

tion du malade à la suite de la guérison de l'aérophagie. Nous pourrions faire exception pour certaines conséquences directes de l'aérophagie, les troubles respiratoires et les troubles cardiaques.

FORMES CLINIQUES.

Suivant la profondeur de la pénétration de l'air dans le tube digestif, on distingue deux formes d'aérophagie: l'aérophagie œsophagienne et l'aérophagie gastrique. Notre description a porté sur l'aérophagie gastrique; le tableau clinique que présente l'aérophagie œsophagienne est le suivant:

Elle apparaît aussi chez des dyspeptiques nerveux. Mais la déglutition de l'air ne le fait pas pénétrer plus loin que le cardia qui n'est pas franchi. L'air est érucé très rapidement après sa déglutition, sauf dans les cas où il existe une dilatation de l'œsophage. L'alternance immédiate de la déglutition et de l'éruclation consécutive est le meilleur signe clinique qui puisse nous faire soupçonner une aérophagie œsophagienne.

Le diagnostic sera confirmé par la radioscopie. En examinant le malade en position oblique, on constatera l'augmentation de l'espace lumineux compris entre l'ombre cardio-aortique et l'ombre vertébrale. Si on fait ingérer à ces malades de la poudre de bismuth lycopodé, celui-ci s'arrête souvent au niveau du cardia et met ainsi en évidence le spasme de cet orifice.

L'aérophagie œsophagienne peut avoir des conséquences très fâcheuses. Le malade, se croyant gravement atteint, réduit son alimentation et les nombreux effets de l'inanition des dyspeptiques feront leur apparition. Le système nerveux en particulier est profondément touché.

(A continuer)