



DOTT. GIUSEPPE MICHETTI

Osservazioni cliniche e considerazioni sull'aerofagia

Estratto dal Policlinico (Sezione Pratica) anno XLVI (1939)

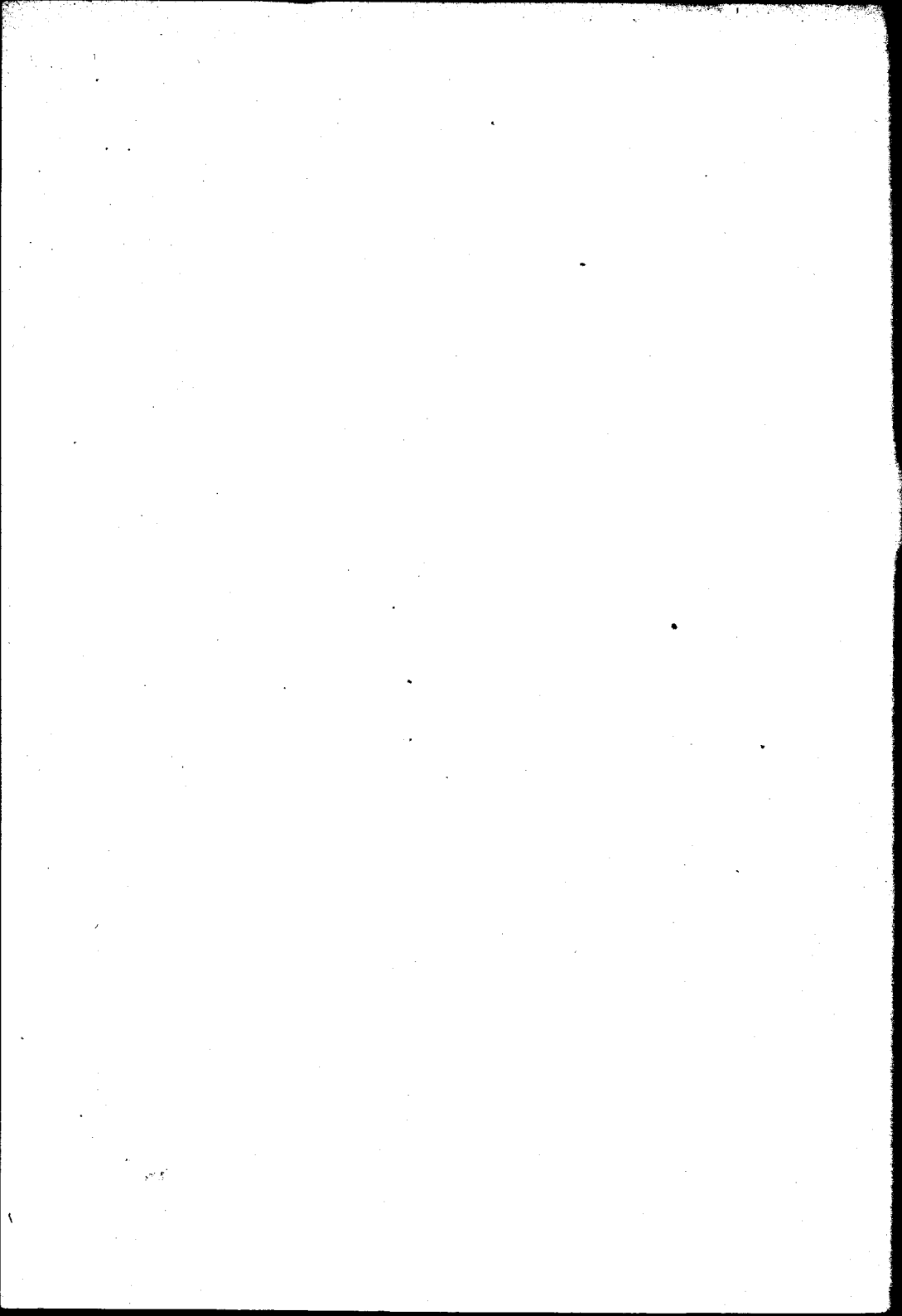


ROMA

AMMINISTRAZIONE DEL GIORNALE « IL POLICLINICO »

N. 14 — Via Sistina — N. 14

1939-XVII



ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
Direttore: Prof. G. SABATINI.

Osservazioni cliniche e considerazioni sull'aerofagia.

Dott. GIUSEPPE MICETTI, aiuto.

In questi ultimi anni da varie parti sono stati pubblicati lavori tendenti a negare l'esistenza dell'aerofagia o almeno ad essa la capacità di provocare disturbi morbosi di una certa entità. Al contrario è comparsa di recente una breve nota di Leven che ribadisce quello da lui già sostenuto in passato e cioè che l'aerofagia deve essere considerata come una vera e propria malattia, abbastanza frequente e capace di determinare sindromi multiformi (gastriche, circolatorie, respiratorie, ecc.), con una sintomatologia talvolta imponente o grave.

Nell'ambulatorio delle malattie dell'apparato digerente ammesso alla Clinica Medica ho avuto occasione di osservare con una certa frequenza casi di aerofagia passati inosservati e curati anche a lungo per altra malattia con terapie inefficaci e qualche volta perfino dannose.

Questo errore diagnostico, relativamente frequente a causa degli aspetti proteiformi che può assumere l'aerofagia, mi ha indotto a riprendere questo argomento per il quale tuttora permangono differenti valutazioni ed aggiornarlo nelle sue nuove acquisizioni specialmente terapeutiche, anche perchè ad esso in questi ultimi anni è stata dedicata una scarsa bibliografia: infatti a quanto mi risulta l'ultimo lavoro di rilievo pubblicato in Italia sull'aerofagia è quello di Diena comparso nel 1930.

