

l'endométrite, à la condition d'être bien faite, et c'est à elle qu'il faut accorder la préférence, car elle est la meilleure comme résultats et n'expose à aucune complication.

Le drainage est, à mon avis, un bon complément du curage dans les cas d'endométrite chronique avec écoulement glairo-purulent, endométrite rebelle

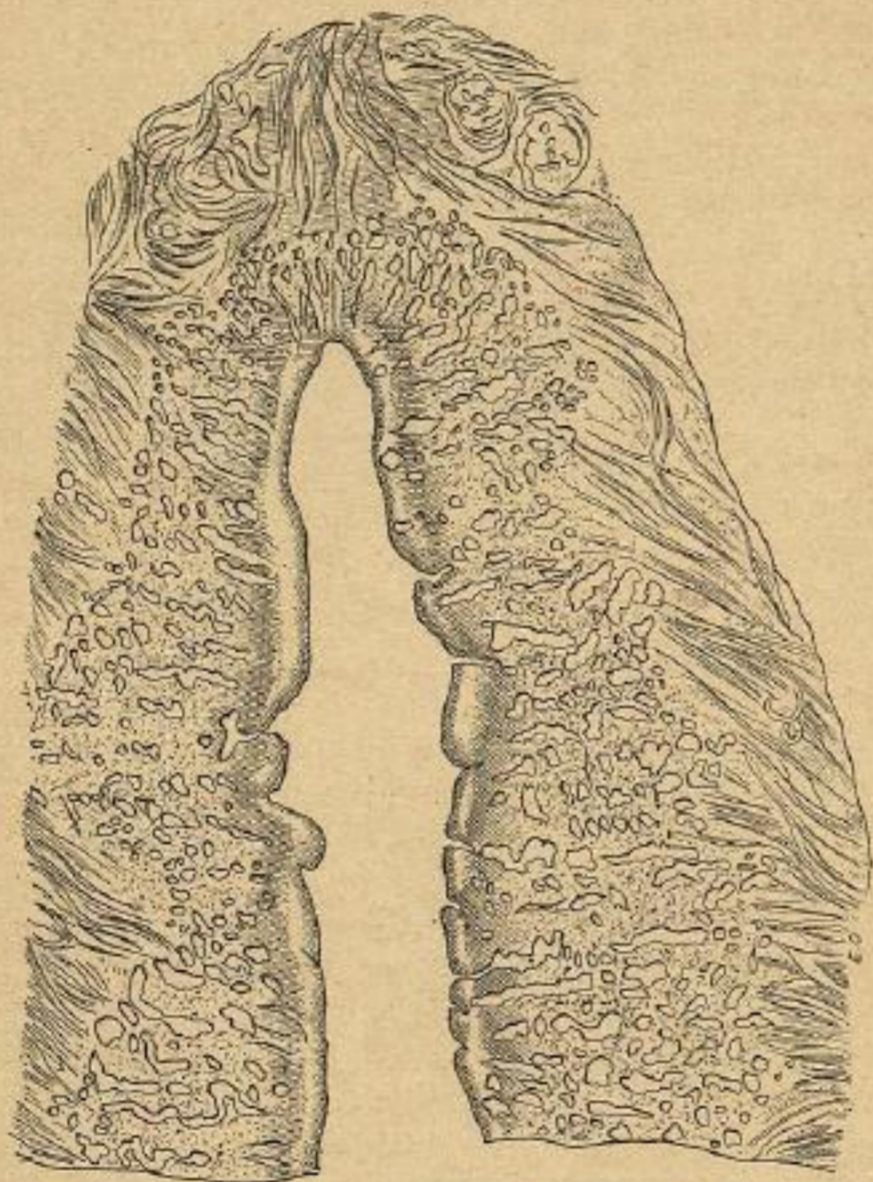


Fig. 288. — Réformation de la muqueuse utérine après le curage (Martin).

à la plupart des traitements, mais il ne me semble guère nécessaire et utile que dans ces cas spéciaux, le curage suffisant à la guérison dans les autres cas.

Parmi les différents modes de drainage, c'est à la tige intra-utérine de Lefour que je donne la préférence comme constituant le moyen le plus simple et le plus inoffensif.

Quant au drainage appliqué sans curage préalable, j'estime que ses indications sont relativement limitées, car avant de drainer la cavité utérine, il importe d'en modifier énergiquement la surface, comme on peut le faire à l'aide d'un curage soigné.

Chez les malades qu'effraie l'intervention chirurgicale ou dans les cas

d'endométrite légère on pourra recourir aux pansements antiseptiques, soit cautérisation à la créosote au tiers après dilatation préalable à la laminaire, soit application de crayons antiseptiques complétée ou non par le drainage.

Ces médications sont en général sans dangers, cependant l'application de la laminaire est très douloureuse chez certaines femmes et cause pendant douze heures des malaises prononcés.

Les crayons aussi amènent parfois des coliques utérines qui persistent pendant quelques heures après leur application, de telle sorte que la femme, pour éviter les ennuis de l'opération du curage, souffre en réalité bien davantage avec ces petits moyens dont l'efficacité est beaucoup moins grande, qu'il faut répéter plusieurs fois, qui nécessitent souvent (au moins quant aux crayons) un traitement prolongé, et qui assurent beaucoup moins bien la guérison.

Les complications sont rares après leur emploi, cependant de loin en loin on note des accidents d'inflammation péri-utérine, qu'on n'observe pas à la suite des curages bien faits.

Donc curage, méthode de choix, avec ou sans drainage consécutif suivant les cas; ne recourir aux pansements antiseptiques et au simple drainage que comme pis aller ou dans certains cas très légers.

#### 2° Métrite généralisée.

Quand l'endométrite a duré un certain temps, le muscle utérin ne tarde pas à se prendre, l'inflammation utérine devient générale, tantôt et plus souvent prédominante au col, tantôt au corps de l'organe.

La métrite, soupçonnée par ses phénomènes douloureux, par les pertes blanches et rouges dont elle est la source, par l'altération des fonctions digestives et l'amaigrissement qu'elle provoque, se reconnaît au toucher et au spéculum.

