

Quant au retentissement sur l'état général, il s'accuse plus ou moins rapidement, suivant le degré de gravité de l'état nerveux, suivant l'alimentation, etc....

Beaucoup de malades maigrissent quoique s'alimentant suffisamment; beaucoup maigrissent parce qu'ils réduisent progressivement leur alimentation, cette réduction amenant un soulagement momentané de leurs malaises. L'analyse des urines révèle des désordres sérieux de la nutrition (phosphaturie, etc.).

Nous avons dit que les modifications du chimisme étaient variables, que l'estomac était dilaté ou non. On constate fréquemment les ptoses abdominales, etc....

Le syndrome nerveux hystérique est, comme le précédent, étudié au chapitre de l'hystérie, et nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. Plus souvent, d'ailleurs, l'hystérie gastrique est monosymptomatique.

Quant aux syndromes digestifs qui s'observent chez les mélancoliques, les dégénérés, et qui ne peuvent rentrer dans le cadre d'ailleurs trop imprécis de la neurasthénie, de l'hystérie, ils sont surtout caractérisés par l'état mental particulier des malades, par les phobies diverses qui les obsèdent; ce sont des malades qui sont sur les confins de l'aliénation mentale et qui, parfois, les dépassent.

B. Gastro-névroses monosymptomatiques. — Pour la commodité de la description et sans nous dissimuler ce qu'elle présente de schématique, nous distinguerons, à l'exemple d'Oser, d'Ewald, de Rosenthal, etc., des névroses de la motilité, de la sensibilité, de la sécrétion, des névroses vaso-motrices.

Parmi les névroses de la motilité, on range la gastroplogie ou paralysie brusque des tuniques de l'estomac, l'aérophagie, le mérycisme, le spasme du cardia, les vomissements.

La **gastroplogie**, fort rare, a été observée à la suite de grands traumatismes.

Aérophagie. — Si le terme d'aérophagie est récent (il a été employé pour la première fois en 1891 par M. Bouveret), le trouble morbide qu'il désigne est connu depuis longtemps. C'est ainsi qu'on le trouve mentionné, en 1868, dans la thèse de M. Willième sur les dyspepsies essentielles: « Les éructations, très nombreuses et très rapides chez certaines personnes, qu'on pourrait attribuer à une production interne, ne sont souvent que des alternatives de déglutition d'air atmosphérique ». M. Luton (de Reims) signale également la déglutition de l'air atmosphérique dans son article tympanite du Dictionnaire de Jaccoud.

En 1894, M. Bouveret désigna sous le nom d'aérophagie un syndrome nerveux observé assez fréquemment chez les hystériques; le hoquet spasmodique des hystériques est constitué par la déglutition d'air atmosphérique suivie de son expulsion bruyante.

Depuis on a reconnu que l'aérophagie n'est pas spéciale aux hystériques, mais qu'elle s'observe fréquemment chez les dyspeptiques névropathes. C'est à démontrer la fréquence de ce syndrome, à élucider son mécanisme que tendent les travaux de MM. Mathieu et Follet (*Soc. méd. des hôpitaux*, 28 février 1901), Lyonnet et Vincens, Soupault, etc.

M. Bouveret a d'ailleurs repris l'étude de la question dans un nouveau travail (*Lyon médical*, 10 mars 1901) et reconnu que l'aérophagie ne se présente pas toujours, il s'en faut, avec le caractère spasmodique et paroxystique qui en décèle immédiatement l'origine nerveuse et que, dans ses formes atténuées, elle est facilement méconnue et qualifiée de dyspepsie flatulente. Les thèses de Perrody (Paris, 1902) et de G. Morange (Paris, 1905) résument les divers travaux relatifs à l'aérophagie.

L'aérophagie a été confondue jusqu'ici avec la flatulence vraie due aux fermentations gazeuses produites dans l'estomac. Il est inutile d'insister sur ce point que la confusion entre ces deux ordres de phénomènes est fâcheuse à tous égards; en les confondant on

s'expose à traiter inutilement par des moyens locaux des malades chez qui un traitement psychique et s'adressant à l'état nerveux général peut seul venir à bout d'une infirmité des plus gênantes.