Senza riportare la numerosa casistica osservata mi limiterò a riferire solo qualche caso dei più tipici e dimostrativi, inserendolo nella trattazione.

L'aerofagia che, come è noto, è caratterizzata dalla penetrazione di aria nelle vie digerenti, costituisce una sindrome la cui conoscenza risale a moltissimi anni addietro. Già Dejardin e Magendie sul principio del secolo scarso avevano riconosciuta la possibilità della deglutizione d'aria; in seguito l'argomento è stato oggetto di ampia trattazione specialmente da parte di Bouveret, di Mathieu e Follet, di Soupalt e della sua scuola. Fra gli allievi di Soupalt è stato specialmente il Leven che ha ripreso e sviluppato l'argomento in ogni sua parte, compresa la radiologica con la quale è stato possibile confermare in gran parte, con dati certi, quanto prima era stato stabilito su considerazioni spesso ipotetiche.

La frequenza dell'aerofagia stabilita su ampia casistica di ammalati dell'apparato digerente è secondo molti Autori (Mathieu, Soupalt, Mauban, Roux, Leven, ecc.) oscillante tra l'8 e il 12 %, ma è da credere, d'accordo con Diena, che tale percentuale sia da noi più alta e che ciò debba essere attribuito in parte al «preconcetto che l'eruttazione, che segue in generale alla deglutizione di aria, sia un segno di avvenuta digestione».

La penetrazione d'aria nelle vie digerenti

può essere volontaria e più spesso involontaria o almeno inavvertita; l'aria deglutita ed aspirata nello stomaco passa più o meno presto il piloro ed attraverso l'intestino. Di solito l'aria penetra nello stomaco senza determinare rumori ma allorché esiste uno spasmo del cardias l'aria deglutita può subito essere emessa con un'eruttazione rumorosa: si parla in questo caso di aerofagia esofagea o incompleta in quanto l'aria non riesce o penetra nello stomaco.

Meccanismo ed eziologia dell'aerofagia.

Vari sono i meccanismi invocati per spiegare la penetrazione di aria nello stomaco. Fra i più attendibili è utile ricordarne due e cioè quello sostenuto da Linossier e Pitres, i quali affermano che l'aria può arrivare nello stomaco a glottide chiusa, in seguito ad una contrazione più o meno violenta del diaframma che provoca un vuoto intratoracico e quello sostenuto da Mathieu, Mauban, Soupalt e Leven secondo i quali l'aerofagia è in dipendenza di movimenti di deglutizione sia a vuoto, sia di saliva (sciatofagia di Hayem).

L'introduzione di aria nello stomaco per un semplice meccanismo di aspirazione senza deglutizione, pur essendo possibile, è considerata piuttosto rara dalla maggioranza degli Autori che considera invece causa predominante dell'aerofagia l'aumento dei movimenti di deglutizione, accompagnato o no da scialorrea.

È anche da tener presente che una certa quantità di aria viene immessa nello stomaco insieme con i cibi (Dobrovici).

Ritenendo che quello riferito sia il meccanismo più frequente dell'aerofagia è evidente che tutte le condizioni capaci di determinare movimenti di deglutizione possono essere causa di aerofagia. Queste condizioni possono distinguersi in extragastriche ed intragastriche.

Fra le cause extragastriche più comuni e più facilmente curabili, capaci di provocare movimenti di deglutizione, vanno ricordati tutti gli ostacoli delle prime vie respiratorie (ostruzioni nasali, ipertrofie e deviazioni dei cornetti, vegetazioni adenoidee, tonsilliti e rinfaringiti croniche, ecc.) che si riscontrano spesso nei soggetti giovani e qualche volta anche nei bambini di tenera età.

Nella mia casistica ho avuto occasione di osservare questa causa di aerofagia ed ho potuto notare che in alcuni adenoidici vi sono disturbi dispeptici accompagnati talvolta da un'aerofagia di intensità varia che di solito scompare a breve scadenza dall'intervento operatorio.

Ricordo a tale proposito due bambini uno di 10 e l'altro 12 anni i quali hanno presentato

un quadro clinico e un andamento pressoché uguale e cioè da qualche mese accusavano dolori postprandiali diffusi, nausea, inappetenza, capogiri. In pochi mesi i pazienti erano diminuiti di peso e impalliditi. Un accurato esame generale esclude l'esistenza di lesioni a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio e digerente.

L'esame fisico dell'addome dimostrava timpanismo gastrico esagerato e l'indagine radiologica presenza di aria nello stomaco in quantità notevole. Esisteva inoltre spiccata ipertrofia tonsillare con uno stato infiammatorio subacuto delle fauci. Per motivi di indole generale e anche sospettando che i disturbi generali gastrici potessero esser dovuti ad aerofagia legata alla ipertrofia adeno-tonsillare, fu consigliato l'intervento. Già dopo pochi giorni dall'operazione i disturbi gastrici erano scomparsi e l'appetito ritornato normale; dopo un paio di mesi il peso corporeo era notevolmente aumentato e la sanguificazione si presentava nei limiti normali.

Numerose sono ancora le cause che determinano scialorrea e tutte capaci di provocare deglutizione di aria. Tra le più comuni ricorderò gli stati infiammatori della lingua, del palato duro, l'irritazione gengivale d'origine dentaria comprendendo fra queste quelle causate da applicazione di apparecchi di protesi irrazionali o mal fatti. Fra le cause rare capaci di provocare scialorrea e quindi aerofagia Leven ricorda l'irritazione della corda del timpano provocata da un tappo di cerume nel condotto uditivo e Mauban l'ipersecrezione faringea nei soggetti affetti da pertosse.

