

Les illusions peuvent se diviser, comme les hallucinations, en *illusions sensorielles*, *illusions internes* ou *cénesthésiques*, *illusions motrices*.

Les *illusions sensorielles*, comme les hallucinations, se dénomment d'après la sensation qui est le point de départ du phénomène. Contrairement à ce qui a lieu pour les hallucinations, les *illusions de la vue* sont de toutes, les *plus fréquentes*. Elles peuvent être, elles aussi, *unilatérales*.

Les *illusions internes* ou *cénesthésiques* et les *illusions motrices* consistent dans la *fausse interprétation de sensations viscérales réelles*, soit de la *sensibilité*, soit du *mouvement*. C'est ainsi que très souvent les troubles de la sensibilité et les affections du pharynx, de l'estomac, de l'intestin, de l'urèthre, de l'utérus, par les phénomènes réactionnels qu'ils provoquent, déterminent chez les malades l'idée qu'ils ont des animaux dans le ventre, qu'on les viole, etc., etc. Ces illusions internes sont surtout fréquentes dans les *psychoses viscérales* et *auto-toxiques*.

Les illusions, sensorielles ou cénesthésiques, ne se séparent pas très nettement des hallucinations, et il est tel phénomène morbide qu'il est parfois difficile de classer dans l'un ou l'autre de ces symptômes. Mais, en clinique, la distinction est nécessaire et doit être conservée.

Les illusions sont susceptibles parfois aussi de se confondre avec l'*interprétation délirante*. Telles sont, par exemple, les *illusions dites mentales*, fréquentes dans les *états maniaques*, les *psychoses toxiques*, et qui consistent en illusions de personnes, d'objets, de milieux, quelquefois éveillées par une vague ressemblance, mais le plus souvent encore par simple association d'idées.

ARTICLE III

TROUBLES DE L'AFFECTIVITÉ

Ces divers troubles sont, en psychiatrie, ainsi que nous l'avons déjà vu, d'une fréquence et d'une importance très grandes, par leur rôle dans la production de certains délires et de cer-

taines hallucinations. Ils mériteraient donc, dans un grand ouvrage de psychologie morbide, une étude détaillée et approfondie. Ici, sans toucher à la question, toute d'actualité en ce moment, du mécanisme des émotions, nous devons nous borner à signaler les principaux de ces troubles, en insistant seulement sur l'un d'eux, l'*anxiété*, base de l'obsession.

§ 1. — TROUBLES DES ÉMOTIONS, ANXIÉTÉ

Les émotions morbides que l'on rencontre le plus souvent dans les psychoses sont :

1° La *joie*, relativement rare, mais dominante dans les *états maniaques expansifs*, les *délires extatiques*, etc. ; .

2° La *colère*, concentrée ou impulsive, passagère ou durable, très commune dans la *manie*, le *délire de persécution* et bien d'autres psychoses ;

3° La *tristesse*, passive ou active (DUMAS), qui fait le fond de la *mélancolie* ;

4° La *Crainte*, la *terreur*, poussées au plus haut point dans les *délires panophobiques* ou *terrifiants* ;

5° L'*anxiété*, sur laquelle nous allons revenir.

Les troubles des affections peuvent être ramenés à deux catégories :

1° L'*exaltation des affections* amicales, amoureuses, familiales, philanthropiques, animales même, très marquée dans certains cas de *lypémanie*, d'*erotomanie*, de *paralyse générale* au début ;

2° L'*abolition et la perversion des affections*, plus spéciales à certains délires *systématisés* et *dégénératifs*.

Quant aux sentiments morbides les plus communs, nous pouvons citer :

1° L'*égoïsme*, qui constitue le fond du caractère de beaucoup d'aliénés ;

2° L'*orgueil*, que l'on observe surtout dans le *délire ambitieux* ;

3° La *méchanceté*, la *fourberie*, le *mensonge*, l'*amoralité*, dans la *folie dite morale* des *hystériques* et des *dégénérés* ;

4° La *révolte*, la *haine*, la *vengeance*, dans le délire de persécution ;

5° La *générosité*, la *prodigalité*, dans la *paralyse générale expansive*;

6° Le *découragement*, l'*impuissance*, dans l'*hypocondrie intellectuelle et morale*;

7° L'*humilité*, la *contrition*, dans la *mélancolie* et ses diverses variétés, etc., etc.

