

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 6 (1950)

Heft: [1]: Giornate mediche italo-svizzere = Journées médicales italo-suissees = Italienisch-schweizerische medizinische Tagung

Artikel: Sul dolore addominale come sintoma di lesione dell'apparato genital femminile

Autor: Bacialli, Luigi

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-309025>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Clinica Ginecologica della Università di Bologna
Direttore: Prof. *Luigi Bacialli*

Sul dolore addominale come sintoma di lesione dell'apparato genitale femminile

Luigi Bacialli

Nonostante che la importanza del problema del dolore sia sempre stata in primo piano nella medicina, una mole imponente di lavoro è sorta in questi ultimi tempi per un migliore riconoscimento di esso e per una migliore direttiva sia per attutirlo, sia per valorizzarlo in senso diagnostico, curativo e di orientamento. Questo affannoso ritorno sul problema del dolore significa che prima di ora e in tanto svolgersi di anni questo supremo elemento morboso non era stato profondamente indagato nelle sue origini e nei suoi effetti e appare senza dubbio strano che nella secolare esperienza di tanti uomini e di così alti scienziati non sia stato studiato con quella esattezza e con quella profondità che si rendevano necessarie sia per lenirlo, sia per indagarne esattamente le cause e per la conseguente indagine delle malattie che lo producevano.

Le ricerche che possiamo dire attuali fanno capo alle constatazioni di *Lemaire* nel 1924 che notò come certi dolori viscerali scomparissero con la anestesia cutanea «*loco dolenti*».

Questo dolore viscerale è in modo particolare degno di studio e di ricerca nel campo ginecologico ove è in certe circostanze quasi fisiologico e dove comunque, per i suoi peculiari caratteri di sede, di frequenza e di intensità, occupa importanza singolare anche sotto l'aspetto fisico del soggetto nel quale si manifesta. In molte affezioni infatti esso è di sovente l'unico sintomo che avverte la paziente e che la induce a trattamento curativo. Spesso il dolore viscerale non trova corrispondenti ed apprezzabili lesioni a carico dell'apparato genitale o di quello intestinale e della sierosa peritoneale, dal che ne deriva quell'estenuante pellegrinaggio di molti soggetti presso svariati medici con risultato negativo e con le note ripercussioni sulla psiche e sulla vita quotidiana di queste inferme.

Non insisto su maggiori particolari in proposito perchè ciò è frutto ben noto della nostra esperienza, ma credo utile accennare, prima di ogni

altra considerazione, a quei dati che sono oggi in nostro possesso e che devono essere ritenuti come elementi essenziali in ogni studio dell'apparato genitale femminile.

Le *componenti necessarie* del dolore sono costituite dagli stimoli dolorifici degli organi di recezione, dalle vie e dal meccanismo di trasmissione e dai centri di interpretazione. Nel campo della sensibilità viscerale l'approfondirsi degli studi ha determinato che il valore algesiogeno deve attribuirsi a stimoli molto diversi fra di loro: secondo *Lemaire*, essi sarebbero qualitativamente specifici per ogni organo, nel senso che ciascun organo risponde in modo particolare ad una stessa eccitazione: secondo *Lugaro* ogni sensazione normale è capace di divenire algogena solo se varia la sua intensità e secondariamente in dipendenza della recettività del viscere. A ciò *Lunedei*, *Hunter* ed altri aggiungono che lo stimolo oltre la intensità debba possedere una sufficiente durata. Questi stimoli che *Paroli* ha chiamati «*Eccitazioni efficaci*» sono lo *spasmo*, la *distensione*, la *ischemia*, l'*iperemia venosa* e l'*infiammazione*. Vi è poi un'altro gruppo di stimoli algesiogeni che sono stati definiti «*meccanici*» quali la *compressione*, lo *stiramento* e la *tensione*.

