



LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DES
MALADIES
DE LA
VOUTE DU PHARYNX

PAR

L.-J.-A. MÉGEVAND

MÉDECIN DIPLOMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
ANCIEN MÉDECIN ASSISTANT DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

THÈSE INAUGURALE

présentée à la Faculté de Médecine de Genève pour obtenir le grade
de Docteur en Médecine.

AVEC DEUX PLANCHES

Mémoire couronné par la Faculté de Médecine de Genève.

Pris de la Société auxiliaire des Arts et des Sciences.

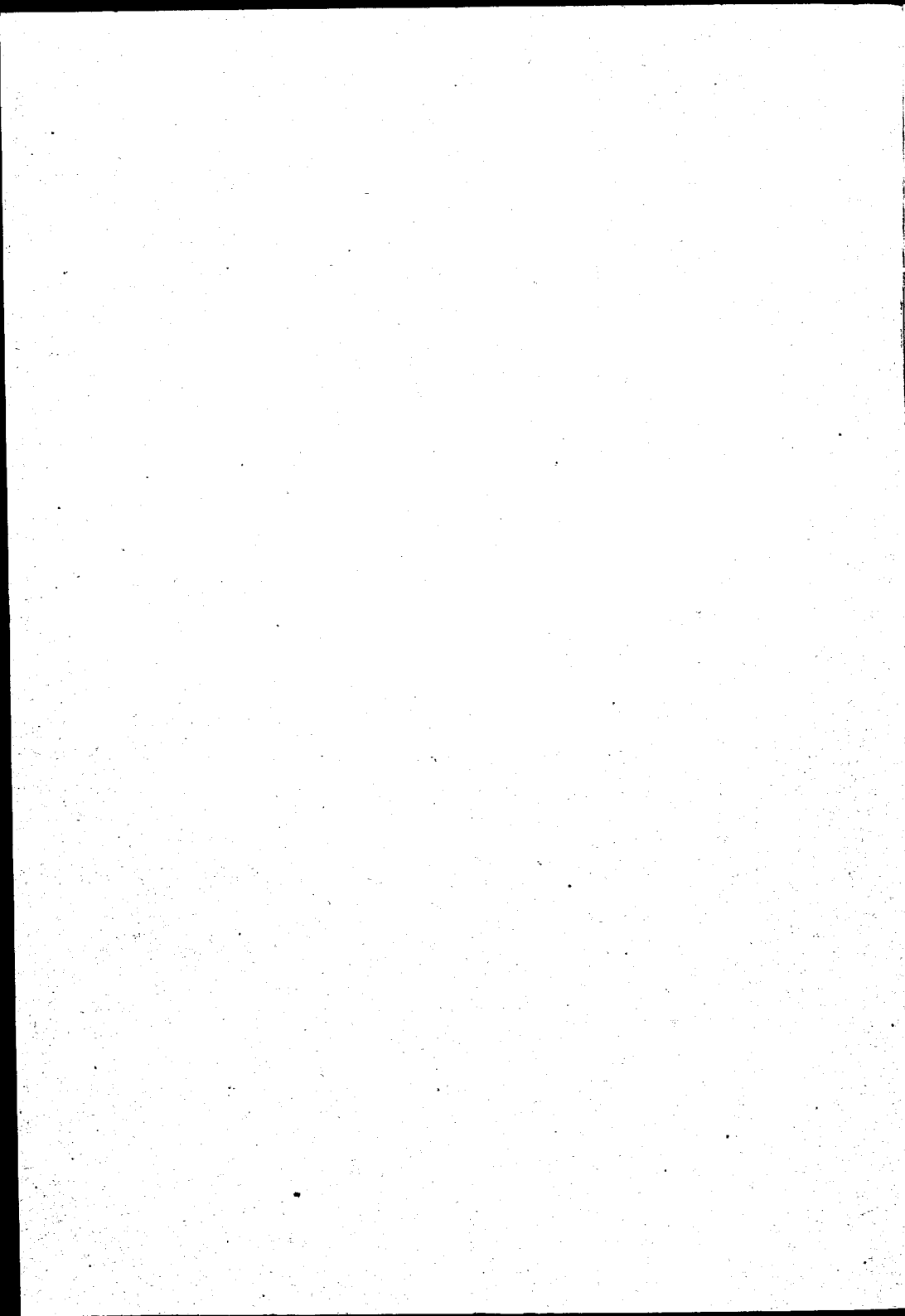
Concours 1886.