*Toucher.* — Le toucher, qui doit toujours être aidé du palper, renseigne sur le volume, la consistance, la sensibilité et la situation de l'utérus.

Un utérus augmenté de volume, plus ou moins induré (le ramollissement n'existe qu'avec la métrite aiguë), sensible, est un utérus enflammé.

Il n'est pas rare de trouver une déviation associée à l'inflammation, mais elle n'est qu'une complication, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Les autres affections auxquelles il faut penser après avoir fait cette constatation, sont la grossesse, les fibromes, le cancer.

Avec la grossesse on a la suppression des règles, les phénomènes sympathiques, la mollesse spéciale et pathognomonique de l'utérus. — Dans les cas douteux, attendre.

Dans les fibromes, inégalité de l'utérus, hémorragies souvent abondantes, augmentation de volume d'habitude plus considérable; à l'hystéromètre, cavité utérine très agrandie et anfractueuse. Toutefois, dans certains cas de fibromes interstitiels, le diagnostic est très difficile, d'autant plus que les fibromes

s'accompagnent souvent d'un certain degré de métrite qu'ils provoquent ou qui coïncide. Dans ces cas douteux, et alors qu'on décide le curage, il sera bon de faire avec la laminaire une dilatation suffisante pour pouvoir introduire l'index, car souvent cette exploration intra-utérine, d'ailleurs sans danger, révèle l'existence d'un ou de plusieurs fibromes.

Le cancer du corps utérin, le seul que nous ayons en vue pour l'instant, s'accompagne d'hémorragies abondantes, d'amaigrissement rapide, et parfois d'un écoulement fétide. Tels sont les seuls signes qui pourront faire songer à son existence. Le curage, pratiqué à la fois dans un but diagnostique et thérapeutique, permettra par l'intermédiaire du microscope de poser le diagnostic du néoplasme, s'il existe.

*Spéculum.* — Le spéculum découvre le col et le montre altéré comme volume, forme et coloration.

Le volume est augmenté, l'inflammation a épaissi les tissus qui constituent la paroi cervicale.

La forme est plus ou moins altérée par les déchirures qui sont survenues au moment de l'accouchement, cause la plus fréquente de la métrite.

La coloration est enfin modifiée, au lieu du rose physiologique, nous trouvons tous les tons du rouge inflammatoire (voir pl. coloriées X et XI).

Cette coloration avait fait supposer avant l'intervention du microscope que le col était ulcéré, d'où le long chapitre :

#### ULCÉRATIONS DU COL

qu'on trouve décrit dans tous les traités de gynécologie.

Mais l'ulcération n'est qu'apparente, puisque au microscope (voir p. 206) nous l'avons vue recouverte d'une couche épaisse d'épithélium.

Les lésions sont juste l'opposé de celles de l'ulcération, car le rempart épithélial qui protège la partie altérée est exagéré.

Cette pseudo-ulcération du col, constituée, ainsi que nous l'avons vu, par un ectropion de la muqueuse cervicale, peut prendre les aspects les plus variés, d'où la richesse descriptive bien inutile de certains gynécologues sur ce sujet; ces configurations diverses la rendent susceptible d'être confondue avec des ulcérations vraies avec lesquelles il importe de savoir établir le diagnostic.

Telles sont (voir pl. coloriée XII) :

- Les ulcérations syphilitiques ;
- Les chancres mous ;
- L'herpès ;
- Le cancer du col ;
- Les ulcérations tuberculeuses ;
- Les ulcérations traumatiques.

ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES. — Chancre induré, plaques muqueuses.

*Chancre induré* : Ulcération de la surface d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, siégeant à une certaine distance de l'orifice externe; surface lisse et unie; couleur jambonnée ou gris bleuâtre. Indolence. Sécrétion peu abondante. En cas de doute, attendre les manifestations secondaires de la syphilis.

*Plaques muqueuses* : Les unes légèrement saillantes, les autres plates, les troisièmes rongeantes. — Couleur grisâtre; siége sur le col à une certaine distance de l'orifice externe. Rapidement modifiées par les traitements local et général combinés. Coïncidence d'autres manifestations syphilitiques, aidant singulièrement le diagnostic.

CHANCRES MOUS. — Le chancre mou se présente sur le col avec les mêmes caractères qu'à la vulve. Ulcération à bords arrondis, taillés à pic, à fond jaunâtre ou grisâtre, coïncidant le plus souvent avec les chancres mous vulvaires.

Les chancres mous, de même que le chancre induré, sont relativement rares sur le col utérin.

HERPÈS. — La période vésiculaire de l'affection passe en général inaperçue et on n'observe que l'ulcération. — Ulcération superficielle à bords polycycliques, c'est-à-dire formés par l'accolement d'une série de fragments d'anneaux (fig. 185, p. 170). Fond jaunâtre, souvent recouvert d'une mince pseudo-membrane. Orifice externe respecté; l'affection siége franchement sur la portion vaginale du col sans pénétrer dans la cavité cervicale. Coïncidence assez fréquente de l'herpès vulvaire. (L'herpès du col ne dure en général que quelques jours, cependant quand il y a coïncidence d'endométrite ou de vaginite, et quand il est entretenu par des pansements peu appropriés, il persiste pendant plusieurs semaines.) L'ulcération peut être très modifiée par les pansements et la cautérisation de telle sorte qu'elle devient méconnaissable; dans ce cas, on arrivera au diagnostic par exclusion.

CANCER DU COL. — Le cancer du col sera étudié dans un chapitre ultérieur. Il se manifeste au début, seule période où son diagnostic est difficile, par une petite ulcération, tantôt limitée, tantôt assez étendue alors surtout qu'elle se greffe sur une ancienne métrite, ce qui est assez fréquent, s'indurant assez rapidement, et saignant aisément au contact du doigt.

L'ongle ou un instrument peut facilement en détacher une parcelle, dont l'examen microscopique dira la nature.