Rappelons enfin que toutes les *passions* et *inclinations*, ainsi que les *sentiments intellectuels* les plus élevés, les *sentiments éthiques*, par exemple, peuvent être altérés, pervertis ou abolis dans les psychoses.

L'*anxiété* est un état d'incertitude, de trouble et d'agitation, avec sensation de gêne et de resserrement à la région précordiale, comprenant trois degrés : l'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse (LITTRÉ).

C'est ainsi que l'envisage également LALANNE. POUR BRISAUD, il y a lieu de distinguer l'*angoisse*, phénomène physique, de l'*anxiété*, phénomène psychique, l'un pouvant exister sans l'autre, ce qui est exact.

Quoi qu'il en soit, l'anxiété est un état émotif complexe, dont la symptomatologie, bien étudiée par LALANNE, comprend à la fois : des troubles moteurs (asthénie motrice, tremblement, incoordination, altérations de la parole, vertige); des troubles circulatoires (angoisse précordiale, spasmes, hypertension, modifications vaso-motrices); des troubles respiratoires (oppression, dyspnée, altération de rythme et d'amplitude); des troubles sécrétoires (crampes, douleurs, diarrhées subites); des troubles digestifs (polyurie, sialorrhée ou sécheresse de la bouche, hyperhydroses locales ou générales); des troubles affectifs et intellectuels (inquiétude, ennui, défaut d'attention et de mémoire, obnubilation de l'intelligence, intensité de la représentation mentale pouvant aller jusqu'aux pseudo-hallucinations, désagrégation de la conscience et de la personnalité, mais par-dessus tout, *attente anxieuse*, avec *phobies* et *obsessions*).

L'anxiété, symptôme fréquent et parfois caractéristique dans certaines psycho-névroses et psychoses, constitue le fondement d'un syndrome dont la place est marquée ici : l'*obsession*. Je résumerai ce qui a trait à ce trouble psychopathique d'après le

volume que nous lui avons récemment consacré, PITRES et moi.

§ 2. — OBSESSIONS

L'obsession est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience de sentiments ou de pensées parasites qui tendent à s'imposer au *moi*, évoluent à côté de lui malgré ses efforts pour les repousser et créent ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité.

L'obsession étant, comme l'avait vu dès l'abord MOREL, et comme nous le pensons, un état pathologique, foncièrement émotif, on peut lui reconnaître deux types ou formes, suivant que l'anxiété qui en fait la base se manifeste plus spécialement par une *crainte* ou par une *idée*. Le premier type est l'*obsession phobique*, ou *phobie*, le second l'*obsession idéative* ou *obsession proprement dite*.

A) OBSESSIONS PHOBQUES OU PHOBIES

La phobie est, comme nous venons de le voir, l'*obsession-crainte*. Il existe deux degrés dans la phobie : la *phobie diffuse* et la *phobie systématisée* :

1° **Phobies diffuses ou panphobies.** — A un premier degré, les malades sont dans un état permanent de tension émotive, d'attente anxieuse, qui éclate brusquement par paroxysmes ou attaques, sans motif apparent ou à l'occasion de circonstances accidentelles futiles. C'est, dit RIBOT, « un état où l'on a peur de tout et de rien, où l'anxiété, au lieu d'être rivée à un objet toujours le même, flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances, passant d'un objet à l'autre. » On peut désigner ce genre de phobie sous le nom de *panphobie* ou *phobie diffuse*. En voici, pour plus de clarté, un court exemple.

M^{me} X..., cinquante-deux ans, nerveuse, impressionnable. A la suite de la mort de sa mère, survenue il y a douze ans, peine

profonde, dépression morale, sans troubles morbides proprement dits. Trois ans après, à la suite d'une autre mort, celle d'une amie, état d'émotivité morbide diffuse, avec « attente anxieuse ». La malade était constamment en état de souffrance vague, en état latent d'anxiété qui éclatait, sous forme de paroxysme à la moindre occasion. Une voiture passait-elle pendant qu'elle marchait sur le trottoir dans la rue ? Aussitôt elle tombait en crise, craignant qu'une roue ne se détachât et ne vint l'écraser. Au moindre vent, une tuile allait glisser d'un toit et lui fendre la tête. A table, les aliments allaient l'étouffer. D'autres fois, à peine sortie de chez elle, l'anxiété survenait, s'objectivant sur cette idée que quelqu'un des siens venait peut-être de mourir tout d'un coup et elle était forcée de revenir sur ses pas, pour se rassurer. Chaque événement, chaque incident, chaque acte de sa vie devenait ainsi matière à décharge pour son anxiété, momentanément spécialisée par le hasard.