Le cause gastriche d'aerofagia entrano in causa molto di frequente. È noto come spesso negli aerofagi esistano disturbi dispeptici che è difficile valutare se siano primari e diano essi luogo all'aerofagia o se viceversa di questa siano la conseguenza. È certo però che le alterazioni gastriche in genere portano facilmente alla scialofagia e così alla aerofagia e gli stessi fenomeni si possono osservare nell'ulcera e nel carcinoma.

Anche le anomalie di posizione dello stomaco come la ptosi possono provocare, attraverso l'irritazione del plesso solare, disturbi secretori, sensitivi e motori gastrici ed anche scialofagia ed aerofagia. In questi casi i disturbi possono cessare o almeno diminuire rimuovendo o curando la causa dell'irritazione simpatica come può facilmente avvenire nel caso di una ptosi gastrica.

Numerosi sono i casi da me esaminati in cui ad una ptosi gastrica di grado elevato si associava aerofagia, anzi direi che nella maggioranza degli ptosici esiste una pneumatosi gastrica di varia intensità.

Un caso interessante osservato è quello che si riferisce ad un'operata di 31 anni che da anni

accusava disturbi dispeptici piuttosto notevoli accompagnati da eruttazioni in serie e spesso vomito.

La paziente era notevolmente magra, accusava dolori diffusi all'addome, senso di notevole tensione addominale, nausea e si rilevava timpanismo diffuso. Gli esami funzionali gastrici mettevano in evidenza una notevole gastrite ipocidica e l'esame radiografico una ptosi gastro-colica senza segni di lesioni organiche. La paziente era stata già sottoposta a varie terapie con scarso risultato. Nella persuasione che i disturbi dovessero essere riferiti ad una aerofagia e ad una irruzione del plesso solare dipendente dalla ptosi fu consigliato, oltre ad un trattamento ricostituente generale, una fascia addominale e diversi altri accorgimenti terapeutici (decubito obliquo destro dopo i pasti, enzimi gastrici, bromuri ecc.). Dopo pochi giorni i disturbi dispeptici, le eruttazioni, la nausea e i dolori scomparvero, lo stato generale migliorò notevolmente. Dopo due mesi circa fu abbandonata ogni terapia e ricomparvero i disturbi descritti. In seguito con la semplice fascia addominale la paziente è stata bene ed ha potuto riprendere il lavoro che da tempo aveva abbandonato.

Tra i fattori capaci di provocare aerofagia bisogna ricordare quelli psichici che spesso assumono importanza predominante. E specialmente l'isteria che si ritrova di frequente a determinare e mantenere la sindrome aerofagica ma anche altre malattie nervose come l'ipochondria, la demenza precoce, la paralisi progressiva, ecc., possono essere citate.

A volte il fattore psichico rappresenta la causa precipua dei disturbi ma più spesso esso interviene come elemento che si sovrappone a quelli prima ricordati acquistando, secondo i casi, un'evidenza maggiore o minore.

In proposito già Hayem aveva distinto una aerofagia primaria, espressione di una malattia del sistema nervoso ed una secondaria, più frequente, che si presenta in individui che dapprima erano soltanto gastropatici ed eventualmente sialofagi. Essi diventano successivamente neuropatici: dopo che hanno notato che la eruttazione è loro di sollievo ne favoriscono la produzione e da ultimo essa si produce da sé e in tal modo l'atto della deglutizione di aria, da volontario che era in principio, diventa automatico.

Semeiologia e diagnostica. — Lo studio semeiologico e clinico dell'aerofagia è di grande utilità per arrivare a una diagnosi esatta della malattia, potendo, come vedremo più avanti, essere essa all'origine di gravi disturbi funzionali a carico di altri organi che con la loro imponente sintomatologia possono alle volte mascherare la causa vera della sindrome morbosa.

I sintomi clinici dell'aerofagia devono essere ricercati sistematicamente ogni qual volta insorge il sospetto che il paziente in esame possa essere affetto da quel disturbo.

Alcuni dati per la diagnosi sono forniti dall'anamnesi. Attraverso un accurato interrogatorio si viene a sapere che l'ammalato ha frequenti eruttazioni; esso è preoccupato di espellere gas dallo stomaco perchè ciò gli procura un momentaneo sollievo e pertanto fa dei movimenti talvolta volontari, ma che più spesso sono involontari, assumendo quasi l'aspetto di un tic nervoso, che gli fanno deglutire aria. Qualche volta il disturbo è leggero e non provoca gravi conseguenze, altre volte invece la convinzione che lo stato di tensione epigastrica dopo i pasti, la difficoltà di digestione, e la continua emissione di gas dipendano da uno stato patologico grave del meccanismo digestivo inducono il paziente a limitare l'alimentazione con conseguente dimagrimento e perdita delle forze, ripugnanza al cibo per cui occorre tutta la forza persuasiva del medico curante a convincere questi ammalati che solo con una sufficiente alimentazione accompagnata da un'opportuna terapia possono migliorare il loro stato (Diena).

Tra i segni obiettivi di una certa importanza son da ricordare quelli a carico della mucosa linguale che assai spesso si presenta rossa, umida, lucente. Una lingua con tali caratteristiche in un soggetto da anni dispeptico deve metterci in guardia poichè essa è l'espressione di una salivazione abnormemente abbondante che continuamente la bagna, la irrita.

Talvolta la scialorrea, determinando frequenti movimenti di deglutizione, determina un'irritazione faringo-laringea che può provocare una sensazione molesta a livello del laringe che impedisce di portare colletti ed abiti un po' stretti.

Spesse volte il malato che inghiottisce aria in grande quantità non può dormire sul fianco sinistro poichè tale decubito gli provoca affanno e tachicardia assai molesta. Frequentemente questi soggetti anche se non coscienti del disturbo da cui sono afflitti, potendo alle volte mancare le eruttazioni, osservati attentamente durante la visita rivelano il loro disturbo con un movimento fatto allo scopo di inghiottire e che consiste in una flessione della testa avvicinando il mento al torace, quasi a toccarlo.