La normale tensione delle tuniche muscolari lisce dei visceri, sia attiva che passiva è secondo *Ryle* ed altri AA. numerosi, l'origine principale del dolore viscerale in unione a quella tensione muscolare che si verifica molto spesso nel campo ginecologico. La *distensione* invece considerata da molti come entità algesiogena a sè stante è dovuta ad aumento di tensione muscolare in questo caso passiva (ematometra, mola vescicolare, gravidanza tubarica idro- ed emato-salpinge). L'*ischemia*, ritenuta da certi AA. come fattore principalissimo nella genesi di molti dolori viscerali specie in quelli da infarto pare però non abbia in realtà il valore che le era stato attribuito e che, al contrario, non sia da considerarsi come fattore algesiogeno di per sè stessa: starebbero a conferma di tali ipotesi l'assenza di dolore in una grande percentuale di infarti. Anche nel campo ginecologico il suo valore sembra trascurabile.

L'*iperemia* invece, come elemento algesiogeno è di importanza molto maggiore ed il suo meccanismo per la produzione del dolore è stato variamente interpretato da *Salmon*, *Lunedei* e da *Desousa Pereira* che fra l'altro ammette l'intervento di stimoli chimici atti a provocare il dolore. In ginecologia giuoca particolare ruolo la stasi così frequente nel varicocele pelvico, nelle retro-versioni uterine ed in certe forme annessiali.

Il meccanismo del dolore provocato da *infiammazione* ha avuto le più diverse interpretazioni fra le quali quelle recenti di *Ryle*, *Mussey* e *Wilson* che attribuiscono l'origine di esse quasi esclusivamente alla distensione meccanica e a compressione degli organi flogistizzati in opposizione

a coloro che hanno giudicato nello spostamento dell'equilibrio acido-base verso l'acidosi l'origine del dolore nei processi infiammatori.

La *congestione* sia attiva che passiva con i suoi particolari meccanismi di azione tiene posto di minore importanza nella manifestazione dolorosa: nella massima parte delle infiammazioni viscerali, a meno che non siano cointeressate le sierose parietali o non intervengano fatti meccanici di distensione, si nota certo silenzio dei sintomi dolorosi.

Per gli stimoli algesiogeni da *compressione* la sensibilità dei genitali interni femminili è varia: massima nell'ovaio, minore negli annessi, minima o nulla nell'utero.

Di maggiore valore algesiogeno appaiono lo stiramento e la torsione in rapporto al fatto che essi si esplicano per lo più sui peduncoli riccamente innervati (ptosì viscerali, prolapsi genitali, tumori annessiali, tumori uterini pedunculati).

Le opinioni sulla recettività dolorosa degli organi interni sono attualmente in netto contrasto fra di loro, comunque essa presenta grandissime differenze nei vari organi e tra le varie parti dello stesso organo: è massima per le sierose parietali, minore per gli organi muscolari, minima nei parenchimi.

Grande oscurità e incertezza esiste tuttora sulle *vie e sul meccanismo di trasmissione* del dolore e mentre le più antiche teorie negavano una sensibilità viscerale intrinseca, secondo moderne esperienze, quali quelle di *Lewis e Kellgren*, questo dolore viscerale è portato dalla stimolazione diretta di un sistema comune di fibre nervose: secondo *Mussey* tali impulsi dolorosi sarebbero generalmente associati a quelli afferenti che producono, in via riflessa, reazione motoria e sensitiva.

Per le teorie atte a spiegare le vie ed il meccanismo di trasmissione degli impulsi algesiogeni ricordo la teoria di *Lennander* e quella di *Mackenzie* che chiama «riflesso viscerosensitivo» il fenomeno dell'iperestesia cutanea di origine viscerale. La topografia delle zone iperestetiche è stata studiata da numerosi AA. fino ad essere oggi note sotto il nome «zone di Head».

Il fenomeno comunicato nel 1924 all'Accademia di Medicina Belga da *Lemairé* sugli effetti della anestetizzazione cutanea si è rivelato come ausilio prezioso nella diagnostica differenziale e soprattutto in quella dell'addome. Nel campo ginecologico il numero delle ricerche a stabilire le connessioni neuromeriche dei visceri utilizzando tale mezzo è ancora scarso, tuttavia i risultati finora ottenuti e fra gli altri quelli di *Paroli* sono estremamente interessanti. Si è potuto giungere ad una precisazione più esatta delle sedi di elezione cutanea del dolore viscerale riflesso e

a delimitare un complesso topografico che può indicare con notevole precisione per ogni viscere, le zone di risonanza superficiale del dolore. Con l'anestesia «loco dolenti» le approfondite ricerche di *Paroli* ci permettono di ritenere che le sedi di elezione dei dolori provenienti dall'apparato genitale si trovano quasi tutte nel XII^o metamero dorsale e nel I^o lombare. In senso schematico esse appaiono per gli annessi in un focolaio principale anteriore situato alla metà di una linea riunente la spina I.A.S. col pube e con zona di diffusione in L₂ ed L₃, ed in un altro focolaio secondario posteriore paravertebrale.