GENÈVE

IMPRIMERIE RIVIERA ET DUBOIS, RUE DE RIVE, 5

1887



LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DES
MALADIES
DE LA
VOUTE DU PHARYNX

PAR
L.-J.-A. MÉGEVAND

MÉDECIN DIPLÔMÉ DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE
ANCIEN MÉDECIN ASSISTANT DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

THÈSE INAUGURALE
présentée à la Faculté de Médecine de Genève pour obtenir le grade
de Docteur en Médecine,
AVEC DEUX PLANCHES

*Montrée soumise par la Faculté de Médecine de Genève,
Prix de la Société académique des Arts et des Sciences
concours 1886*

GENÈVE

IMPRIMERIE RIVERA ET DUBOIS, RUE DE RIVE, 5

1887

À mon Père.

À ma Mère.

À mon Frère.

HOMMAGE D'AFFECTION ET DE RECONNAISSANCE

A MES VÉNÉRÉS MAÎTRES

F.-W. ZAHN

Professeur d'Anatomie pathologique à l'Université de Genève.

L. REVILLIOD

Professeur de Clinique médicale à l'Université de Genève.

La Faculté de Médecine, après avoir pris connaissance de la présente thèse, en autorise l'impression, sans entendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui s'y trouvent énoncées.

Genève, le 20 Janvier 1887.

Le Doyen de la Faculté :

H.-J. GOSSE.

INTRODUCTION

L'étude des maladies du pharynx et du nez a fait depuis quelques années un progrès considérable, grâce aux nombreux moyens d'investigation mis en usage par les praticiens; mais il reste encore bien des points obscurs sur ce qui touche l'anatomo-pathologie des lésions que l'on constate cliniquement. Il y a là une lacune assez grande, surtout très manifeste pour les affections de la voûte du pharynx. Nous nous sommes proposé de contribuer par ce travail, dans la mesure de nos faibles ressources, à combler cette lacune, espérant que d'autres auteurs poursuivront peut-être l'étude macroscopique et microscopique de ces lésions.

Malgré la diversité des sujets traités, ce travail est loin d'être complet. Nous nous sommes borné à relater, parmi les affections de la voûte du pharynx, celles qui étaient les plus fréquentes et que nous pouvions le plus facilement rencontrer dans le matériel mis à notre disposition.

C'est avec les conseils et la direction du professeur Zahn

que nous avons entrepris cette étude. Il nous a remis avec une grande obligeance tout le matériel dont il pouvait disposer et provenant des services de cliniques médicale et chirurgicale de l'Université. Nous ne saurions trop le remercier pour son dévouement, pour les conseils qu'il nous a donnés pendant l'élaboration de ce travail et pour l'usage qu'il nous a permis de faire de sa bibliothèque. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Toutes nos pièces proviennent d'autopsies faites de 12 à 48 heures après la mort et ont été enlevées au moyen de la tréfine de Klebs. Le champ à examiner était donc, comme on le pense, assez limité, et malheureusement il nous a été difficile de juger de l'état des amygdales vraies et de leur relation avec certaines altérations de la cavité naso-pharyngienne, telles qu'elles sont mentionnées par les auteurs.

La description macroscopique a été faite immédiatement après l'autopsie; chaque pièce a été mise ensuite dans le liquide de Müller pendant un temps assez variable. Quant à celles qui ont servi aux préparations microscopiques, elles ont été lavées pendant 24 heures sous un robinet d'eau froide puis mises dans l'alcool, ensuite dans un mélange d'alcool et d'éther, et enfin dans la celloïdine. Plusieurs coupes ont été examinées après coloration au picro-carmin. Maintes fois nous avons fait d'autres réactions avec la teinture d'iode ou l'iodmethylé pour rechercher la dégénérescence amyloïde, mais sans aucun résultat. Les coupes étaient ensuite montées à la glycérine ou au baume de Canada.

Nous avons divisé notre travail en deux parties. La

première traite plus spécialement de l'anatomie normale de la région qui nous occupe; la seconde, des altérations anatomo-pathologiques proprement dites.