All'esame dell'addome è possibile spesse volte notare (specie se si esamina l'a. in piedi) la mancanza della fossetta epigastrica che

può essere sostituita da una bozza più o meno marcata da mettersi in rapporto all'aumentata tensione dello stomaco. Facendo respirare profondamente il malato la regione epigastrica resterà immobile o subirà una espansione durante l'inspirazione ed una retrazione nell'espiazione. Questo tipo di respiro deve ricondursi ad una inerzia relativa del diaframma immobilizzato dalla aumentata tensione endoaddominale.

La palpazione può rilevarci un aumento della consistenza epigastrica e la percussione zone iperfonetiche che possono estendersi a tutto l'addome ed anche a zone normalmente ottuse come ad esempio in corrispondenza della regione epatica, (concomitante aerocolia).

Qualche volta esiste guazzamento gastrico, altre volte una dolenzia palpatoria diffusa sulla regione epigastrica che può anche essere assai intensa su circoscritte zone si da simulare una lesione ulcerativa specie quando al reperto oggettivo corrisponde soggettivamente una sintomatologia dolorosa ad orario fisso. In questi casi spesso accompagnantisi a vomito e talvolta a un chimismo gastrico iperacido, la diagnosi può essere non facile e solo un accurato e ripetuto esame radiografico potrà dirci se si tratta di una vera lesione ulcerativa e solo di una gastrite spasmodica con aerofagia.

I casi del genere che capitano all'osservazione sono abbastanza numerosi. In genere trattasi di soggetti con una sintomatologia da ulcera, con presenza di punti dolorosi classici e di ipersecrezione ed ipercloridria agli esami funzionali. In qualche caso il reperto radiografico per una lesione duodenale non è netto ma neppure negativo per quanto riguarda i segni indiretti dell'ucera. Trattasi come ulcerosi essi non traggono beneficio, invece appena stabilito un opportuno trattamento tutta la sintomatologia facilmente scompare.

Non va dimenticato che qualche volta esiste una vera e propria ulcera accompagnata ad aerofagia per cui si debbono contemporaneamente curare le due malattie perchè anche se la lesione ulcerativa guarisce i disturbi dell'aerofagia possono essere tali da provocare una imponente sintomatologia che rende pressochè nullo il buon risultato ottenuto con la terapia dell'ucera.

Gli esami funzionali possono essere di qualche utilità e specialmente il sondaggio per conoscere lo stato del chimismo gastrico che molte volte si trova alterato, più spesso essendo l'acidità diminuita, talvolta aumentata. Tale ricerca serve soprattutto a svelarci la eventuale presenza di una gastrite che di fre-

quente preesiste o si associa e per indirizzare convenientemente la terapia dei disturbi digestivi.

Un esame molto utile per la diagnosi di aerofagia è quello radiologico.

Non è mio intendimento riferire sugli aspetti dei quadri radiologici che si riscontrano nell'aerofagia per cui rinvio ai trattati ed alle monografie speciali, però mi pare utile ricordare che esistono due distinti tipi di stomaci aerofagi: il grande e il piccolo stomaco. Il primo ha un volume tale per cui è possibile riconoscerlo all'esame clinico del paziente, il secondo sfugge invece all'indagine clinica perchè è spastico, contratto, non estensibile, pieno di una piccola quantità di aria che a causa degli spasmi e della contrattura delle pareti è sotto una pressione piuttosto elevata; è questa la varietà di aerofagia che può provocare notevoli disturbi, la patogenesi dei quali non è rilevabile che attraverso un esame radiologico. Inoltre l'esame radiologico è indispensabile per ristabilire una diagnosi di aerocolia che come è noto può alle volte simulare una appendicite, una colelitiasi, od una calcolosi renale.

* * *

Della sindrome aerofagica sono state fatte classificazioni varie partendo da differenti punti di vista. Una delle più semplici e più aderenti alla realtà clinica mi pare quella di Diena che distingue l'aerofagia a seconda che l'aria deglutita oltrepassa o no il cardias e il piloro.

Secondo tale classificazione l'aerofagia può essere:

- aerofagia esofagea pura,
- aerofagia gastrica con eruttazioni in serie,
- aerofagia con pura pneumatosi gastrica,
- aerofagia con pneumatosi gastro-intestinale.

Nel considerare un po' particolarmente le varie forme credo inutile trattare dell'aerofagia esofagea poichè in questa forma l'aria inghiottita viene emessa prima che oltrepassi il cardias ed anche perchè è piuttosto rara nella sua forma pura e quando esiste non provoca disturbi di una certa intensità.

Neanche credo opportuno di dilungarmi sull'aerofagia con pura pneumatosi gastrica (dilatazione gastrica acuta) dati gli scopi del presente lavoro; infatti questa forma di aerofagia la cui prognosi è assai grave conducendo non di rado (50-60 % dei casi) a morte il paziente, o che pare sia dovuta a paralisi acuta dello stomaco, è più di competenza chirurgica

che medica verificandosi nella grande maggioranza dei casi dopo interventi chirurgici gravi sullo stomaco o su organi addominali, in stretto rapporto con lo stomaco.

Maggiore importanza presentano invece le altre due forme che danno luogo: una precipuamente alla sindrome gastrica, l'altra alla sindrome intestinale dell'aerofagia.

Sindrome gastrica dell'aerofagia.

