

pesanteur et de gonflements gastriques; ils déglutissent de l'air et l'expulsent par séries d'éruptions. Cette expulsion en série est la note caractéristique de l'aérophagie. Celle-ci peut durer quelques minutes, un quart d'heure et plus.

L'aérophagie peut d'ailleurs être bruyante ou silencieuse....

b) Dans la forme grave, les crises aérophagiques sont longues, la quantité d'air ingérée est considérable.

Les accès se produisent après les repas, parfois tardivement et pendant la nuit. Les crises, très intenses, peuvent durer pendant des heures. Certains malades ont des milliers de renvois gazeux par jour.

Dans ces formes graves la distension excessive de l'estomac exagère les troubles dyspeptiques, provoque parfois des vomissements, apporte à la respiration et à la circulation une gêne considérable, d'où la dyspnée, les sensations d'angoisse précordiale ou même la fausse angine de poitrine avec sueurs froides, lipothymie; les palpitations, etc. L'aérophagie peut également déterminer un tympanisme abdominal analogue au tympanisme hystérique. A point de départ nerveux, l'aérophagie exagère à son tour l'état nerveux des malades qui deviennent de plus en plus neurasthéniques, restreignent leur alimentation et prennent un aspect cachectique qui peut faire croire à l'existence de tuberculose ou d'un néoplasme.

c) Il existe enfin un troisième type, c'est l'aérophagie des grands nerveux, des hystériques. Elle paraît être primitive dans ce cas, c'est-à-dire survenir brusquement, sans troubles gastriques antérieurs, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme.

Dans quelques cas, la pression de certains points du corps (creux épigastrique, fosses iliaques, etc.) provoque à volonté la crise d'aérophagie, le « rot à déclenchement » (Mathieu et Follet). Il existe dans ces cas de véritables points hystérogènes aérophagiques. En somme l'aérophagie est essentiellement un phénomène nerveux dont le point de départ est une dyspepsie plus ou moins accusée, et qui provoque à son tour différents troubles gastriques dus à la distension excessive de l'estomac.

Le **mérycisme**, comparable à la rumination normale de certains animaux, est assez souvent héréditaire; tous les malades qui en sont atteints ont toujours une hérédité nerveuse chargée (épilepsie, aliénation mentale, etc.); eux-mêmes présentent les stigmates de la dégénérescence ou sont aliénés (15 cas de mérycisme chez 574 aliénés, Bouchaud).

On a cherché à subordonner le mérycisme à des modifications du chimisme; mais l'examen du suc gastrique a donné des résultats contradictoires. Quatre fois sur cinq le chimisme était normal (Decker); chez trois malades, Jurgensen et Boas ont constaté l'absence d'HCl.

Le **spasme du cardia** peut être rattaché à l'aérophagisme; en tout cas, à part les cas fort rares où il est symptomatique d'un cancer stomacal, il représente un trouble exclusivement nerveux et, à ce titre, justiciable du traitement psychique.

Les **vomissements nerveux** (nous n'envisageons pas ici les vomissements des névropathes atteints de gastrite et dont il a été déjà question) sont toujours liés à l'hystérie.

Le vomissement nerveux survient à la suite d'une émotion, d'une frayeur. Il se produit facilement, sans effort et est le plus souvent indépendant de la qualité et de la quantité des aliments ingérés; il peut se produire au cours du repas ou à sa fin, ou bien à jeun et consiste alors dans le rejet de bile, de mucus. Il est à remarquer que les matières vomies ne sont que peu ou pas digérées et qu'immédiatement après le vomissement les malades peuvent prendre de nouveau des aliments. C'est ce qui explique la persistance habituelle d'un assez bon état général pendant longtemps. Parfois les vomissements sont précédés de douleurs et paraissent liés à une sorte d'hyperesthésie de la muqueuse gastrique, mais ils peuvent être dus aussi en pareil cas à une crise d'hypersecretion (Reichmann).