Les observations sont suivies des conclusions et de la discussion sur chaque sujet traité. Il était difficile de tirer une conclusion générale de l'ensemble du travail vu la diversité des objets; c'est pour cela que nous avons préféré terminer chaque chapitre en indiquant nos résultats et nos réflexions.

Nous ne nous dissimulons pas qu'il y ait dans ce travail beaucoup de lacunes encore. Mais si nous avons pu attirer l'attention sur ce côté encore peu connu de l'anatomie pathologique, nous estimons avoir déjà atteint une bonne partie de notre but. Peut-être aurons-nous provoqué de nouvelles recherches.

Avant de terminer nous tenons à remercier MM. les professeurs Vogt, Yung et Eternod pour les ouvrages qu'ils ont mis à notre disposition, facilitant ainsi nos recherches bibliographiques. Merci également à notre ami et collègue le docteur Warynski, qui a bien voulu se charger de l'exécution des dessins originaux d'après quelques-unes de nos préparations.

Plan-les-Ouates, octobre 1886.

Ce mémoire, terminé en octobre 1886 et présenté comme sujet de Concours pour le Prix universitaire à la Faculté de Médecine de Genève, qui l'a couronné au mois de janvier dernier, n'a pu être, par suite de mon séjour prolongé à l'étranger, livré à l'impression qu'au mois de mai de cette année.

L. M.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Cavité naso-pharyngienne. — Anatomie normale.

Avant d'entreprendre l'étude anatomo-pathologique des altérations de la voûte du pharynx, nous avons pensé qu'il serait utile de jeter un coup d'œil rapide sur l'anatomie normale de la région qui nous occupe. Nous nous rattacherons à la description admise par la plupart des anatomistes, nous réservant de traiter plus spécialement dans les chapitres qui suivent ce qui se rapporte à l'amygdale et à la bourse pharyngiennes.

Nous pouvons, suivant Sappey ⁶⁸ *, considérer le pharynx comme formé de trois portions différentes, à savoir : 1° une portion supérieure ou nasale étendue de l'apophyse basilaire au voile du palais ; — arrière-cavité des fosses nasales, arrière-narines (cavum naso-pharyngeum des auteurs allemands) ; 2° une portion moyenne ou buccale, étendue des piliers postérieurs du voile du palais à l'os hyoïde — arrière-cavité de la bouche ; — 3° une portion inférieure ou

* Voy. Bibliographie.

laryngée limitée en haut par l'os hyoïde, en bas par le bord inférieur du cartilage cricoïde.

Il ne sera question dans ce travail que de la première portion, et voici ce que cet auteur en dit : « L'arrière-
« cavité des fosses nasales est une sorte de carrefour
« destiné à établir une large communication entre les
« fosses nasales d'une part et les voies respiratoires et
« digestives, de l'autre.

« Elle offre une forme irrégulièrement cubique, en
« sorte qu'on peut lui distinguer six parois : une paroi
« supérieure et une paroi inférieure, obliquement des-
« cendantes ; une paroi antérieure et une paroi posté-
« rieure verticales, et deux parois latérales, verticales
« aussi.

« La paroi supérieure répond à l'apophyse basilaire.
« Sa direction est oblique de haut en bas et d'avant en
« arrière. En se réunissant à la paroi postérieure, elle
« forme avec celle-ci un angle obtus, ouvert en avant de
« 120 à 130°. Lorsque la tête s'incline fortement en ar-
« rière, attitude qu'elle prend chez un malade dont on
« examine le fond de la gorge, la paroi supérieure de-
« vient verticale. Cette paroi est unie et d'un blanc rosé.

« La paroi inférieure constituée, par le voile du pa-
« lais, s'incline comme la précédente, en bas et en
« arrière ; son obliquité est seulement un peu plus pro-
« noncée. Son bord postérieur offre sur la ligne mé-
« diane un prolongement conoïde qui constitue la
« luette ; et de chaque côté une arcade représentée par
« les piliers postérieurs du voile du palais. Ces deux
« arcades circonscrivent, avec la paroi postérieure du
« pharynx, un orifice qui établit dans l'état habituel
« une libre communication entre les cavités nasale,
« buccale et pharyngienne.