L'induration, la tendance hémorragique de l'organe malade, la facilité de détacher une parcelle du tissu, sont les trois caractères qui guideront le plus sûrement le diagnostic, et auxquels le microscope viendra donner un appui considérable, bien qu'en quelques cas il ne puisse toujours décider d'une façon formelle; il existe en effet des transitions entre l'endométrite simple et l'épithélioma, dont les caractères ne sont pas suffisamment nets pour permettre de se prononcer d'une façon absolue.

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES<sup>1</sup>. — La tuberculose du col, qui est une des manifestations rares de la tuberculose génitale, peut se manifester sous deux formes : tantôt des granulations grises disséminées sous la muqueuse cervicale, tantôt des ulcérations.

Les ulcérations qui siègent, soit sur le col, soit sur la partie voisine du vagin, ont en général une forme irrégulière; leurs bords sont taillés à pic, et autour de l'ulcération il existe des points jaunâtres, petits foyers caséeux, dont l'existence et la constatation sont importantes au point de vue du diagnostic.

Ces ulcérations coïncident le plus souvent avec d'autres altérations tuberculeuses du système génital, notamment avec la salpingo-ovarite de même nature, qui en constitue la manifestation la plus commune.

La marche est essentiellement chronique et tenace.

L'ulcération s'améliore sous l'influence des pansements antiseptiques, mais s'aggrave aussitôt que ces pansements sont cessés.

Bords taillés à pic, présence de points jaunâtres au voisinage, coïncidence d'autres manifestations tuberculeuses soit dans le système génital, soit dans une autre région de l'économie, constituent les principaux éléments du diagnostic de ces ulcérations qui la plupart du temps est des plus difficiles.

Alors qu'on fait le curage et l'amputation du col en pareil cas, les débris devront être soumis à l'examen microscopique, mais, ainsi que l'a montré Cornil, la constatation du bacille tuberculeux est peu fréquente et ne pourra que rarement conduire à reconnaître la nature de la lésion.

ULCÉRATIONS TRAUMATIQUES. — A la suite d'une opération sur le col, d'une incision, d'une cautérisation énergique au fer rouge, on voit parfois persister pendant plusieurs semaines une ulcération, dont les antécédents rendront en général le diagnostic facile.

On a encore décrit des ulcérations *eczémateuses*, *ecthymateuses*, mais leur existence n'est pas prouvée, et il serait téméraire à l'heure actuelle d'en tenter le diagnostic.

Au point de vue spécial qui nous intéresse, nous avons à établir deux grandes catégories d'ulcérations :

Les *ulcérations vraies* (syphilis, chancre mou, herpès, cancer, traumatisme);

Les *pseudo-ulcérations*, résultant de l'inflammation utérine (ectropion).

Les caractères précédemment indiqués permettront le diagnostic, mais ces deux catégories sont distinguées par la différence même du siège :

Les *ulcérations vraies* sont *concentriques*, c'est-à-dire que, commençant par la portion vaginale du col, elles se dirigent vers l'orifice externe et la cavité cervicale sans les atteindre d'habitude.

Les *pseudo-ulcérations* au contraire sont *excentriques*, c'est-à-dire que,

<sup>1</sup> Voir Nanard. *Etude sur certaines ulcérations du museau de tanche de nature tuberculeuse*. Thèse Paris, 1893.

commençant par la cavité cervicale et l'orifice externe, elles envahissent secondairement la partie libre du col.

Cette allure générale des vraies et pseudo-ulcérations pourra servir à établir leur diagnostic différentiel.

La métrite généralisée est diagnostiquée, étudions le *traitement* à lui opposer.

Ce traitement peut être *médical* ou *chirurgical*.

#### TRAITEMENT MÉDICAL :

*Repos au lit*. Le séjour au lit n'est pas indispensable, mais les résultats fournis par les autres moyens seront d'autant plus efficaces que le repos sera plus complet.

*Laxatifs et toniques*.

*Réulsifs abdominaux* : soit des vésicatoires répétés si la femme garde le lit, sinon des pointes de feu une ou deux fois par semaine sur la paroi abdominale.

*Injections vaginales* quotidiennes, soit chaudes à la température de 45 à 50°, soit froides 10 à 20°, avec une solution boriquée à 3 p. 100 ou phéniquée à  $\frac{1}{100}$  ou sublimée à  $\frac{1}{4000}$ .

La femme devra prendre ces injections, le corps étant dans la position horizontale, et le reflux hors de la vulve étant modéré par l'apposition de la main, ainsi que cela a été indiqué page 67.

Ces précautions sont indispensables, car les injections telles que les prennent la plupart des femmes accroupies sur un bidet sont parfaitement inutiles; ce sont de pseudo-injections.

*Pansements*, qui seront faits deux fois par semaine en dehors de l'époque des règles et qui constituent la base du traitement.

Ces pansements consisteront : 1° en scarifications; 2° cautérisations à la créosote; 3° application d'un crayon antiseptique dans l'utérus; 4° placement d'un tampon recouvert de poudre d'acide borique et de tanin.

Les scarifications pour être réellement efficaces devront atteindre toute la muqueuse malade, et être pratiquées par conséquent dans la cavité cervicale ainsi que sur l'ectropion.

On se servira pour la cavité cervicale du râteau ou herse de Doléris (repré-



Fig. 289. — Râteau utérin de Doléris, modifié par Auvar.

senté par la figure 289) qui permettra de labourer la cavité cervicale de la profondeur vers la superficie.

L'ectropion sera attaqué avec une pointe quelconque, celle d'un scarificateur (fig. 290) ou d'un bistouri (fig. 291) ou simplement avec le même râteau

qu'on a promené dans la cavité cervicale et qui peut agir en surface au pourtour de l'orifice externe (fig. 292).

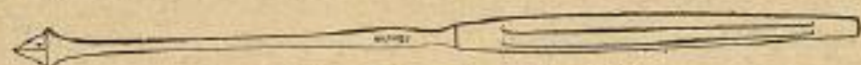


Fig. 290. — Scarificateur lance.



Fig. 291. — Bistouri scarificateur.