Questa forma (Morbus rectorius, dispepsia flatulenta) descritta in passato come dovuta ad anormali fermentazioni gastriche capaci di originare il gas emesso, è piuttosto comune e può essere causa di gravi disturbi non solo a carico dell'apparato digerente ma anche generale. Quasi tutti i pazienti affetti da tale disturbo sono dei dispeptici che accusano i più svariati sintomi digestivi (digestione lenta, rigurgiti, pirosi, ecc.) accompagnati da numerose e fastidiose eruttazioni. Le forme leggere guariscono curando la dispepsia, mentre le forme gravi persistono se non si cura, contemporaneamente alla dispepsia, l'aerofagia. Questa forma di aerofagia se non opportunamente curata può portare anche a gravi conseguenze quando, per la convinzione che l'eruttazione dipenda da una cattiva digestione il paziente, riduce poco a poco la sua dieta sino a limiti non compatibili con l'esistenza.

A tale proposito si può ricordare il caso di un autista, di anni 43, che accusava a digiuno una dilatazione gastrica che aumentava dopo i pasti e provocava dispnea, tachicardia, vertigini ed a volte vomito. Con una serie di eruttazioni i disturbi diminuivano notevolmente. Convinto che la sintomatologia riferita e le eruttazioni dipendessero da cattiva digestione ridusse a poco a poco la sua alimentazione sino ad un regime semiliquido assolutamente insufficiente, ma che però non gli procurava gravi noie. Il paziente in pochi mesi diminuì di circa 18 chilogrammi. L'è, preoccupato per questo stato di cose, consultò vari medici che lo curarono con scarso risultato, per dispeptico, colecistico, colitico, neuropatico ecc.. Stabilita la giusta diagnosi fu consigliato, oltre ad una opportuna terapia medicamentosa, un regime alimentare di riguardo ma abbondante. Dopo poco tempo scomparvero i disturbi a carico dell'apparato digerente ed il p. riacquistò il suo peso normale.

Fra i sintomi particolari dell'aerofagia gastrica va ricordato il vomito che qualche volta assume grande importanza sia per la frequenza che per la durata. Il vomito insorge a varia distanza di tempo dall'introduzione del cibo, ma per lo più dopo poco tempo ed è costituito in generale da succo gastrico mescolato a muco, saliva e bile, qualche volta vengono vomitate anche piccole quantità di cibo.

Alle volte è difficile interpretare l'origine di questi vomiti senza un accurato esame di tutti i segni clinici e senza il sussidio di un esame radiologico trattandosi di forme discrete di aerofagia con scarse eruttazioni, scarsa scialorrea, e senza distensione gastro-intestinale apparente.

Secondo qualche A. un buon numero di vomiti incoercibili della gravidanza sarebbero determinati dall'aerofagia esistendo frequentemente nei primi mesi di gravidanza una abbondante scialorrea che sarebbe, per il meccanismo già descritto, all'origine dell'aerofagia e dei vomiti.

Ricorderò ancora come debbasi qualche volta attribuire a questo tipo di aerofagia il singhiozzo prolungato e doloroso che così fastidioso dà a inalati che ne sono colpiti.

Sindromi intestinali dell'aerofagia.

(Aerofagia con pneumatosi gastro-intestinale; aerocolia).

È questa la forma di aerofagia in cui mancano le eruttazioni poichè l'aria una volta introdotta nello stomaco non può essere emessa o per uno spasmo o per altre particolari condizioni del cardiac che funziona da valvola. L'aria una volta penetrata nello stomaco lo dilata, quindi oltrepassando rapidamente l'intestino tenue, penetra nel colon raccogliendosi di preferenza nella flessura epatica e splenica. L'aerocolia può essere all'origine di importanti disturbi a carico dell'intestino simulando anche sindromi che traggono origine da organi assai diversi.

La sintomatologia dell'aerocolia può essere quella di una banale colite mucosa da cui spesso è difficile differenziarla. Un buon numero di ammalati si lagna di dolenzia addominale di intensità variabile localizzata in corrispondenza dell'angolo epatico e dell'angolo splenico del colon. Quando i dolori sono prevalenti o esclusivi da un lato si può essere indotti facilmente in errore supponendo l'esistenza di un'appendicite, di una colecistite, ecc.

Altre volte il malato prova una sensazione dolorosa a sbarra localizzata sul colon trasverso che può o no accompagnarsi a dolore agli ipocondrii. Questa sensazione dolorosa può qualche volta essere assai violenta e localizzata alle zone sopra dette oppure diffusa a tutto il colon ed anche spostarsi nei vari segmenti del colon provocando frequentemente nausea, vertigini e disturbi circolatori, specie quando s'arresta all'angolo splenico del colon.

Sono state descritte da alcuni autori, come

dovute ad acrocolia, delle reazioni coliche gravi accompagnatesi a febbre, vomito, polso frequente, ecc. simulanti una peritonite acuta od una occlusione intestinale. Questi casi piuttosto rari possono essere causa di gravi errori diagnostici e terapeutici per cui è consigliabile davanti ad un malato che presenti una poco chiara sintomatologia addominale acuta tenere presente anche questa possibilità.

Un disturbo che si riscontra spesso negli aerofagi con pneumatosi gastro-intestinale e che arreca un fastidio che si può dire sociale è quello della emissione di gas che può alle volte essere abbondantissima specie se associata ad una dispepsia fermentativa.

Anche la stitichezza ostinata può essere legata all'aerofagia e solo con una opportuna terapia diretta in tale senso si possono ottenere risultati che possono anche essere brillanti.

Disturbi a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio negli aerofagi.

Tenendo presente come lo stomaco e l'intestino allorquando sono ripieni di aria sollevano il diaframma diminuendo il diametro verticale del torace e respingendo in alto il cuore si comprende facilmente la frequenza e talvolta la gravità dei sintomi circolatori e respiratori riscontrabili negli aerofagi.

Essi sono ben conosciuti e vi accennerò solo brevemente. E da ricordare che alcuni Autori ritengono questi disturbi non puramente di natura meccanica poichè l'influenza degli organi della digestione si può esercitare anche per via umorale e nervosa (Bouquet).

Il disturbo cardiaco più frequente è forse costituito dalle extrasistole.