2° Phobies systématisées ou monophobies. — Au second degré, et avec le même état fondamental d'anxiété, la phobie ne reste pas diffuse; elle se fixe de façon plus ou moins durable sur un objet. C'est la *phobie systématisée* ou *monophobie*.

Il existe, chez certains individus, des monophobies qu'on pourrait appeler *constitutionnelles* ou *idiosyncrasiques*, c'est-à-dire faisant partie du tempérament. On en a cité de nombreux exemples chez des hommes célèbres sujets à des peurs irraisonnées vis-à-vis d'un objet, d'un animal, d'un phénomène particulier.

Ces phobies ne sont, il est vrai, que l'exagération de dispositions émotives communes à bien des gens et le nombre est grand des personnes qui éprouvent une appréhension nerveuse en quelque sorte spécifique telle, par exemple, que celle de l'araignée, de la souris, du serpent, de l'orage, des épées, etc., etc. Mais cette exagération dépasse ici la limite physiologique: elle est morbide. Même lorsqu'elles n'apparaissent que comme des idiosyncrasies ou des singularités isolées, dans une organisation par d'autres côtés supérieure, ces phobies n'en ont pas moins, en effet, une signification pathologique et peuvent être considé-

rées comme de véritables déviations ou anomalies de l'émotivité, absolument comparables aux stigmates de la déséquilibration mentale. Le plus souvent d'ailleurs, derrière cette anomalie en apparence isolée, on constate soit d'autres phobies, soit des symptômes d'ordre différent, qui trahissent l'état constitutionnel de névropathie dont cette peur spéciale n'est qu'une manifestation.

Les véritables phobies systématisées, celles auxquelles on a surtout affaire dans la pratique, sont les phobies systématisées *accidentelles*, c'est-à-dire celles qui surviennent au cours de la vie, sous l'influence d'une cause déterminante.

Voici, d'habitude, comment les choses se passent. Des individus déjà plus ou moins prédisposés, et préparés en outre par des fatigues, du surmenage, une maladie, qui ont créé ou accentué chez eux un état névropathique, hystérique ou hystéro-neurasthénique, subissent un jour un choc moral violent: c'est très souvent la mort d'un parent ou d'un ami, un accident grave tel que chute de voiture, de chemin de fer, etc., la morsure d'un animal, le contact fortuit d'une personne atteinte d'une maladie contagieuse, une fausse-couche, une attaque, une syncope, un fort vertige, la vue ou le récit d'un événement émouvant, d'un sinistre, d'un assassinat, d'une épidémie, etc.: en un mot, tout ce qui peut produire un ébranlement émotif intense. Quelquefois même, et cela est particulier aux cas hystériques de cette espèce, le fait causal n'est pas réel; il a lieu dans un rêve dont le sujet peut n'avoir gardé aucun souvenir.

Quoi qu'il en soit, le choc émotif s'est produit, ordinairement sans réaction extérieure violente et, à dater de ce moment ou plutôt au bout de quelques jours, apparaît une phobie en rapport avec la cause originelle, et se traduisant par des crises anxieuses toutes les fois qu'une impression sensorielle ou même un souvenir, une simple association d'idées vient réveiller l'émotion initiale. Ce genre de phobie mérite bien, comme on le voit, le nom de *phobie traumatique*, que FREUD propose de lui attribuer.

Dans certains cas, la phobie systématisée succède, sous l'action d'une circonstance favorable, à la phobie diffuse. « La

crainte malade est alors, comme dit Ribot, le résultat de la transformation occasionnelle d'un état vague, indéterminé, en une forme précise. La panopobie serait un stade préparatoire, une période d'indifférenciation. Le hasard, un choc brusque, lui donne une orientation et la fixe (peur des épidémies, des microbes, de la rage, etc.). C'est le passage de l'état affectif diffus à l'état intellectualisé, c'est-à-dire concentré et incarné dans une idée fixe : travail analogue à celui du délire des persécutions, où la suspicion, d'abord vague, s'attache à un homme et ne le lâche plus. »

Le caractère essentiel de la phobie systématisée, qu'elle soit primitive ou secondaire à l'état de phobie diffuse, c'est la reproduction, dans les paroxysmes anxieux, de la sensation première, avec une intensité telle parfois qu'elle en arrive à être reconstituée intégralement, soit dans la veille, soit dans le sommeil, comme en une sorte d'hallucination. Tels sont, par exemple, les acarophobes, qui souvent éprouvent de véritables démangeaisons spécifiques.