Le vomissement hystérique a parfois une pathogénie complexe; c'est ainsi que les vomissements sont parfois liés à l'ischurie nerveuse; les hystériques ont alors des vomissements urémiques et les matières vomies contiennent de l'urée.

La forme grave des vomissements hystériques est caractérisée par une intolérance absolue de l'estomac, l'anorexie, une soif inextinguible; elle conduit les malades à une dénutrition rapide et peut entraîner la mort.

Les névroses de la sensibilité comprennent la gastralgie, l'anorexie, la boulimie.

Si la **gastralgie** est souvent liée à un état organopathique latent, il n'en est pas moins vrai que la gastralgie nerveuse pure existe, liée soit à la neurasthénie, soit à l'hystérie. La douleur superficielle à la pression (plexus solaire) est un bon signe de la gastralgie nerveuse.

L'**anorexie** nerveuse est bien connue depuis les travaux de Briquet, Lasègue, Charcot, Sollier, etc.... Elle survient le plus souvent chez les hystériques, mais aussi chez nombre de neurasthéniques, chez des dégénérés héréditaires. C'est un symptôme grave en général par sa ténacité, par la facilité avec laquelle il récidive et par son évolution progressive dans quelques cas jusqu'à une cachexie qui se termine par la mort.

En traitant de l'anorexie chez les dyspeptiques nerveux nous avons indiqué que cette catégorie de malades est en général conduite à l'inanition par la crainte d'augmenter les malaises ou les douleurs qui surviennent au cours de la digestion. Le système nerveux entrant en scène, la crainte de l'alimentation devient rapidement une véritable phobie dont il est assez malaisé de délivrer les malades. Ceux-ci n'osent pas manger; les nerveux purs et simples, eux, ne veulent pas manger par suite d'une véritable perversion mentale.

Un malade peut être anorexique tout en ayant une ration alimentaire suffisante pour maintenir l'équilibre de ses forces et de son poids; d'autre part, il est difficile de déterminer si la ration alimentaire est suffisante ou non, en prenant pour criterium unique la somme de calories que représente cette ration alimentaire; en effet, telle ration, inférieure à la ration d'entretien normale, suffira cependant à maintenir le poids chez certains individus; telle autre au contraire, quoique supérieure à la normale, sera tout juste suffisante.

Le véritable criterium de l'inanition qu'entraîne l'anorexie nerveuse, c'est l'amaigrissement, preuve que l'individu vit aux dépens de sa propre substance. A côté de cette preuve clinique, grossièrement appréciable, il en est une que l'on tire de l'examen des urines; l'urée, les sels et notamment les chlorures tombent bien au-dessous du taux normal.

La séméiologie de l'anorexie et de l'inanition corrélative varie suivant qu'elles se manifestent chez des neurasthéniques, des hystériques ou de véritables déments.

Chez les neurasthéniques on peut d'ailleurs observer tous les degrés depuis les formes légères où souvent le malade ne s'alimente qu'insuffisamment, non seulement pour échapper aux malaises qui suivent le repas, mais encore par ignorance des lois de la nutrition jusqu'aux formes sévères et rebelles qui confinent à l'aliénation mentale et procèdent habituellement de l'hérédité. Ce qui caractérise l'état neurasthénique, c'est la tendance si marquée de tous les malades à l'auto-observation, à noter tous les phénomènes dont le tube digestif est le siège, à en interpréter la signification, à en exagérer ou dénaturer l'importance.... Chez les malades on retrouve les causes habituelles de l'état neurasthénique: préoccupations, surmenages, grossesses répétées, etc., qui, par différents mécanismes, diminuent les facultés digestives, rendent les digestions pénibles. Dès lors le malade a son attention attirée sur son estomac; il a tendance à rapporter à cet organe tous les malaises qu'il éprouve et pour peu qu'un médecin malavisé le traite en pur dyspeptique, lui conseille de modérer son alimenta-