« La paroi antérieure présente sur la ligne médiane
« une crête verticale formée par le bord postérieur de
« la cloison des fosses nasales, et de chaque côté
« l'ouverture postérieure de ces fosses. Cette paroi
« n'existe donc pas à proprement parler. La paroi
« postérieure répond à l'atlas, au corps de l'axis et
« aux muscles grand et petit droit antérieur de la tête.

« Les parois latérales, séparées par un sillon ver-
« tical de la paroi correspondante des fosses nasales,
« présentent d'avant en arrière: 1° l'embouchure du
« conduit guttural, ou pavillon de la trompe située au
« niveau du bord supérieur du cornet inférieur, à 3^{mm}
« en arrière du sillon qui limite la paroi externe des
« fosses nasales, à 12^{mm} au-dessus du voile du palais;
« 2° une dépression profonde répondant à l'union de
« chaque paroi latérale avec les parois postérieure et
« supérieure. » (Vol. III, pages 702 et 703.)

D'après le même auteur, le diamètre vertical de la
portion nasale est de 2 1/2 à 3 ctm. en avant et de 5 en
arrière; le transverse mesuré en arrière des trompes
d'Eustache, où il offre sa plus grande étendue est de
4 1/2 à 5 ctm., plus bas il se réduit à 4; l'antéro posté-
rieur de 2. (Vol. IV, p. 133-134.)

Selon Trautmann⁸², la paroi supérieure commence
à la limite de l'ouverture postérieure des fosses na-
sales (choanes) et s'étend jusqu'à une ligne menée
transversalement par le tubercule pharyngien; elle a
chez l'adulte 2 ctm. de longueur.

Les vaisseaux sont fournis par la pharyngienne
inférieure, branche de la carotide externe, la ptérygo-
palatine ou pharyngienne supérieure, branche de la
maxillaire interne et qui se perd dans la voûte; la pa-

latine descendante qui vient également de la maxillaire interne.

Les veines forment un plexus à mailles irrégulières sur la paroi postérieure et vont se jeter dans la jugulaire interne.

Les nerfs sont fournis par le trijumeau, le glosso-pharyngien, le vague et les rameaux venant du ganglion supérieur du sympathique.

Les lymphatiques forment deux ou trois troncs qui vont se jeter dans le gros ganglion sur les côtés et un peu en arrière du muscle constricteur supérieur (Sappey). Ils forment un riche réseau sur toute l'étendue de la muqueuse.

C'est sur la paroi supérieure ou voûte du pharynx que se trouvent la tonsille (Luschka, Lacauchie) et la bourse pharyngiennes (Mayer). Ces deux organes, sur la nature et l'origine desquels se sont engagées bien des discussions, ont acquis, depuis l'extension qu'ont prise de nos jours les études laryngoscopiques et rhinoscopiques, une grande importance à cause du rôle qu'on leur fait jouer dans la pathogénie de certaines affections de cette région.

D'une manière générale nous dirons, quant à ce qui regarde la structure de la muqueuse de la voûte, qu'elle est formée par un épithélium cylindrique à cils vibratiles semblable à celui des fosses nasales, dans la partie correspondante à l'apophyse basilaire et le voisinage des trompes. On y trouve des glandes muqueuses et des follicules clos également (Pouchet et Tourneux⁶⁴, p. 547). Nous en reparlerons avec plus de détails à propos de l'amygdale pharyngienne.

CHAPITRE II

Amygdale et bourse pharyngiennes. — Historique.

Désirant attirer particulièrement l'attention sur les altérations de la tonsille et de la bourse pharyngiennes, il nous a paru intéressant de dire quelques mots sur ce qui touche à l'historique de ces organes.

Il semble, à première vue, préférable d'envisager le sujet d'une manière spéciale pour chacun d'eux; cependant, étant données leurs étroites connexions et, d'autre part, le fait que beaucoup d'auteurs les ont mentionnés et décrits simultanément, nous avons pensé qu'il serait plus profitable de faire l'historique dans un chapitre unique, tout en accordant à chaque organe l'importance et la place qui lui reviennent dans l'ordre chronologique. Si de nos jours on est parvenu, grâce à nos moyens d'investigation, à les décrire d'une façon plus exacte, à en reconnaître leur nature, à étudier, autant qu'on a pu le faire encore, leur développement et à leur assigner leur véritable rôle dans la pathogénie de certaines affections de la cavité naso-pharyngienne, nous verrons cependant qu'ils n'ont pas

échappé complètement à l'attention des anatomistes anciens, tout au moins pour l'amygdale; la mention et la description de la bourse pharyngienne ne datant que d'un demi-siècle au plus.