Il faut distinguer, dans la phobie systématisée, le type *intermittent* et le type *rémittent*, c'est-à-dire les cas où elle se manifeste exclusivement par des crises anxieuses avec tranquillité complète d'esprit dans l'intervalle et ceux où, en dehors des crises, la crainte subsiste sous forme de pensée plus ou moins obsédante. Ces derniers sont les plus fréquents, surtout lorsque la phobie se prolonge et ils représentent, on le voit, un état morbide intermédiaire entre la phobie pure, réduite à la crise d'anxiété, et l'obsession intellectualisée.

3° Division des phobies. — Les phobies susceptibles d'être observées dans la pratique sont innombrables, car tout ce qui existe peut servir de thème à la crainte anxieuse. Un classement est donc à la fois impossible et inutile. Aussi nous bornerons-nous à reproduire, à titre de simple casier clinique plus ou moins commode, notre division des phobies en : 1° *phobies des objets* ; 2° *phobies des lieux et éléments, des maladies, de la mort* ; 3° *phobies des êtres vivants*.

a. *Phobies des objets.* — La première catégorie des phobies com-

prend celles qui portent sur les *objets*. Ces phobies peuvent être aussi multiples et aussi variées que les objets eux-mêmes. Elles sont donc nombreuses à l'infini. Les plus communes sont celles des couteaux, des épingles, des armes, des allumettes, des poussières, de la saleté, des excréments, des poisons, du cuivre, du fer, du velours, de l'huile, des fruits, etc., etc. On a désigné plusieurs d'entre elles sous des noms spéciaux ; celle des métaux a été appelée *métallophobie*, celles des épingles *bélénophobie*, celle de la saleté *ruphobie*, celle des poussières *mysophobie*, celle des poisons *toxicophobie*, celle des objets pointus *aichmophobie*, celle du sang *hématophobie*, etc., etc.

b. *Phobies des lieux et éléments, des maladies, de la mort.* — La seconde catégorie est composée des phobies de *lieux, éléments, maladies, de la mort*.

Les phobies de lieux ou *topophobies* comprennent : l'*agoraphobie* ou peur des grands espaces ; la *claustrophobie* ou *clitrophobie*, peur des espaces étroits et fermés ; l'*acrophobie*, peur des sommets ; la *cremnophobie*, peur des précipices, et d'autres phobies analogues, avec ou sans état civil spécial, comme la peur de sa maison (*oicophobie*), du théâtre, de l'église, des cimetières, des voitures (*amaxophobie*), des chemins de fer (*sidérodromophobie*), etc., etc.

Les phobies des *éléments* comprennent : la peur de l'air et du vent, *aérophobie* ou *anérophobie* ; la peur de l'eau, des rivières, de la mer, *hydrophobie*, *potamophobie*, *thalassophobie* ; la peur du feu, *pyrophobie* ; la peur de la terre, *géophobie* ; à côté desquelles se placent la peur des orages ou tempêtes, *cheimophobie* ; du tonnerre, *bronthémophobie* ; des éclairs, *astrapephobie* ; des montagnes, *orophobie* ; des pentes, *clinophobie* ; du vide, *kénophobie* ; de la nuit, de l'obscurité, *nyctalophobie*, *keronauphobie*, etc., etc.

Les phobies des *anomalies, troubles et maladies* de la conformation et de la santé comprennent : a) les *morphophobies* (*dysmorphophobies* de MORSELLI) ou phobies des anomalies du corps, du visage (ex. : phobie des poils ou *trichophobie*) ; b) les *physiophobies* ou phobies des fonctions, états et actes physiologiques (ex. : phobie du sommeil, phobie de la respiration, de la déglu-