Inutile de dire que ces instruments doivent être aseptiques, et que, avant

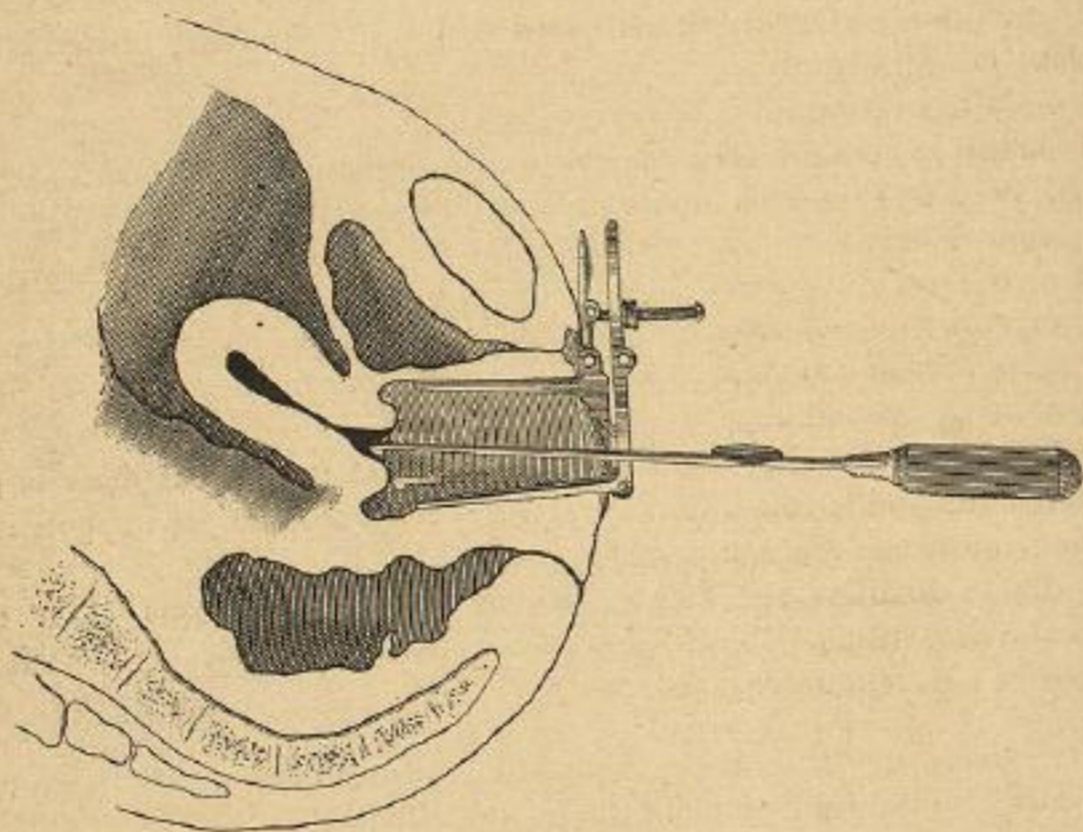


Fig. 292. — Ratissage utérin.

de faire le pansement, il faut avoir par une injection préalable assuré l'asepsie du vagin et du col. Ces précautions sont banales, et il doit être superflu de les recommander à propos de toute intervention.

La scarification a un double but : — décongestionner le col et par là même tout l'utérus, grâce à la saignée qu'elle opère ; — ouvrir toutes les glandes malades de manière à pénétrer jusqu'aux culs-de-sac les plus profonds, où il faut aller dénichier les nids, centres de pullulation microbienne et causes de l'inflammation cervicale.

Aussitôt la scarification terminée injection antiseptique, suivie de l'application sur la région scarifiée d'un petit tampon d'ouate imbibé de solution créosotée à  $\frac{1}{3}$  ; on renouvellera ce pansement trois fois à l'intervalle de quelques secondes, de manière à bien cautériser la surface scarifiée.

Introduction dans l'utérus d'un crayon antiseptique comme pour l'endométrite simple (voir p. 255).

Saupoudrer tout le col avec un mélange à parties égales d'acide borique et de tanin.

Appliquer un tampon de coton hydrophile, maintenant le crayon utérin, et isolant le col de la surface vaginale voisine.

Faire enlever le tampon au bout de vingt-quatre heures et reprendre les injections vaginales à partir de ce moment.

Ce pansement peut être appliqué au domicile de la patiente ou dans le cabinet du médecin; dans ce dernier cas, la malade, avant de s'en aller, fera bien de se reposer pendant un quart d'heure.

Ce traitement, pour assurer la guérison, demande à être prolongé pendant deux à trois mois, quelquefois davantage; la durée du traitement varie d'ailleurs avec l'étendue et la profondeur des lésions.

Il suffit à la guérison des cas légers, mais dans la métrite rebelle, il n'amène ordinairement qu'une amélioration sans assurer la guérison complète.

#### TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Le traitement chirurgical consiste à faire :

- 1° Le *curage*, comme pour l'endométrite simple ;
- 2° La *réparation du col*.

Les deux se pratiquent dans la même séance opératoire.

Je n'insiste pas sur le curage dont le manuel opératoire a déjà été décrit et je passe de suite à la *réparation du col*.

Le col est tantôt déchiré, tantôt enflammé, tantôt l'un et l'autre à la fois.

Le col déchiré laisse la cavité cervicale béante, baignant dans le mucus vaginal qui est pour elle un irritant ;

si on veut mettre fin à l'endométrite, il faut la refermer, absolument comme il faudrait reconstituer une paupière déchirée pour remédier à la conjonctivite amenée par l'insuffisance palpébrale.



Fig. 293. — Avivement.



Fig. 294. — Placement des sutures.

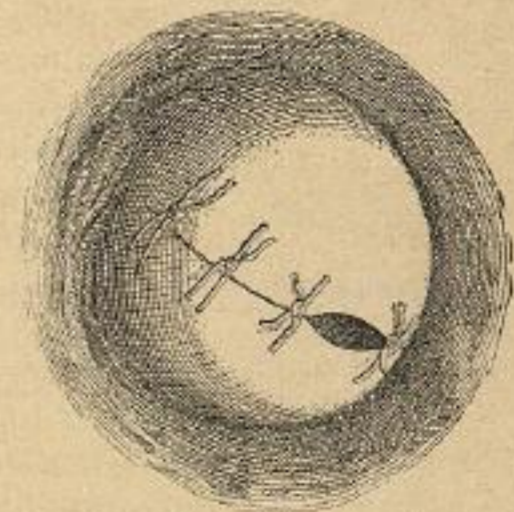


Fig. 295. — Sutures serrées. Trachelorrhaphie ou opération d'Emmet.