Winslow ⁹¹ dit déjà en 1732, en parlant de la membrane qui tapisse le pharynx: « Cette membrane est « toute glanduleuse; elle est plus épaisse à la voûte et « à la cavité moyenne du pharynx que dans le fond « inférieur. Elle forme immédiatement au-dessus de la « première vertèbre plusieurs rugosités longitudinales « fort épaisses et profondes, mais courtes, entre lesquelles on trouve ordinairement dans les morts un « amas de mucosités. » A quoi assimiler ces rugosités longitudinales, si ce n'est à ces bandelettes de tissu adénoïde que nous avons décrites plus loin et qui sont séparées entre elles par des sillons plus ou moins profonds! Cependant il ne fait pas encore mention de la bourse d'une manière spéciale.

Santorini ⁶⁹, en 1775, a mieux décrit la muqueuse qui tapisse la voûte du pharynx et qu'il comparait déjà à une amygdale: « *Densam crassamque membranam in leves cavitates, quodam velut ordine compositas discretam offendi, aliquando in inordinatos loculos diductam, aliquando sic cavernosum reperi, quæ conspicuis oculis ac profundioribus sinibus prope modum tonsillas æmularetur* » (p. 54).

A partir de ce moment, et autant que nos recherches nous ont permis de le constater, on ne trouve plus guère dans la littérature d'auteurs parlant d'une façon claire et évidente de la tonsille pharyngienne. Il faut remonter beaucoup plus tard. Il est vrai qu'on a décrit dans l'intervalle certaines tumeurs polypeuses de la



voûte du pharynx qui étaient probablement une simple hypertrophie méconnue de cette tonsille. (Itard, 1823; Bonnet et Perrin, 1837.)

Tortual⁵⁰, en 1846, commence déjà à donner une bonne description des feuilletts et sillons constituant la tonsille, mais sans indiquer à quelle substance il avait à faire.

Arnold⁵¹, en 1847, parle d'amas glandulaires que l'on trouve sur la voûte du pharynx et qui ressemblent aux amygdales ordinaires (2^{me} vol., p. 66, 1^{re} partie).

Il faut aller jusqu'à Lacauchie⁵² qui, sept ans plus tard, en eut une idée plus exacte et donnait un bon aperçu sur la nature de cet organe. Pour lui « les glandes du pharynx constituent à la partie supérieure de cet organe une espèce d'éponge sécrétante. »

Kölliker, en 1863, en fit le premier une description exacte, et reconnaissant la nature lymphatique de cet organe, assimilait sa structure à celle des amygdales ordinaires. Dans la deuxième édition de ses *Eléments d'histologie humaine*, trad. française de Sée, 1868, p. 511, il distingue les glandes du pharynx en deux espèces : les glandes muqueuses ordinaires et les glandes folliculeuses.

« Les glandes folliculeuses se rencontrent à la voûte
« du pharynx, elles sont simples ou composées comme
« les amygdales. Là où la muqueuse adhère fortement
« aux os du crâne, j'ai trouvé constamment une couche
« glandulaire ayant jusqu'à 9^{mm} d'épaisseur, étendue
« d'un orifice tubaire à l'autre et dont la structure ne
« diffère en rien de celle des tonsilles, si ce n'est toute-
« fois que les glandes y sont de dimensions moindres.
« Ces amas auxquels je donnerai le nom de glandes

« folliculeuses du pharynx paraissent déjà avoir été
« vus par Lacauchie (*Traité d'hydrotomie*). C'est à la
« partie moyenne de la voûte du pharynx et les dé-
« pressions qui existent en arrière de l'orifice guttural
« de la trompe qu'elles offrent plus de développement.
« Chez les personnes âgées, elles sont le plus souvent
« distendues par une substance puriforme; chez les
« enfants et les nouveau-nés elles sont le plus souvent
« hyperémies comme les tonsilles. »

A partir de la description de Kölliker l'histoire de la tonsille pharyngienne se confond plus ou moins avec celle de la bourse. Cette dernière, découverte en 1842 par Mayer, F.-J.-C. ⁴⁰, qui l'a observée également chez les mammifères, mentionnée également par Tortual (loc. cit.), qui aurait trouvé sur un crâne de Boschiman et d'un Cafre une dépression dans l'os basilaire correspondant à cette bourse, a été bien décrite plus tard par Luschka ⁴².