Qu'est-ce donc que l'aérophagie? Celle-ci, son nom l'indique, est constituée essentiellement par la déglutition, inconsciente de la part du malade, d'air atmosphérique. Cette déglutition d'air n'attire pas non plus, de prime abord, l'attention du médecin; ce qui le frappe surtout, c'est l'éructation qui la suit, éructation bruyante et se prolongeant en d'interminables salves. Celle-ci ne suit pas toujours immédiatement la déglutition d'air; ce qui peut faire croire indûment à la succession sans intervalle de l'une et de l'autre, c'est que la déglutition d'air s'accompagne d'un bruit particulier, lequel est pris à tort pour un bruit d'éructation.

Voici, d'ailleurs, comment se fait la déglutition: ainsi que l'a indiqué M. Bouveret, le larynx est animé de mouvements d'élévation et de descente analogues à ceux qui se produisent lorsqu'on avale une gorgée de salive; c'est à ce moment que se produit le bruit particulier que nous venons de signaler; d'ailleurs, ce bruit n'est pas constant, la déglutition d'air peut être silencieuse.

D'autre part, ainsi qu'il a été dit plus haut, l'éructation ne suit pas toujours immédiatement, il s'en faut, la déglutition de l'air atmosphérique. L'air peut s'accumuler pendant un certain temps avant d'être expulsé par une succession d'éructations; chez les grands nerveux, celles-ci sont particulièrement retentissantes et constituent un symptôme des plus pénibles.

L'air atmosphérique n'est pas seulement expulsé par la bouche, il l'est encore par l'anus.

Il est facile de démontrer que le gaz expulsé est bien de l'air atmosphérique. L'analyse du gaz recueilli a montré que sa composition est identique à celle de l'air atmosphérique; il serait d'ailleurs matériellement impossible que, dans l'estomac, puisse se former une quantité de gaz aussi considérable (200 litres) que celle recueillie en quelques heures par M. Bardet chez un grand aérophage. Les gaz expulsés, tant par la bouche que par l'anus, n'exhalent d'ailleurs aucune odeur.

L'examen de la région épigastrique démontre la voussure de cette région qui donne à la percussion un son tympanique.

M. Bouveret a signalé comme conséquences de la distension gazeuse de l'estomac des accidents, graves en apparence, d'oppression ou de fausse angine de poitrine.

Comment devient-on aérophage? En commençant par être dyspeptique... Éprouvant habituellement une sensation de distension stomacale, les malades l'attribuent à la distension de l'estomac par les gaz et cherchent à rejeter ces gaz. Mais si l'acte qui provoque l'aérophagie est volontaire, celle-ci n'en est pas moins inconsciente.

En effet, les mouvements effectués par les malades pour provoquer l'expulsion des gaz ont pour effet de les amener à déglutir « inconsciemment » des gorgées d'air successives. L'éructation étant suivie d'un soulagement momentané, les malades persèverent dans leur habitude qui, de consciente au début, finit par devenir inconsciente et passe à l'état de véritable tic viscéral. Un cercle vicieux se trouve constitué dont les malades ne sortent plus, à moins qu'on ne les aide à en sortir: « Aérophagie inconsciente provoquant une véritable sensation de tension gazeuse, éructations en série qui soulagent, nouvelle déglutition d'air, crise éructante et ainsi de suite ».

Chez les grands névropathes, et en particulier chez les hystériques, la crise aérophagique revêt le caractère spasmodique qu'a décrit M. Bouveret.

Suivant l'intensité de l'aérophagie, on peut distinguer une forme légère et une forme grave, toutes deux communes chez les dyspeptiques nerveux; une forme spasmodique spéciale aux grands névropathes, aux hystériques.

a) Dans la forme légère, les malades, après le repas, éprouvent une sensation de