tition, phobie de la rougeur émotive ou *éreatophobie*, de la sueur ou *éhidrophobie*, de la défécation ou *apopathophobie*, de la miction ou *urinophobie*, de la station debout et de la marche *stasophobie* et *basophobie*, de la parole *logophobie*, de l'écriture *graphophobie*, de signer *hypographophobie*, de s'habiller *enduo-phobie*); c) les *algophobies* ou phobies des douleurs, avec toutes leurs variétés; d) les *nosophobies* ou *pathophobies*, c'est-à-dire les phobies des maladies, innombrables comme ces dernières (*dermatophobies* ou phobies des maladies cutanées, dont l'*acarophobie* est le type, *syphilophobie*, phobie de la syphilis, *gonocophobie*, de la blennorrhagie, *spermatorrhéophobie*, de la spermatorrhée; *épidémiophobies* ou phobies des épidémies; *microbiophobies* ou *baciliophobies*, phobies des maladies microbiennes, bacillaires, infectieuses, virulentes, dont les types sont la *lyssophobie* ou peur de la rage, la *phthisiophobie* ou peur de la tuberculose; *hystérophobie* et *hypnophobie*, peur de l'hystérie et de la suggestion hypnotique; *psychopathophobie*, ou *maniphobie* peur de la folie; *cardiophobie* ou *anginophobie*, peur des maladies de cœur et de l'angine de poitrine; *glossophobie*, des maladies de la langue; *odontophobie*, des maladies des dents); e) *tanatophobie* ou peur de la mort.

c. *Phobies des êtres vivants*. — La troisième catégorie des phobies est constituée par les phobies des êtres vivants. Elle comprend : les *zoophobies* ou phobies d'animaux (*cynophobie* ou phobie des chiens, *galéphobie* ou peur des chats, phobie des insectes, des araignées, des serpents, des rats, des souris, etc.); l'*anthropophobie* ou phobie de l'homme, la *gynécophobie* ou peur de la femme, l'*ochlophobie* ou phobie des foules, etc.

Nous répétons une fois encore, afin que l'on ne s'y méprenne pas, que ce n'est là qu'une nomenclature, une sorte de tableau synoptique destiné à réunir dans un ordre à peu près logique l'ensemble des peurs anxieuses ou phobies, sans aucune prétention à la classification nosologique. Il suffit en effet de réfléchir un instant pour comprendre que certaines phobies peuvent rentrer à la fois dans les trois catégories que nous avons admises, la phobie de la rage, par exemple, qui, tout en étant au fond une nosophobie, ne s'en manifeste pas moins aussi, le plus sou-

vent, par la peur des chiens (zoophobie) et par la peur des poussières et des contacts (mysophobie).

B) OBSESSIONS IDÉATIVES OU OBSESSIONS PROPREMENT DITES

L'obsession idéative ou obsession proprement dite ne diffère guère de la phobie qu'en ce que, chez elle, l'anxiété se manifeste surtout par une *idée* et non plus par une crainte. Toutefois, de même que la phobie systématisée peut succéder à la phobie diffuse, dont elle est la spécialisation émotive, de même, l'obsession peut succéder à la phobie systématisée, dont elle est, si l'on peut ainsi parler, l'intellectualisation. Cela se produit lorsqu'une phobie, au lieu de se manifester par des crises d'anxiété intermittentes, avec calme complet dans l'intervalle, préoccupe plus ou moins dans l'interparoxysme, l'esprit du sujet, ce qui arrive dans la majorité des cas. Et c'est ainsi que par une pente toute naturelle, la monophobie tend peu à peu vers le *monodéisme* et qu'on a si souvent affaire, dans la pratique, non à des phobies systématisées pures, mais à des cas intermédiaires ou de transition entre la phobie et l'obsession. C'est le cas, par exemple, pour la phobie de la rougeur qui presque toujours aboutit à l'obsession de la rougeur. L'obsession n'est donc souvent qu'une phobie ayant perdu son caractère de simple trouble émotif pour prendre, par le fait même de son évolution, celui de trouble à la fois émotif et intellectuel.

Au reste, dans les cas mêmes où l'obsession survient d'emblée, sans avoir passé au préalable par une phase exclusivement phobique, les symptômes caractéristiques de l'anxiété se retrouvent toujours à un degré quelconque.

Que l'obsession soit consécutive à une phobie dont elle n'est qu'une aggravation, un degré de plus, ou qu'elle se manifeste d'emblée sous forme d'obsession, elle est en somme formée par l'adjonction aux états émotionnels de la phobie simple d'un élément intellectuel, d'une idée.

Ces phénomènes émotionnels nous étant connus, puisqu'ils sont ici encore ceux de l'anxiété, nous n'avons qu'à dire un mot de l'élément intellectuel, de l'idée.