La réparation de la déchirure s'appelle **trachélorapie** ou **opération d'Emmet**.

Les figures 293, 294, 295 que j'emprunte à Skene expliquent mieux cette opération, que ne le ferait la description la plus détaillée. On y voit l'avivement, le placement des sutures qu'il faut pratiquer à la soie ou au erin de Florence, l'accolement des surfaces réunies par les sutures.

Les fils doivent être enlevés au bout de quinze jours.

En pratiquant cette opération, il faut avoir bien soin d'enlever avec le bistouri les nodules cicatriciels qui se trouvent souvent à l'angle même de la déchirure, et qui constituent des petits points douloureux continuant à faire souffrir les malades, alors qu'on néglige de les déraciner; ce sont de véritables *clous douloureux* qu'il importe d'arracher.

Pour remédier à l'inflammation, il faut enlever

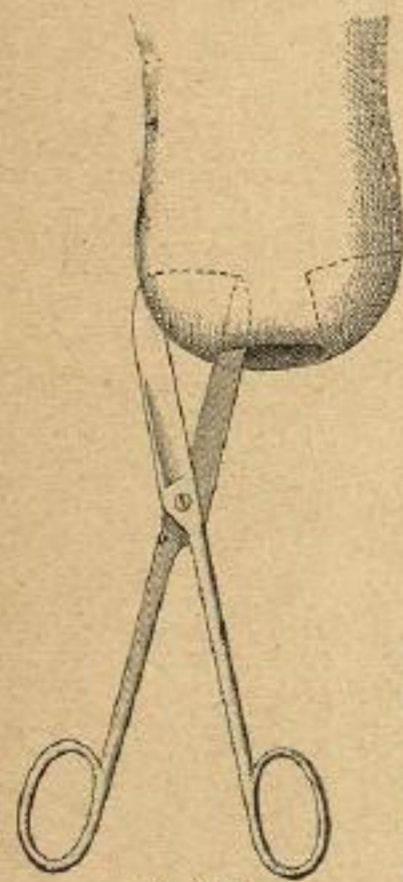


Fig. 296.  
Section transversale du col.

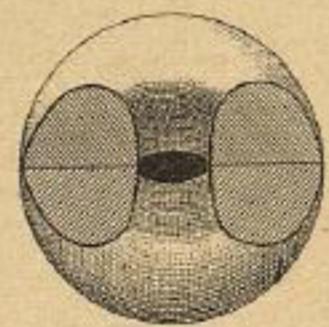


Fig. 297.  
Résultat de la section transversale du col.

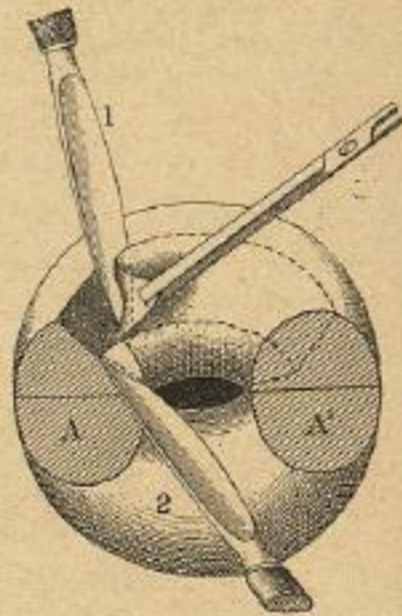


Fig. 298.  
Amputation de la partie superficielle du col.

1, premier trait de section. — 2, deuxième trait de section. — A et A' représentent la section transversale préalablement faite aux ciseaux.

la muqueuse malade et faire, à cet effet, la **trachélotomie** ou **opération de Schröder**.

Le col étant attiré à la vulve avec des pinces de Museux, fixées l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la postérieure, sectionner le col transversalement à droite et à gauche à l'aide de ciseaux (fig. 296) dans la profondeur d'un bon centimètre.

Le résultat est celui indiqué par la figure 297.

Saisir alors la lèvre antérieure avec une pince à disséquer, pendant qu'un aide tient la postérieure avec une pince de Museux et faire une incision en V (fig. 298) dont une branche est très petite et l'autre très allongée, de manière à enlever toute la muqueuse malade.

A l'aide d'aiguilles à petite courbure, passer des fils de *catgut*, ainsi qu'on le voit dans la figure 299 et lier ces fils de manière à obtenir l'affrontement indiqué par la figure 300.

Même opération pour la lèvre postérieure.

La figure 301 montre le profil de l'incision et la manière dont les sutures

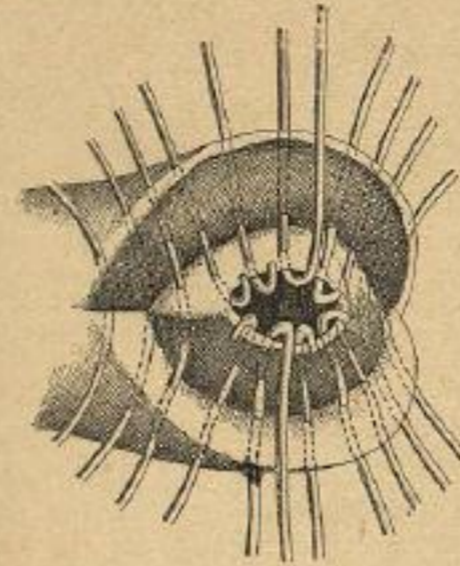


Fig. 299.  
Placement des sutures (catgut).