Henle ²⁸, en 1866, dans son *Traité d'anatomie*, avait signalé et même donné un dessin représentant de petits enfoncements que l'on trouve à la paroi supérieure du pharynx. Mais en parlant de l'amygdale il refuse de la considérer comme étant formée de substance glanduleuse conglobée (follicules lymphatiques). — *Conglobirte Drüsensubstanz*. — Il a trouvé en outre, « à la surface de la muqueuse, de petites cavités disséminées ou des dépressions plus ou moins superficielles, tantôt une petite ampoule (*Blase*), jusqu'à la grosseur d'un pois, avec orifice étroit ou plusieurs de la même espèce les uns à côté des autres » (p. 83). Dans la figure qu'il donne, ces cavités ou dépressions sont représentées. Cela paraît tout à fait se rapporter à ce

qu'on a décrit sous le nom de bourse et qu'il aurait peut-être trouvée dilatée quelques fois sous forme de kyste.

Luschka⁴⁴, dans un article publié en 1868 dans les *Archives* de Max Schultze et reproduit dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Ch. Robin, en 1869, est celui qui donne une des meilleures descriptions de l'amygdale et de la bourse pharyngiennes. Pour lui, la substance adénoïde qui revêt la partie nasale du pharynx n'offre pas toujours le même aspect. Il l'a trouvée chez le plus petit nombre de cadavres, il est vrai, délicatement creusées de fentes profondes à direction longitudinale, formant ainsi des feuillets séparés par ces fentes ou des lignes saillantes qui se réunissent en partie par la formation d'une sorte de réseau. Les surfaces libres, aussi bien que celles avoisinant les fentes, sont hérissées d'innombrables nodosités blanches, à peine de la grosseur d'une graine de pavot et qui sont les follicules de la substance adénoïde, offrant un fin aspect glanduleux. On y remarque en outre une grande quantité de pores ronds formés en partie par les follicules isolés de la muqueuse excavée, en partie et principalement par les embouchures d'autant de glandes acineuses (*Journal de l'anatomie*, 1869. Vol. VI, p. 228).

Contrairement à l'opinion de Henle, il la considère comme étant formée de substance glanduleuse conglomérée atteignant une épaisseur maximum de 8^{mm} et s'étendant sur une longueur moyenne de 3 cm. à partir de l'extrémité postérieure du toit de la cavité nasale (ib., p. 231). Pour lui également la plus grande partie du tissu globuleux est formée ou de feuillets séparés

par des fentes profondes, ou de poches arrondies plus ou moins distinctes, dont les parois, épaisses de 1^{mm} en moyenne, embrassent des cavités revêtues d'épithélium à cils vibratiles, dans lesquels la muqueuse se prolonge par des ouvertures relativement étroites.

Quant à ce qui regarde la bourse, il a remarqué que presque toujours un orifice plus considérable se trouve dans la région du tissu adénoïde et est situé à la limite inférieure de sa ligne médiane. L'ouverture est tantôt circulaire et du diamètre d'une tête d'épingle, tantôt plus grande et n'est souvent limitée en haut que par un bord plus ou moins dessiné (*Scharfer Rand*). Elle représente l'entrée d'un appendice (*Anhang*) de la voûte du pharynx en forme de poche, oblong, ayant au maximum 1 $\frac{1}{2}$ ctm. de longueur et 6^{mm} de largeur qui, réuni par une couche de tissu cellulaire lâche (*Zellstoffschichte*) à la substance adénoïde, s'élève derrière elle vers le corps de l'occipital, pénétrant l'enveloppe externe fibreuse de cet os. A la partie postérieure se trouvent des glandes acineuses qui enveloppent immédiatement cette bourse; quelquefois même un muscle formant un faisceau dépendant du muscle céphalopharyngien. Il a trouvé sur un crâne de femme de Boschiman une dépression du corps de l'os occipital, en avant du tubercule pharyngien et correspondant à cette bourse. Les parois de la bourse sont formées de substance adénoïde. Souvent elle s'oblitére et donne naissance à un kyste. Il considère cet appendice du pharynx comme un reste fœtal sans importance fonctionnelle à cause de la possibilité de son absence, comme aussi la variabilité de ses dimensions (ib., p. 228).