Per il corpo e per il collo uterino si sono stabilite distinte innervazioni sensitive; la sede di elezione per i dolori del corpo è stata rinvenuta sulla regione sopra pubica in campo D₁₂ ed L₁ con diffusione verso l'ombelico in D₁₁ e D₁₀. Per i dolori partenti dal collo due focolai parietali: uno nella stessa sede sopra pubica del dolore del corpo senza però diffusioni circostanti ed un altro principale a sede posteriore in campo S₂, S₄ in corrispondenza cioè pressapoco della losanga di *Michaelis*.

Quanto al meccanismo della *trasmissione del dolore* attraverso le vie nervose devo limitarmi a ricordare gli studi di *Verger*, *Danielopolu*, *Lemaire*, *Sichard e Lichtwitz*, *Lugaro*, *Sfameni e Lunedei* ed altri.

Per l'*interpretazione* del dolore è noto come esso muti da individuo a individuo e come in esso possa variare a seconda del suo stato fisico e mentale. La componente psichica del dolore nelle pazienti ginecologiche entra in notevole grado a far parte del quadro clinico: talvolta ne è la conseguenza, talvolta la causa. Giuocano pure sulla interpretazione del dolore lo sviluppo intellettuale dell'individuo ed il fattore sociale: l'attenzione della donna è fortemente polarizzata alla sua propria vita sessuale collegata ad un ciclo ben definito che presenta i ben noti fenomeni al suo inizio ed alla sua fine e che trova cospicua manifestazione nella gravidanza.

Turbe psichiche della più varia entità sono secondarie ad affezioni ginecologiche fino al punto di farle raggruppare da *Bonafos e Laffont* in sindromi da «eccitazione» e sindromi da «depressione». E' stato detto che in casi di annessiti o retroflessioni la componente psichica secondaria alla sindrome dolorosa può assumere caratteri di tale gravità da superare quello della affezione primitiva e si può bene affermare che se tenessimo nel dovuto conto queste constatazioni gli interventi operativi, ancora oggi così numerosi, atti a raddrizzare un utero retro-flesso diminuirebbero grandemente di frequenza. *Hadler* a questo proposito felicemente ed acutamente si espresse: «non è l'utero flesso ma la psiche flessa che bisogna raddrizzare».

Quanto alle *manifestazioni fisiche* del dolore nel campo genitale è il

caso di richiamare soltanto quelle a «distanza» che possono apparire coi più diversi caratteri o come visceralgie vere e proprie oppure con dermalgie: ricordo le gastropatie uterine, le manifestazioni dolorose epatiche, delle vie biliari, dell'appendice. La distribuzione delle dermalgie nelle affezioni utero-annessiali è delle più varie: esse, in unione a numerose altre manifestazioni all'ipocondrio, al torace, alla mammella, costituiscono insieme alla varietà delle visceralgie un punto culminante nella difficile diagnosi di affezioni dell'apparato genitale femminile specie quando le alterazioni apprezzabili di esse siano scarse, nei frequenti casi cioè nei quali ripetuti esami combinati nulla fanno rilevare a carico dell'utero, degli annessi, del peritoneo viscerale e di quello parietale.

Oltre alle reazioni sensitive, il dolore, come è ben noto, produce reazioni motorie, vegetative e di relazione. Riflessi dolorosi, oltre a quelli universalmente noti, sono apparsi a carico della laringe per introduzione di isterometro o di dilatatori al passaggio di questi all'orificio interno o per le trazioni eseguite sull'utero. Per la grande varietà di questi ed altri fenomeni per lo più descritti come «riflessi» sappiamo che essi non si devono soltanto a sola stimolazione nervosa ma bensì anche ad altri fattori quali gli squilibri ormonali e fisico-chimici la di cui importanza aumenta in rapporto al ciclo mestruale.