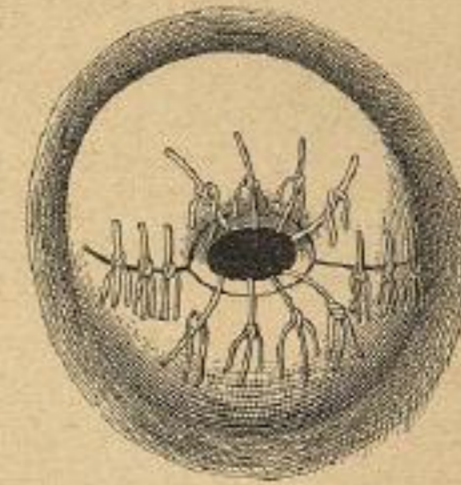


Fig. 300.  
Sutures serrées.

doivent être passées; quand les sutures sont serrées on a le résultat indiqué par la figure 302.

Quand les deux lèvres sont ainsi amputées, refermer toujours avec du

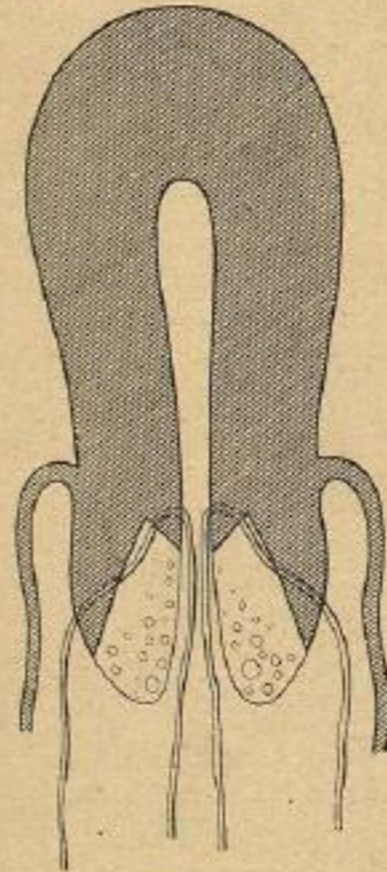


Fig. 301.  
Profil de l'amputation du col. et du placement des sutures.



Fig. 302.  
Profil montrant l'action des sutures serrées.

*catgut* les incisions latérales faites au début de l'opération, ainsi que le représente la figure 300.

Les sutures terminées, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ou salolée, qu'on laisse quarante-huit heures en place.

Injections vaginales douces à partir du quatrième jour.

Les fils (catgut) se résorbent spontanément.

Après quinze jours, il sera bon de faire quelques pansements au salol pour

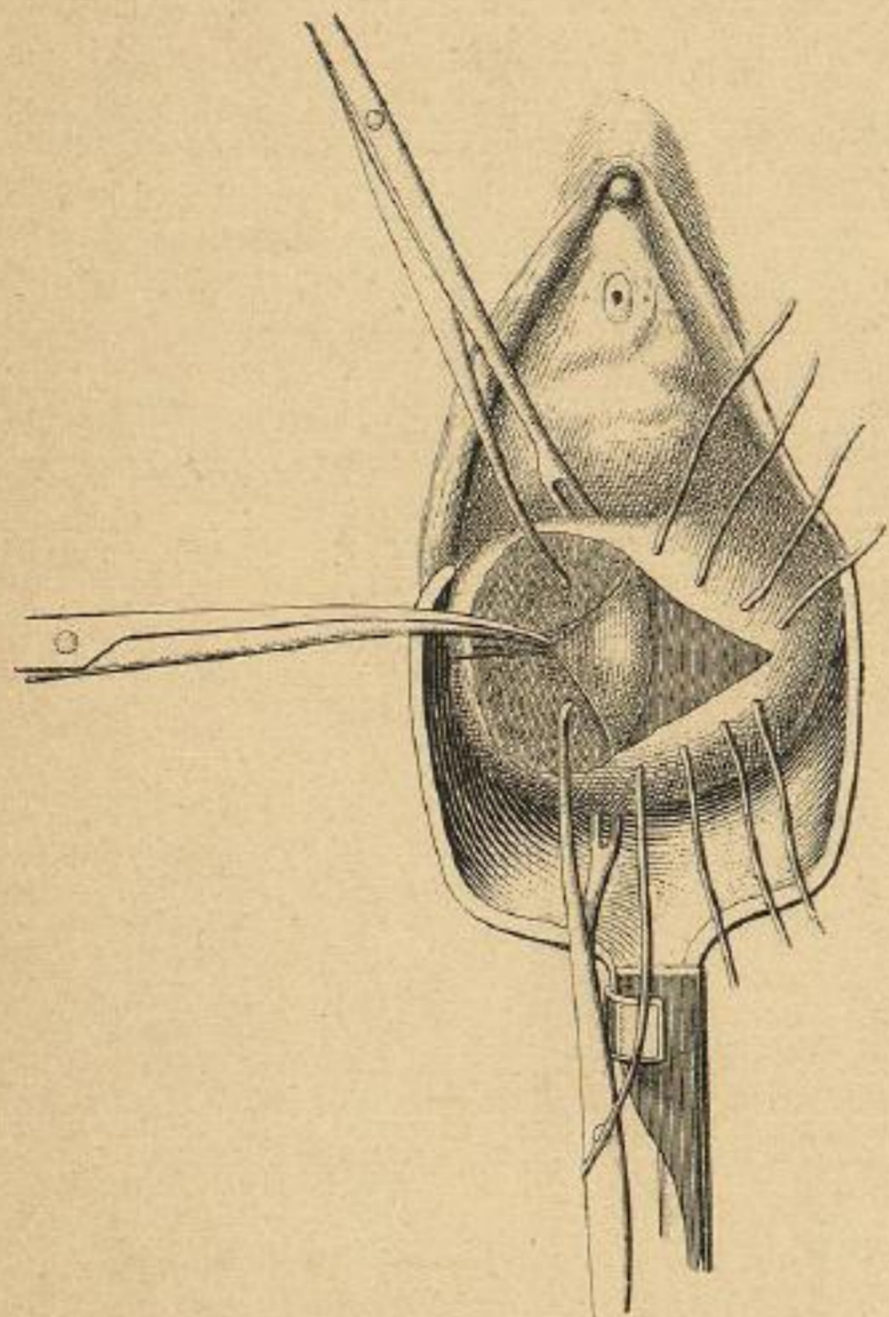


Fig. 303. — Formation du lambeau et placement des premières sutures.

aider à la cicatrisation des points, qui n'auraient pas été réunis par première intention.