Un altro dei sintomi comuni dell'aerofagia gastro-intestinale è la dispnea da sforzo che insorge dopo i pasti e diminuisce con il progredire della digestione talvolta scomparendo dopo tre, quattro ore dall'ingestione di cibo. Qualche volta la dispnea s'accompagna ad una sensazione dolorosa o di oppressione in corrispondenza della regione precordiale, sintomi questi che come la dispnea si osservano comunemente nei cardiaci ma che però non sono in rapporto così stretto ai pasti come negli aerofagi pur potendo anche il malato di cuore presentare dopo i pasti una accentuazione della dispnea che però ha un carattere di continuità.

È tipico il caso di un pensionato di 73 anni inviato all'ambulatorio perchè sofferente di disturbi consistenti in senso di gonfiore, nausea ed eruttazioni, palpitazioni, dispnea, senso di oppressione precordiale e diminuzione della memo-

ria e riferiti ad arteriosclerosi specialmente del cuore e dei vasi.

I disturbi erano intensi due, tre ore dopo i pasti ed andavano diminuendo cinque, sei ore dopo l'ingestione del cibo. Il p. era assai preoccupato del suo stato temendo di morire improvvisamente durante una di queste crisi.

Esaminato attentamente il p. non presentava segni di gravi alterazioni a carico del cuore e delle arterie ma piuttosto segni riportabili all'aerofagia. Infatti tutti i disturbi riferiti scomparvero dopo poco tempo con poche prescrizioni dietetiche e igieniche atte a combattere l'aerofagia gastro-colica.

Qualche volta la dispnea aerofagica che suole diminuire di intensità a misura che l'ora del pasto si fa più lontana, può comparire tardivamente di notte alla stessa ora a tipo di accesso asmatico di cui non è sempre facile determinare la vera natura.

Sono stati descritti da vari autori casi di astiplosia acuta, di ipertensione arteriosa, di tachicardia, di vertigini ed anche di sincope da mettere in relazione all'aerofagia ma questi casi sono piuttosto rari e di assai difficile e dubbia interpretazione e di solito i disturbi non possono essere riferiti alla sola aerofagia essendo in generale compromessi, più o meno gravemente, anche altri organi.

Di notevole interesse terapeutico e prognostico è la distinzione fatta dal Leven sui rapporti tra aerofagia ed apparato circolatorio distinguendo questo autore gli aerofagi a sintomatologia cardiovascolare, senza lesioni anatomiche, dai cardiopatici in cui la lesione anatomica è aggravata dall'aerofagia. I disturbi dei primi possono scomparire completamente con una opportuna terapia contro l'aerofagia, nei secondi invece la prognosi è legata più alla gravità della lesione cardiovascolare in atto che alla pneumatosi gastro-intestinale.

Si comprende anche facilmente come una notevole distensione dello stomaco e del colon dovuta all'aerofagia gastro-intestinale possa provocare dei disturbi respiratori.

Infatti in quasi tutti gli aerofagi il diametro verticale della gabbia toracica è più o meno diminuito ciò che può provocare una sintomatologia simile a quella che si riscontra solitamente negli enfisematosi ma che rapidamente scompare con un trattamento diretto contro la pneumatosi gastro-intestinale. Altre volte si può osservare una sintomatologia asmatica; l'aerofagia può anche riuscire dannosa sulla funzionalità respiratoria durante il decorso di lesioni polmonari acute.

Terapia. — Fatta la diagnosi di aerofagia, cosa non estremamente facile poichè in un

gran numero di casi si tratta di forme fruste, si dovrà stabilire un'opportuna terapia.

Questa non è unica poichè per ogni varietà di aerofagia esiste una appropriata cura.

Volendo però schematizzare si possono così raggruppare i principali mezzi terapeutici:

Trattamento del tic di deglutizione; trattamento dell'insufficienza motoria del diaframma; terapia medicamentosa; regimi alimentari.

Cura del tic di deglutizione. — Pur essendovi numerosi mezzi per curare l'aumentata frequenza delle deglutizioni sarà bene contare soprattutto sulla volontà del malato avvertendolo dell'importanza che l'atto della deglutizione, volontario o no, ha nella genesi dei suoi disturbi. Per alcuni malati ciò può essere abbastanza facile perchè la deglutizione di aria si compie con un movimento caratteristico (flessione del capo con avvicinamento del mento al torace) che se conosciuto, può essere utile per evitarla.

Poichè in molti soggetti il movimento di deglutizione è involontario e perciò non avvertito sono stati escogitati alcuni mezzi atti ad avvertire oppure a rendere difficile l'introduzione di aria nello stomaco. Così una cravatta un po' stretta al disopra delle cartilagini crico-tiroidee, pur non provocando un eccessivo fastidio, determina durante l'innalzarsi del laringe una sufficiente sensazione sgradevole che ricorda all'ammalato la necessità di non deglutire. Può essere utile far mettere tra i denti un oggetto (bocchino per sigarette, ecc.) che tenendo la bocca meccanicamente aperta non permette la deglutizione. Per il fatto che con la chiusura delle narici non si può deglutire senza che si produca un dolore auricolare, a causa dello squilibrio della pressione bucco-auricolare, Sicard consiglia una pinza nasale o Leven il tamponamento delle fosse nasali, accorgimenti che, determinando una deglutizione dolorosa, ricordano all'aerofago la proibizione avuta di compiere tale atto.

Quando l'aerofagia è legata ad una ptosi gastrica una fascia elastica può alle volte far cessare il tic di deglutizione unitamente ad altri disturbi dovuti alla ptosi che irrita meccanicamente il plesso solare (tachicardia, ipotensione arteriosa, ecc.).