Per i *dolori provocati* la sensibilità dell'apparato genitale femminile in raffronto a quella dei genitali esterni appare minima per i genitali interni. Fatta eccezione che per l'ovario, l'esame combinato ci mostra quotidianamente quali sono le manovre che suscitano dolore in presenza o no di fatti flogistici o tumorali.

In quanto alle caratteristiche così importanti, anche di per sè sole del dolore per la questione diagnostica devono tenersi ben presenti queste caratteristiche nei riguardi della intensità della localizzazione, della durata, della frequenza, delle particolari epoche dell'insorgenza e dei fattori che lo aggravano o che lo alleviano tenendo nel dovuto conto quella diversissima gamma di riferimenti e di paragoni che tutti noi siamo soliti udire dalle inferme. A questo proposito tiene il primo posto quella che possiamo chiamare «classificazione» delle algie: intermestruali, premestruali, mestruali e postmestruali.

Il ristretto limite di tempo concessomi mi obbliga a rimandare gli accenni più interessanti su ciascuno di questi momenti dolorosi connessi alla mestruazione, d'altra parte molti di essi sono sufficientemente conosciuti. Come riassunto, devo soltanto dire che gli stimoli algesiogeni mestruali sono rappresentati da fattori fisici e psichici: i primi sono dovuti alle modificazioni mestruali a cui va incontro l'apparato genitale femminile e consistono in maggiore eccitabilità muscolare, in aumentata

recettività nervosa e simpatica, in turbe circolatorie, in modificazioni di forma e di volume.

I secondi, cioè quelli psichici, sono rappresentati da un abbassamento della soglia di percezione del dolore, secondario, nella massima parte dei casi, a fattori costituzionali. Ne è riprova che in certe dismenorree la sintomatologia dolorosa che caratterizza tale sindrome trova la causa più frequente in un terreno psichicamente recettivo più che nella entità degli stessi stimoli algesiogeni. In quale misura poi e con quale meccanismo il ciclo ovarico con lo squilibrio ormonale da esso provocato su tutto l'organismo, contribuisca a provocare le crisi dolorose mestruali non è ancora oggi possibile riferire dati concreti.

Nel campo patologico utero-annessiale il dolore ha, sotto un certo punto di vista, minore importanza perchè è giustificato dalle alterazioni anatomiche che si rendono apprezzabili e che di conseguenza lo giustificano: tuttavia le moderne e già riferite acquisizioni su di esso servono senza dubbio a meglio risolvere il problema della diagnosi differenziale. a determinare lo stato e l'estensione dei vari quadri morbosi, le diffusioni di essi agli organi vicini ed alla maggiore o minore compartecipazione del peritoneo pelvico e parietale.

Cosicchè l'indagine del vario comportamento del dolore porta indiscusso tributo di maggiore riconoscimento delle varie fasi di sviluppo della gravidanza tubarica, delle torsioni, delle annessiti, del cancro del collo uterino nel suo stadio già avanzato e di quelle congestioni pelviche acute, durante le quali per lo stato infiammatorio del peritoneo pelvico non è momentaneamente possibile apprezzare con la esplorazione combinata la localizzazione di un processo infiammatorio o tumorale.

I riferimenti bibliografici a proposito dello studio del dolore in queste forme patologiche che ho testè richiamato sono ormai numerosi e non debbo trascurare di ricordare almeno quelli di *Maylan e Mossadegh*, di *Mattlin*, di *Brewer*, di *Falk e Rosenbloom*, di *Paroli*, di *Schebat ed Essez*, di *Laffont*, di *Guibal*, di *Larribere*, di *Dewes*, di *Klotz*, di *Albertin*, di *Lunedei e Giannoni*, di *Donati*, di *Riess*, di *Castanj*, di *Bratiano*, di *Hutet*, di *Janneney*, di *Kehrer* e di tanti altri. Tali ricerche hanno trovato nella applicazione e nell'apprezzamento del fenomeno di *Lemaire* oltremodo valido aiuto.