*Sänger*<sup>1</sup> a proposé une nouvelle opération destinée à remplacer celle de *Schröder*, et dans certains cas aussi celle d'*Emmet*.

Cette opération qui s'inspire comme idée de la méthode de périnéoraphie par la méthode Lawson-Tait, se pratique, ainsi que le font comprendre les

<sup>1</sup> *Klin. Vortrage*, n° 6, juillet 1890.

figures ci-jointes (303-304-305), en détachant un lambeau triangulaire, dont la pointe regarde la périphérie du col et la base le centre du col.

On pratique ensuite les sutures à la soie ou au crin de Florence en refermant de haut en bas la brèche ainsi créée.

Une partie du lambeau sert à former la paroi utérine du canal cervical et

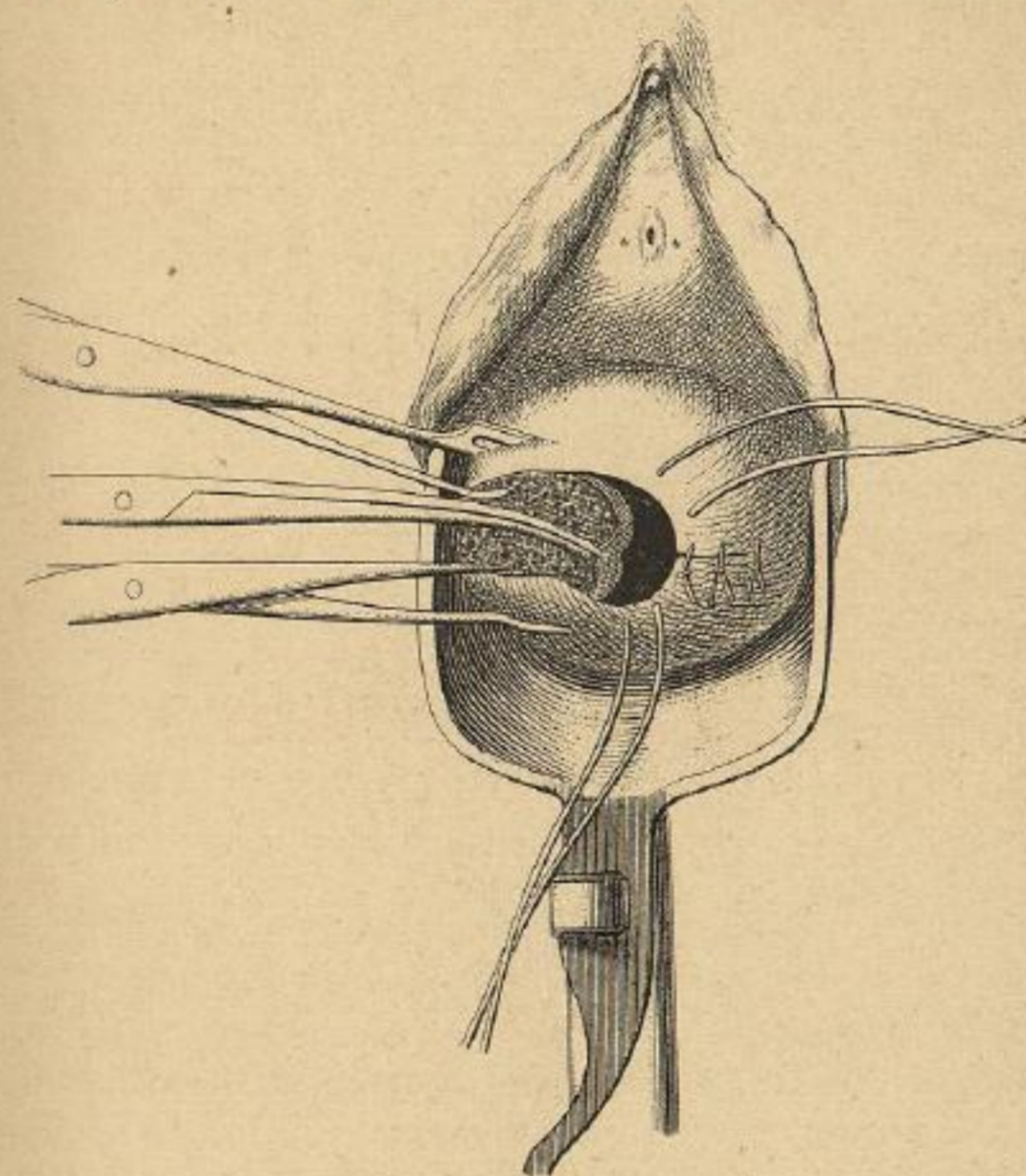


Fig. 304. — Continuation de l'opération.

est comprise dans les sutures qui passent à son niveau, la partie superficielle devient inutile et doit être réséquée.

Cette opération, minutieuse et ingénieuse, me semble dans la majorité des cas inférieure à celle de *Schröder*, car elle ne permet pas d'enlever profondément et largement les tissus malades, ce qui est indispensable quand on veut obtenir la guérison complète des métrites avec ectropion invétéré.

L'opération d'*Emmet* ou *tracheloraphie* a pour but de refermer le col déchiré, de le reconstituer dans sa forme normale; l'opération de *Schröder* ou *trachelotomie* enlève le tissu malade, et amène secondairement un travail d'involution au niveau du col et même dans tout l'utérus.

La première convient donc aux déchirures cervicales, la seconde aux inflammations.