Cura dell'insufficienza diaframmatica. — Parlando dei disturbi circolatori e respiratori che si riscontrano negli aerofagi ho già detto come l'aerofagia gastro-intestinale provichi una alterazione nei movimenti del diaframma a causa dell'anomalo sollevamento dovuto alla

distensione gassosa dello stomaco e dell'intestino. Detta insufficienza diaframmatica che può provocare notevoli disturbi circolatori e respiratori deve essere curata facendo praticare all'ammalato una opportuna ginnastica respiratoria.

Gli esercizi consigliati allo scopo sono numerosi ma il più semplice e di più facile applicazione e che spesse volte, se ben applicato, dà dei buoni risultati è quello descritto da d'Arsonval e Leven. Il metodo consiste in una serie di aspirazioni prolungate che dovrà ripetersi per 5-6 volte di seguito varie volte nella giornata in modo da raggiungere in totale un centinaio di espirazioni. L'espirazione che deve essere totale e fatta lentamente (il soggetto deve immaginare di avere davanti a sé una candela sulla quale espirando dovrà piegare la fiamma senza spegnerla, (« Proceré de la Bougie ») provoca una violenta immissione di aria nei polmoni che solleva il torace ed abbassa il diaframma.

Con questo semplicissimo metodo di ginnastica respiratoria diaframmatica che può essere sempre ed ovunque praticato non richiedendo movimenti di braccia o di gambe e nessun apparecchio speciale, si possono realizzare dei notevoli risultati terapeutici specie in quegli aerofagi che presentano disturbi circolatori e respiratori (dispnea, tachicardia, aritmia, dolori addominali; dolori anginoidi, ecc., ecc.).*

Terapia medicamentosa. — L'aerofagia come si è visto, si associa, quando non è una conseguenza, ad una forma di gastrite ed a facile stato spasmodico che può essere localizzato in un qualsiasi tratto delle vie digerenti; per questi motivi nella terapia medicamentosa dell'aerofagia non si ha una grande varietà di sostanze realmente efficaci.

I disinfettanti del tubo gastroenterico, le polveri assorbenti usate in passato quando si riteneva l'aerofagia legata ad una anormale fermentazione sono stati da tempo abbandonati essendosi dimostrati inutili.

Fra i medicamenti utili per modificare e influenzare beneficamente la irritabilità del plesso solare, la gastrite, la secrezione, la motilità gastrica e la scialorrea sono da tenere presenti il carbonato di bismuto e il bromuro di sodio, infatti la loro azione combinata è assai utile nelle forme gravi di aerofagia. Si potrà tenere presente che il carbonato di bismuto agisce specialmente sulla scialorrea e sui fenomeni d'origine gastrica mentre il bromuro di sodio influenza più i fatti dolorifici e spasmodici. Il carbonato di bismuto ha azione

anche a dosi relativamente deboli (gr. 2-5 pro die) ma deve essere somministrato frazionato durante la giornata (4-6 volte prima dei pasti) il bromuro di sodio, alla dose di gr. 1,50-3 al giorno è utile se somministrato fra i due pasti principali ed alla sera prima di andare a letto.

L'associazione a piccole dosi di luminal al bromuro, per l'azione sinergica che i due medicamenti svolgono è molto utile in quei casi ostinati, con prevalenza agli spasmi e nei quali bisognerebbe somministrare dosi troppo elevate di bromuro di sodio per avere un buon risultato. In questi ultimi tempi ho provato con risultati ottimi l'associazione di bromuro di sodio (gr. uno) ed atropina (mgr. uno) somministrati per via endovenosa. Questa terapia, associata al carbonato di bismuto per via orale è particolarmente adatta nei casi in cui è presente una notevole gastrite associata a spasmi dolorosi perchè con essa oltre ad ottenere risultati positivi dopo pochissimi giorni si viene ad eliminare una nuova causa di irritazione della mucosa quale può essere il bromuro di sodio somministrato a dosi relativamente elevate.

Regime alimentare. — Il regime alimentare assume un ruolo importante quando l'aerofagia dipende da una gastrite che ha determinato la scialorrea e gli spasmi da cui si origina la deglutizione dell'aria.

In passato veniva raccomandato per qualche giorno un regime latteo assoluto con graduale passaggio entro 6-8 giorni ed una dieta semiliquida (purée, semolini, tuorli d'uovo) e quindi ad un regime di riguardo.

Oggi si preferisce piuttosto un regime largo escludendo poche sostanze che possono in un modo o nell'altro essere nocive quali il pane (permettendo il pane biscottato ed i grissini), i cereali, il vino, la birra, gli alcoolici in genere, le droghe, i salumi, gli alimenti troppo grassi o troppo oleosi, i cavoli, i cavolfiori, i fagiolini verdi, le insalate, i gelati, le acque gazoze. Ben di rado sono da escludere altri alimenti. È da consigliare una buona masticazione anche delle purée spiegando al malato l'importanza di ordine chimico che motivano questo avvertimento che a lui sembra strano.

È anche da preoccuparsi che oltre ad un sufficiente apporto di calorie siano presenti nella dieta tutti i sali e tutte le vitamine necessarie poichè capita abbastanza spesso di veder prescritti regimi che col tempo conducono il p.

ad uno stato carenziale di sali o di vitamine che possono provocare anche disturbi di notevole importanza.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce brevemente su quanto in precedenza altri Autori hanno scritto sull'aerofagia, quindi si sofferma a descrivere minutamente il meccanismo, l'eziologia e la semeiologia della malattia. Riportata la classificazione, ritenuta dall'A. la più semplice e più aderente alla clinica, che distingue l'aerofagia in esofagea, gastrica con eruttazioni in serie, gastrica con p^uta pneumatosi gastrica ed aerofagia con pneumatosi gastro-intestinale, descrive le sindromi gastriche, le sindromi intestinali ed i disturbi circolatori e respiratori dell'aerofagia.