Con i riferimenti fin qui esposti io sò di non aver riportato nozioni a Voi sconosciute, ma l'intendimento mio è stato quello di nuovamente richiamare l'attenzione su quell'elemento di eccezionale importanza che nel campo ginecologico si può chiamare dominante e la di cui importanza è tale da valutarlo anche quando venga a mancare. Se nel cancro dell'utero il dolore si manifestasse contemporaneamente o poco dopo la sua

insorgenza, possiamo bene affermare che la lotta contro questo ancora invincibile male troverebbe nel dolore l'alleato più formidabile.

Nel campo clinico e diagnostico ginecologico si tratta sempre di individuare la causa dei dolori accusati: ora se lesioni annessiali od uterine sono presenti ed apprezzabili il compito nostro è evidentemente ben facilitato, ma allorchè nessuna di queste lesioni appare il compito nostro diventa particolarmente difficile perchè si è costretti logicamente a supporre l'esistenza di lesioni o di disfunzioni di altri organi addominali fra i quali l'intestino e l'appendice soprattutto, tengono generalmente il primo posto: altri riferimenti diagnostici extra-genitali possono indirizzarci sull'apparato urinario e su quello scheletrico del bacino e delle vertebre sacro-lombari per le così frequenti lombo- o sacro-algie che le pazienti accusano.

Quanto ho più sopra, pur succintamente riferito deve servire a meglio orientare il medico pratico, il chirurgo ed il ginecologo poco esperto sulla più esatta natura ed origine del dolore addominale femminile che può essere di natura elettivamente genitale anche se nulla di patologico si riscontra a carico di questo ultimo. Ogni aggiunta e specificazione in merito mi sembra superflua e non sia male interpretato il rilievo delle troppo numerose diagnosi di disfunzione o di infiammazione intestinale o di appendicopatia che si risolvono altrettanto spesso negli interventi sull'appendice. Spiacemi di non poter qui riferire con cifra esatta l'altissima percentuale di appendicectomizzate fra le ricoverate ginecologiche della mia clinica nell'ultimo decennio: non sono arrivato a finire il necessario spoglio, del resto i ginecologi che mi ascoltano avranno senza dubbio operate o curate, come ho fatto io, numerose pazienti per forme flogistiche degli annessi di destra che invano attesero dall'appendicectomia pregressa la guarigione o l'attenuarsi delle loro sofferenze.

Il ginecologo ha oltre la sua funzione medica anche quella sociale per rispettare quanto più può la integrità anatomica e funzionale dell'apparato genitale femminile e deve, secondo me, opporsi quanto più può, ad interventi che portino a diminuire o a sopprimere l'integrità di questi organi. Pur tuttavia egli si trova spesso di fronte a tali e a così lunghe sofferenze addominali da dover intervenire anche se la risposta dell'esame combinato è completamente e ripetutamente negativa: egli ha allora la riprova della essenza genitale dei dolori accusati dalle pazienti nella constatazione diretta di briglie aderenziali, o di piccoli fatti infiammatori annessiali o di aderenze omentali all'utero, agli annessi, alla sierosa pelvica, di ovariti-microcistiche o di aderenze dell'appendice agli annessi di destra o a briglie o ad aderenze omentali alla cicatrice di pregressa appendicectomia e a varicocele pelvico o a fatti peritoneali

tubercolari o a fissazioni di anse intestinali alla sierosa pelvica, all'utero ed agli annessi. Gli interventi sul simpatico addominale sono, come è ben noto, gli ulteriori accorgimenti terapeutici atti a limitare parte di queste ribelli algie addominali di particolare spettanza ginecologica.

Il richiamo alle moderne indagini e alle relative benefiche conclusioni sull'origine varia del dolore addominale non ha quindi valore di per sè stesso ma ha anche quello precipuo di migliorare la generica diagnostica addominale e di ricordare ai ginecologi e soprattutto ai non ginecologi la necessità di una migliore considerazione dell'apparato genitale femminile nella valutazione e nella diagnosi di ogni manifestazione dolorosa addominale.