Souvent ces deux états pathologiques sont réunis; il faut alors combiner

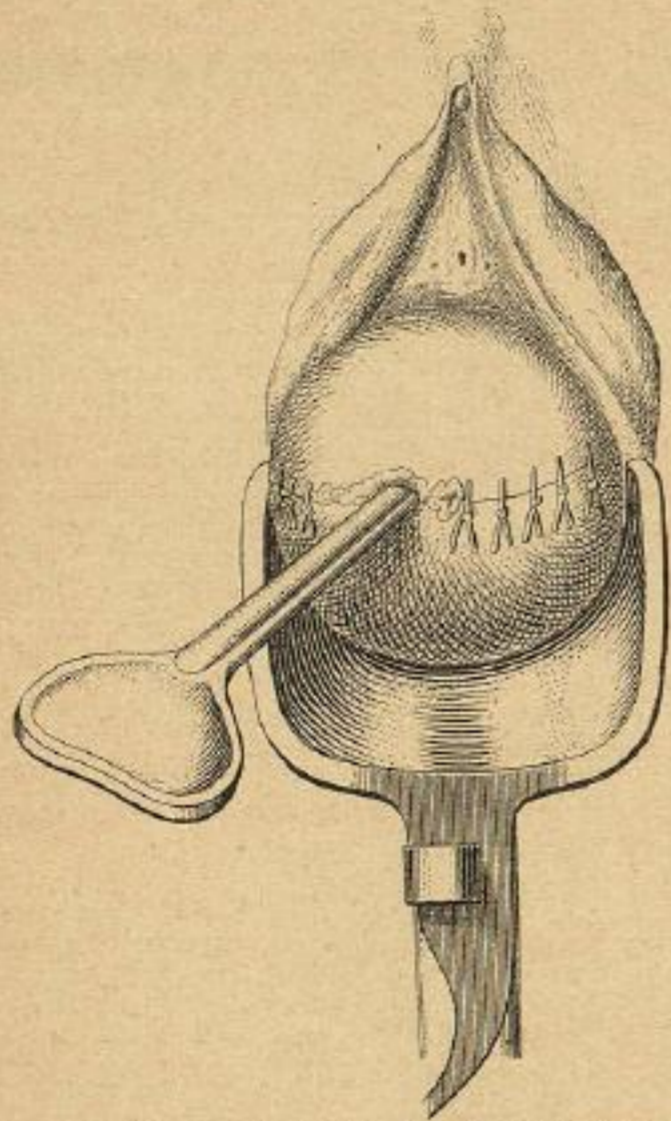


Fig. 305. — Opération terminée (opération de Sanger).

les deux opérations et faire un *Schröder-Emmet*, une *trachéloraphotomie*.

Dans ce but on pratiquera du côté de la déchirure un avivement comme pour une opération d'*Emmet* ordinaire (fig. 306), bilatérale si la déchirure est double, et on continuera ensuite par un avivement, qui simulera celui produit par la section du col dans la trachéloraphie ordinaire, et par l'amputation des lèvres comme dans l'opération de *Schröder*.

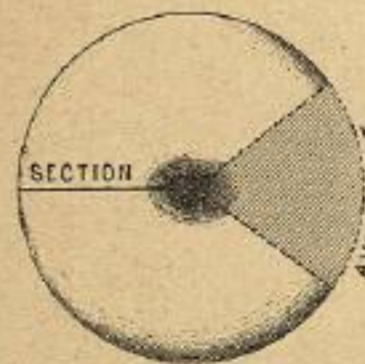


Fig. 306. — Incision simple à gauche. Avivement à droite où il y a une déchirure.

L'opérateur comprendra facilement la manière de combiner ces deux opérations, pourvu qu'il ait l'instinct chirurgical et saura ainsi arriver sans difficulté à la *réparation du col* et à sa restitution *ad integrum*.

Le traitement chirurgical de la métrite généralisée, tel qu'il vient d'être indiqué, fait par une main habile et antiseptique,

ne présente aucun danger; c'est une opération essentiellement bénigne.

Il constitue le traitement de choix pour toutes les métrites chroniques où le col est atteint, ce qui est la règle.

C'est donc au traitement chirurgical qu'il faudra donner la préférence, et réserver le traitement médical pour les cas légers, et pour les femmes, qui ne veulent pas accepter d'intervention opératoire.

Dans le traitement de la métrite, j'ai omis volontairement toute une série de moyens autrefois en honneur, notamment les *cautérisations au fer rouge*.

Si je mentionne ces cautérisations, ce n'est que pour les proscrire absolument.

Le bistouri est bien plus sûr et plus inoffensif que le fer rouge.

Ce dernier moyen, outre qu'il est parfois suivi d'inflammations péri-utérines graves, détruit mal les tissus malades, son action est toute superficielle de telle sorte que, dans le tissu cautérisé, on laisse des glandes pathologiques, qui continuent à entretenir la maladie.

Au lieu d'améliorer la situation par ces cautérisations, on ne fait que l'aggraver, en fermant par du tissu cicatriciel les orifices de ces glandes enflammées.

La grande supériorité du bistouri est qu'il permet de voir et d'atteindre tout le tissu malade; son intervention est radicale; en outre son action est plus douce et moins dangereuse que celle du fer rouge; on ne saurait donc hésiter à lui accorder la préférence.

### 3° Salpingo-ovarite.

La salpingo-ovarite peut être simple ou kystique et dans ce dernier cas le contenu est tantôt du sang, tantôt de la sérosité, tantôt du pus.

Le diagnostic et le traitement des salpingo-ovarites kystiques seront exposés avec les tumeurs génitales.

Quant à ce qui concerne l'hématosalpinx et l'hydrosalpinx, pyosalpinx, le diagnostic et le traitement seront étudiés avec les suppurations pelviennes (voir p. 290); je ne m'occuperai ici exclusivement que des *salpingo-ovarites non kystiques*.

La trompe à l'état normal n'est pas perceptible par le toucher vaginal combiné au palper.

Toute trompe qu'on sent avec le doigt par le toucher vaginal est donc pathologique.

Si la sensation est celle d'un cordon dur, roulant sous le doigt, mince au niveau de la corne utérine, un peu plus gros en se rapprochant du pavillon et de l'ovaire, il s'agit d'une *salpingite parenchymateuse*.

La salpingite a pour cause habituelle la métrite dont elle est la simple propagation.

C'est-à-dire qu'il y a autant de variétés étiologiques de salpingites que de métrites.