L'A. non ritenendo opportuno riferire completamente la vasta casistica osservata descrive alcuni casi che possono per motivi vari essere dimostrativi per la conoscenza dell'aerofagia, spesse volte mascherata da una sintomatologia anche imponente riferibile ad altri organi.

Il lavoro termina con un capitolo sui vari mezzi terapeutici che devono mirare a far scomparire il tic di deglutizione, a vincere l'insufficienza motoria del diaframma, a combattere con opportuni medicamenti ed un appropriato regime gli spasmi dolorosi e la concomitante dispepsia.

BIBLIOGRAFIA.

- BOUCHER. *Monde Médical*, 5 settembre 1912.
 CEONI. *Policlinico*, 1908.
 Id. *Min. Med.*, 1923.
 DIENA. *Minerva Medica*, n. 14, 7 aprile 1930.
 D'ARSONVAL. *R. Soc. des Sciences*, 17 novembre 1924.
 DOBROVICI. *Thèse de Paris*, 1907.
 ENRIQUEZ e DURAND. *Mouvement Médical*.
 EWALD. *Klinik der Verdauungskrankheiten*, Berlino, 1890.
 HAYEM. *Arch. des mal. de l'appareil digest. et de la nutrition*, gennaio 1907.
 LEVEN. *Presse Médicale*, n. 44, 1° giugno 1938.
 Id. *Soc. de Thérapeutique*, novembre 1913.
 Id. *La Dyspepsie*, Paris, 1922.
 Id. *L'aerophagie*, Masson, Paris, 1934.
 LOEPEL e ESMONET. *Monde Médical*, 15 aprile 1913.
 LINSSEIER. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1° marzo 1901.
 MATIEU et ROUX. *Pathologie gastro-intestinale*. Doim, Paris, 1909.
 MAUBAN. *L'aerophagie*, Paris, 1910.
 MOUTIER. *Archives des Mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, settembre 1912.
 ROGER. *Alimentation et digestion*. Paris, 1907.
 SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*. Bailière, Paris, 1906.

~~332530~~

58756





"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da Guido Baccelli e Francesco Durante
diretto dai proff. CESARE FRUGONI e ROBERTO ALESSANDRI

Collaboratori: Clinici, Professori e Dottori Italiani e stranieri
Si pubblica a ROMA in tre sezioni distinte:

Medica - Chirurgica - Pratica

IL POLICLINICO

nella sua parte originale (Archivi) pubblica i lavori dei più distinti clinici e cultori delle scienze mediche, riccamente illustrati, sicchè i lettori vi troveranno il riflesso di tutta l'attività italiana nel campo della medicina, della chirurgia e dell'igiene.

LA SEZIONE PRATICA

che per sè stessa costituisce un periodico completo, contiene lavori originali d'indole pratica, note di medicina scientifica, note preventive, e tiene i lettori al corrente di tutto il movimento delle discipline mediche in Italia e all'estero. Pubblica accurate riviste in ogni ramo delle discipline suddette, occupandosi soprattutto di ciò che riguarda l'applicazione pratica. Tali riviste sono redatte da studiosi specializzati.

Non trascura di tenere informati i lettori sulle scoperte ed applicazioni nuove, sui rimedi nuovi e nuovi metodi di cura, sui nuovi strumenti, ecc. Contiene anche un ricettario con le migliori e più recenti formule.

Pubblica brevi ma sufficienti relazioni delle sedute di Accademie, Società e Congressi di Medicina, e di quanto si viene operando nei principali centri scientifici.

Contiene accurate recensioni dei libri editi recentemente in Italia e fuori.

Fa posto alla legislazione e alla politica sanitaria e alle disposizioni sanitarie emanate dal Ministero dell'Interno, nonché ad una scelta e accurata Giurisprudenza riguardante l'esercizio professionale.

Prospetta i problemi d'interesse corporativistico e professionale e tutela efficacemente la classe medica.

Reca tutte le notizie che possono interessare il ceto medico: Promozioni, Nomine, Concorsi, Esami, Cronaca varia, dell'Italia e dell'Estero.

Tiene corrispondenza con tutti quegli abbonati che si rivolgono al « Policlinico » per questioni d'interesse scientifico, pratico e professionale.

A questo scopo dedica rubriche speciali e fornisce tutte quelle informazioni e notizie che gli vengono richieste.

LE TRE SEZIONI DEL POLICLINICO per gl'importanti lavori originali, per le copiose e svariate riviste, per le numerose rubriche d'interesse pratico e professionale, sono i giornali di medicina e chirurgia più completi e meglio rispondenti alle esigenze dei tempi moderni.

PREZZI DI ABBONAMENTO ANNUO		Italia	Estero
Singoli:			
1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70	—	115
1-a) Alla sola sezione medica (mensile)	55	—	65
1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	55	—	65
Cumulativi:			
2) Alle due sezioni (pratica e medica)	110	—	165
3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	110	—	165
4) Alle tre sezioni (pratica; medica e chirurgica)	140	—	195
Un numero della sezione medica o chirurgica	L. 6,	della	pratica L. 4

Il Policlinico si pubblica sei volte il mese.

La Sezione medica e la Sezione chirurgica si pubblicano ciascuna in fascicoli mensili illustrati di 48-64 pagine ed oltre, che in fine d'anno formano due distinti volumi.

La Sezione pratica si pubblica una volta la settimana in fascicoli di 32-36-40 pagine, oltre la copertina.

► Gli abbonamenti hanno unica decorrenza dal 1° di gennaio di ogni anno ◀

L'abbonamento non disdette prima dal 1° Dicembre, si intende confermato per l'anno successivo

Indirizzare Vaglia postale, Cheques e Vaglia Bancari all'editore del "Policlinico", LUIGI POZZI

Uffici di Redazione e Amministrazione: Via Salaria, 14 — Roma (Telefono 42-302)