Riassunto

Il vasto contributo di questi ultimi anni e le ricerche attuali sulla etiologia del dolore viscerale derivante dalle diverse lesioni degli organi dell'addome apportano prezioso vantaggio particolarmente nel campo ginecologico nel quale il sintomo «dolore» è ognora presente e dominante. Il lato più interessante nella ricerca dell'origine di quella così larga gamma di algie addominali che le pazienti accusano con quella varietà di paragoni che tutti ben conosciamo, riguarda evidentemente ed in primo luogo quei casi nei quali non è dato di rilevare sia con l'anamnesi, sia con il riscontro vaginale una qualsiasi lesione dell'apparato genitale, quei casi cioè nei quali in assenza di ogni riscontro positivo genitale si è costretti a ricercarne la causa in lesioni o disfunzioni degli altri organi addominali.

Così dicasi per le algie sacro-lombari di origine artroreumatica, per quelle inerenti l'apparato urinario e quello intestinale (cieco, appendice, sigma, retto). A ciò aggiungansi le algie da aderenze omentoparietali dopo progressi interventi addominali (appendicectomia) e da briglie peritoneali pelviche della più diversa entità e natura.

Ciò premesso ed escluso, l'esperienza chirurgica ginecologica quotidiana ci dimostra l'esistenza di lesioni annessiali che non si sono riscontrate con l'esame manuale accompagnate da estese, insospettabili aderenze al peritoneo pelvico e all'intestino. Tale evenienza giustifica pienamente la lunga ed incurabile sofferenza addominale accusata dalle inferme.

Pur essendoci ancora ignota la vera essenza del dolore, ci sono invece già note in linea di massima le sue cause, le vie e le modalità di trasmissione attraverso lo studio e la ricerca degli stimoli dolorifici degli apparati di recezione, delle vie e del meccanismo di trasmissione (*Lemaire, Rylé, Lugaro, Paroli, Donati, Lunedei, Binet, Mussey e Wilson, Lewis e Kellgren, Lennander, Mackenzie, ecc.*).

Per gli annessi e per l'utero sono già state così bene individuate le sedi delle corrispondenti innervazioni ed è con la conoscenza di esse che possiamo ora e potremo sempre meglio fare in seguito l'analisi più esatta e quindi la diagnosi differenziale del dolore addominale e delle cause che volta a volta lo generano.

Zusammenfassung

Die wichtigsten Arbeiten der letzten Jahre und die gegenwärtigen Untersuchungen über die Ätiologie des Eingeweideschmerzes, der von den verschiedenartigsten Läsionen der Abdominalorgane herrühren kann, stellen eine wertvolle Bereicherung besonders der Gynäkologie dar, in der das stets vorhandene Symptom «Schmerz» dominiert. Die interessanteste Seite dieser Untersuchungen über die Ätiologie der großen Zahl von Abdominalschmerzen, welche die Kranken auf die wohlbekannten, verschiedensten Arten empfinden, betrifft vor allem jene Fälle, in denen weder die Anamnese noch die vaginale Untersuchung irgendeine Läsion des Genitalapparates ergeben haben. Es handelt sich also um Fälle, in denen bei Fehlen irgendeines positiven gynäkologischen Befundes man gezwungen ist, die Ursachen in der Schädigung oder Funktionsstörung der übrigen Abdominalorgane zu suchen.

Es handelt sich um Lumbosacralschmerzen rheumatischer Natur, um Erkrankungen des Harnapparates oder des Darmes (Appendix, Sigmoid, Rectum), ferner um Schmerzen infolge von Adhäsionen des Netzes nach abdominalen Eingriffen (Appendektomie) und durch Bridenbildungen verschiedener Natur und Ursache im Becken.

Ferner zeigt die tägliche Erfahrung der chirurgischen Gynäkologie das Bestehen von Adnexerkrankungen, die bei der manuellen Untersuchung nicht erkannt wurden und zu ausgedehnten und unerwarteten Adhäsionen mit dem pelvinen Peritoneum und den Därmen geführt haben. Ein solcher Befund erklärt vollständig die abdominellen Schmerzen, über die sich die Kranken beklagen.

Wenn auch die eigentliche Natur des Schmerzes stets unbekannt ist, kennt man anderseits dank den Studien und Versuchen über die Schmerzexcitantien des Rezeptorenapparates doch in großen Zügen die Wege und Arten der Übertragung (*Lemaire, Ryle, Lugaro, Paroli, Donati, Lunedei, Binet, Mussey* und *Wilson, Lewis* und *Kellgren, Lennander, Mackenzie*, usw.).