1° Idée constituante de l'obsession. — L'idée de l'obsession est une idée *consciente*, mais *involontaire* ou *parasite*, *automatique*, *discordante* avec le cours régulier des pensées, enfin *irrésistible*. Elle se sépare donc, par ces caractères, et de l'*idée fixe physiologique*, celle des chercheurs, qui est voulue, en tout cas acceptée, non douloureuse, et qui ne rompt en rien l'unité psychique de l'individu, et de l'*idée fixe pathologique*, qui est une véritable idée délirante, c'est-à-dire inconsciente.

Les idées qui constituent l'élément intellectuel de l'obsession sont infiniment variées et il existe, on peut le dire, autant d'obsessions qu'il peut naître de pensées dans le cerveau humain.

Il est cependant, dans le nombre, des idées qui s'imposent plus fréquemment à l'esprit. De toutes, ce sont celles qui ont trait à la santé, à l'existence, à la vie future, aux mots, aux chiffres, etc., (obsessions hypocondriaques, métaphysiques, obsessions de doute). Viennent ensuite celles relatives à la peur de mal faire à tous les points de vue, moral, religieux, social (obsessions scrupuleuses); celles relatives à la peur d'un événement, d'un objet, d'un animal (obsessions phobiques); enfin celles relatives à un penchant ou à un sentiment quelconques (jalousie, amour, religion, etc.).

Les idées obsédantes ne sont pas généralement des idées absurdes, impossibles; d'ordinaire, elles sont *vraisemblables* et n'ont de morbide que leur grossissement, leur domination, leur persistance.

Elles peuvent présenter, cependant, un caractère particulier auquel certains auteurs ont donné le nom de *contraste*. C'est lorsqu'elles se trouvent en contradiction complète avec les tendances ou les désirs du sujet. Cela s'observe, par exemple, dans les obsessions religieuses. Les malades veulent-ils prier, faire une oraison? Il leur vient un blasphème, une impiété, un sacrilège, une injure grossière à la bouche. D'autres fois les sujets sont poussés à se contredire, à dire juste le contraire de ce qu'ils pensent ou de ce qu'ils voudraient. Il est facile de se rendre compte que cette tendance au contraste, au contraire, a sa source dans une particularité curieuse du phénomène de

l'association des idées qui, chez les sujets à automatisme cérébral prédominant, comme les obsédés, fait surgir juste l'image ou la pensée opposée à l'image ou à la pensée cherchée.

L'idée obsédante a le plus souvent pour origine une circonstance fortuite, émotionnante ou même banale. Parfois, elle naît du *rêve* ou s'alimente et se renforce en lui. Cette action du rêve s'exerce surtout chez les *hystériques*, sans qu'ils en aient la plupart du temps conscience au réveil.

L'idée obsédante peut se modifier et se transformer par une série d'évolutions successives. Elle est rarement unique. D'ordinaire, plusieurs idées obsédantes coexistent soit similaires, soit dissemblables, l'une d'elles étant plus ou moins prédominante.

2° Hallucinations dans l'obsession. — L'obsession s'accompagne parfois, quoi qu'on en ait dit, d'*hallucinations*. Toutefois ces hallucinations, sauf les cas où l'obsession se complique de psychose, ne sont pas les hallucinations habituelles des aliénés. Elles en diffèrent, comme l'idée obsédante elle-même diffère de l'idée fixe. Le plus souvent, elles consistent dans la matérialisation de l'obsession, dans la transformation de l'idée émotive en sensation extériorisée, en un mot dans la production d'une idée-image. C'est en quelque sorte l'analogie de ces phénomènes d'objectivation hallucinatoire qui se produisent dans la méditation profonde, dans l'intoxication hachischique, etc., où les pensées prennent et revêtent les apparences sensibles de la réalité. D'où le nom d'*hallucinations représentatives* que nous avons donné, d'après l'expression même d'un de nos malades, à ces hallucinations qui rentrent dans la catégorie des *pseudo-hallucinations* de KANDINSKY. Une particularité à remarquer, c'est qu'un certain nombre d'obsédés, dans ces représentations hallucinatoires, se voient eux-mêmes dans telle ou telle attitude, dans telle ou telle action, et qu'il y a là par conséquent comme une sorte de phénomène d'autoscopie externe analogue à ceux que SOLLIER vient tout récemment d'étudier. Voici, à titre d'exemple typique, un passage de l'auto-observation d'un de nos malades très instruit, atteint d'obsession de la timidité: « Dans ces moments