool lui-même n'a créé que la prédisposition et les lésions hépatiques.

Mais il est des cas où la destruction matérielle et fonctionnelle de

1. Le Congrès des médecins-aliénistes de 1893, qui avait posé la question des auto-intoxications dans les maladies mentales, a admis les conclusions du rapport de MM. RÉGIS et CHEVALIER-LAURE.

2. Voir pour la bibliographie, jusqu'à 1891, les Thèses de FLORANT (Paris, 1891) et de SPIGALIÉ (Genève, 1891) et le mémoire de RÉGIS et CHEVALIER-LAURE (*loc cit.*) ; signalons encore la communication de CULLERRE au Congrès de la Rochelle (1893).

3. KLIPPEL, De l'insuffisance du foie dans les maladies mentales ; De la folie hépatique (*Arch. gén. de méd.*, août 1892). — CHARRIN (*Soc. de biol.*, juillet 1892).

la cellule hépatique est dès le début et à elle seule la cause du délire. C'est la *folie hépatique proprement dite*. Quelquefois l'attention est attirée du côté du foie par la présence d'un cancer ou d'une intoxication par le phosphore, mais dans d'autres cas un délire subaigu éclate avec hallucinations, agitation maniaque, conceptions vaniteuses, etc., et l'insuffisance hépatique demande à être recherchée.

Elle est latente, car on n'observe dans ces cas ni circulation collatérale de la paroi de l'abdomen, ni ascite, ni œdème des jambes, ces symptômes relevant de la sclérose qui peut ne pas exister. On n'observe pas non plus d'ictère, celui-ci relevant souvent de lésions des voies biliaires. La condition pathogénique est la destruction de la cellule hépatique elle-même, les autres lésions sont contingentes.

L'insuffisance hépatique sera reconnue à l'hémaphésisme, l'urobilinurie (décelée par le spectroscope ou l'analyse chimique), la fétidité des matières fécales, l'épreuve de la glycosurie expérimentale, les décharges d'acide urique, l'abaissement du chiffre de l'urée, la peptonurie.

c. *Délire dans les affections gastro-intestinales*. — La forme la plus fréquente est l'hypochondrie des dyspeptiques, symptôme qui guérit par le traitement et le régime. Mais ce n'est pas là un délire à proprement parler.

Les accès de mélancolie sont fréquents dans les troubles gastriques des prédisposés.

Dans la dilatation de l'estomac, M. Bouchard décrit des hallucinations de la vue sous la forme d'un défilé de personnages graves et muets, les malades étant spectateurs de cette scène comme dans un rêve. Il est facile de reconnaître à ces caractères, hallucinations de la vue seule, mouvement des images, etc., les caractères d'un délire toxique.

La pathogénie est la même que dans les formes précédentes : rétention de produits toxiques.

d. *Folie de surmenage*. — Souvent un délire confus fait suite au surmenage et évolue rapidement en se terminant par la guérison. Le surmenage physique, intellectuel et moral peut développer et développer souvent la folie dans toutes ses formes. Ce n'est pas à ces faits que nous faisons allusion, mais seulement à ces délires à évolution rapide et qui semblent être le résultat de la dénutrition et de la rétention des déchets organiques incomplètement détruits et éliminés.

e. *Folies dites diathésiques*¹. — Les variétés décrites en pathologie mentale sous ce titre ne sont que des auto-intoxications.

1. Beaucoup d'auteurs ont traité ce sujet : voir les ouvrages classiques. MM. MABILLE et LALLEMANT ont écrit sur ce sujet un mémoire où ils exposent le résultat de leurs recherches urologiques (Masson, éditeur, 1891).

Signalons les troubles mentaux des goutteux, résultat de la rétention de l'acide urique ou de l'insuffisance rénale ou hépatique, la folie diabétique de Marchal (de Calvi).

On rangeait autrefois dans les diathèses la tuberculose, le cancer, la syphilis. Ces maladies peuvent présenter du délire au nombre de leurs symptômes : folie syphilitique de M. Fournier, délires des tuberculeux et des cancéreux bien décrits par Ball.

III. DÉLIRES TOXIQUES. — Entre cette catégorie et les deux précédentes les analogies sont complètes : les délires infectieux et auto-toxiques répondent à l'imprégnation de l'organisme par un poison et, comme les délires toxiques de causes externes, ils répondent surtout à la première des formes cliniques décrites dans le chapitre précédent.

a. *Délire alcoolique*. — Il est nécessaire de distinguer :

1° Le délire alcoolique suraigu (*delirium tremens*) dont nous devons à Sutton la description exacte. C'est à l'occasion d'une infection, souvent une pneumonie, une gastrite alcoolique aiguë, une hémorragie, une impression morale, un traumatisme, qu'il se déclare.

Le début peut être une attaque d'épilepsie alcoolique à laquelle fera suite le délire.

Le *delirium tremens* est caractérisé par trois symptômes qui réunis sont décisifs ; ce sont : le tremblement, la fièvre et les hallucinations de la vue. Celles-ci semblent dominer tout le délire : le malade est terrifié par les spectacles qui se déroulent sous ses yeux, il est poursuivi par des ennemis imaginaires ; il voit toutes sortes de scènes dont il est l'objet passif ; la terreur le rend immobile, ou bien il s'enfuit, sort de son lit (panophtobie) ; ses paroles sont incohérentes ; il répond à ses hallucinations ; le tremblement de la langue et des lèvres les rend inintelligibles ;

2° Le délire alcoolique aigu, qui représente une attaque de délire à forme maniaque et qui se termine au bout de vingt-quatre heures ;

3° Le délire subaigu et chronique, ce dernier étant représenté par des poussées délirantes successives avec affaiblissement mental.

Les hallucinations de la vue sont encore ici de nature triste ou terrifiante. Ce sont des animaux de toutes sortes qui envahissent le lit du malade ou qui se précipitent sur lui. Il voit des rats, des insectes, des oiseaux qui se meuvent. Il entend des voix qui sortent du plancher ou des murs ; le plus souvent ces voix sont confuses.

Mais, caractère important, le délire débute pendant la nuit sous forme de cauchemar, et au réveil le rêve persiste au lieu de se dissiper. Le malade continue à se croire poursuivi ou accusé. Il vit dans un