Die Kenntnis des Sitzes der Uterus- und Adnexinnervation erlaubt uns und wird uns immer mehr erlauben, in jedem Falle dank einer genaueren Untersuchung die Differentialdiagnose zu stellen und dadurch die Natur und die Ursache des Abdominalschmerzes herauszufinden.

Résumé

Les travaux importants de ces dernières années et les recherches actuelles sur l'étiologie de la douleur viscérale provenant des diverses lésions des organes abdominaux, apportent un précieux appoint, en particulier en gynécologie où domine le symptôme «douleur», toujours présent. Le côté le plus intéressant des recherches sur l'origine de la gamme étendue des algies abdominales que les malades ressentent d'une manière si variée, que nous connaissons bien, concerne avant tout les cas dans lesquels l'anamnèse ou l'examen vaginal n'ont pas décelé une lésion quelconque de l'appareil génital. Il s'agit donc de cas où en l'absence de tout signe gynécologique positif, on est contraint de rechercher la cause dans des lésions ou dans le dysfonctionnement des autres organes abdominaux.

Il en est ainsi des algies lombo-sacrées de nature arthro-rhumatismale, de celles touchant l'appareil urinaire ou l'intestin (appendice, sigmoïde, rectum), auxquelles s'ajoutent les algies par adhérences omento-pariétales après intervention abdominale (appendicectomie) et par brides péritonéales pelviennes de nature et d'entité diverses.

Une fois admis ce qui précède, l'expérience quotidienne en chirurgie gynécologique démontre l'existence de lésions annexielles qui n'ont pas été reconnues à l'examen manuel, et accompagnées d'adhérences étendues insoupçonnées au péritoine pelvien et à l'intestin. Cet état explique entièrement les douleurs abdominales anciennes dont se plaignent les malades.

Si la nature véritable de la douleur est toujours ignorée, on en connaît par contre, dans leurs grandes lignes les causes, les voies et les modalités de transmission, grâce à l'étude et à l'expérimentation des excitants de la douleur au niveau des appareils récepteurs (*Lemaire, Ryle, Lugaro, Paroli, Donati, Lunedei, Binet, Mussey et Wilson, Lewis et Kellgren, Lennander, Mackenzie, etc.*).

La connaissance des sièges d'innervation correspondants des annexes et de l'utérus, nous permet et nous permettra toujours mieux d'établir dans chaque cas, par un diagnostic différentiel – grâce à une analyse plus exacte –, la nature et les causes de la douleur abdominale.

Summary

The important investigations carried out during the last few years, as well as the studies at present in progress, on the ætiology of visceral pain due to various lesions of the abdominal organs represent a valuable step forward, especially in gynæcology where the symptom of "pain" is

ever present. The most interesting side of these investigations into the origin of the well-known different types of abdominal pain, which are experienced by the patients in such a variety of ways, concerns principally those cases in which neither the case history nor vaginal examination reveals any lesion of the genital organs. In such cases, therefore, in the absence of any positive gynaecological sign, one is forced to seek the cause in lesions or dysfunction of other abdominal organs.

Thus, there may be lumbosacral pains of an arthrorheumatic nature or pains connected with the urinary system or the intestines (appendix, sigmoid, rectum), to which must be added pains due to omentoparietal adhesions following abdominal operations (appendectomy) or to pelvic peritoneal adherences of various kinds.

Once the above has been admitted, daily experience in gynaecological surgery demonstrates the existence of adnexal lesions which have not been recognized on manual examination and which are accompanied by adhesions extending unsuspected to the pelvic peritoneum and intestines. This condition completely explains the former abdominal pains of which the patients complain.

Although the true nature of the pain is still unknown, the causes and the pathways and details of transmission are, nevertheless, broadly known, thanks to the study of the excitants of pain in the receptor organs (*Lemaire, Ryle, Lugaro, Paroli, Donati, Lunedei, Binet, Mussey and Wilson, Lewis and Kellgren, Lennander, Mackenzie, etc.*).

The knowledge of the corresponding sites of innervation of the adnexa and the uterus enables us, and will enable us, thanks to a more exact method of analysis, to make an increasingly accurate differential diagnosis of the nature and causes of abdominal pain.