Ch. Robin⁶⁵ a décrit également dans le *Journal de*

l'anatomie les sillons que l'on trouve sur la voûte du pharynx. Il en compte quatre de chaque côté et indique que le sillon médian, plus profond que les autres, 3 à 4^{mm}, se termine à son extrémité postérieure en *infundibulum* ou *foramen cæcum* (bourse pharyng.), p. 235.

La description que donne Stricker ¹⁶, p. 375, se rapproche de celle de Luschka. En parlant de l'amygdale pharyngienne, Frey ¹⁷, dans son traité d'histologie, lui reconnaît absolument la structure de l'amygdale ordinaire.

D'après Schmidt, on retrouve l'amygdale pharyngienne chez le cochon, le bœuf, le mouton et le chien; elle manque chez d'autres mammifères, le lièvre par exemple.

Voltolini, dans son Traité de rhinoscopie et pharyngoscopie (1879), se contente de mentionner la tonsille pharyngienne d'après Luschka (p. 123 et suiv.). Quant à la bourse il signale un cas sur le vivant où elle avait demi-centimètre de profondeur, 1 cm. de longueur et une largeur de trois-quarts de centimètre. Elle était divisée en deux, d'arrière en avant, par une cloison. Il ne croit pas que les cavités situées sur la ligne médiane, décrites et figurées par Henle puissent être assimilées à la bourse du fait que cet auteur ne fait pas mention de cloison. Pour nous, ainsi que nous l'indiquerons plus tard, cette opinion ne nous paraît pas probante.

Bresgen ⁷ (1884), parle de l'amygdale pharyngienne et la considère comme composée la plupart du temps de follicules lymphatiques; elle apparaît plus rarement comme une masse continue de tissu adénoïde dans lequel sont disposés sans ordre de nombreux follicules gros comme une semence de pavot (p. 22).

Il indique également qu'à la limite inférieure du tissu adénoïde, on trouve très souvent sur la ligne médiane une ouverture grosse comme une tête d'épingle qui conduit dans la bourse pharyngienne de grandeur très variable. Celle-ci est située derrière la tonsille pharyngienne et se dirige vers le corps de l'occipital; elle est souvent oblitérée, aussi son ouverture peut-elle être complètement fermée et donner lieu à un kyste (ib., p. 13).

Ganghofner²⁴ considère la bourse comme un simple recessus médian de la muqueuse.

Wendt et Wagner²⁵ la mentionnent simplement et parlent également de productions kystiques provenant de glandes ou de lacunes, ou même de glandes folliculeuses du pharynx (*Balgdrüse*).

Störk, en 1880, dans son traité clinique des maladies du larynx, etc., ne décrit pas d'une manière spéciale la bourse pharyngienne, mais il cite, p. 87, § 68, le cas d'un jeune garçon de 14 ans chez lequel il aurait trouvé, sur la voûte du pharynx, une ouverture par où il aurait fait pénétrer un stylet à 1 ctm. de profondeur.

Fränkel^{19, 21} parle de la tonsille pharyngienne et de la bourse, et considère cette dernière comme étant en relation chez l'embryon avec l'hypophyse du cerveau.

La description que donne Mackensie²⁶ (vol. I, p. 4, 1834) d'une cavité de profondeur variable que l'on trouve sur la voûte du pharynx se rapporte tout à fait à la bourse.

Depuis, nombre de communications ont été faites sur le sujet, soit dans les revues, soit dans les congrès. Les ouvrages traitant des maladies du pharynx publiés ces deux dernières années en parlent également en reproduisant plus ou moins ce qui a été dit. Mais

partout c'est la partie clinique qui semble avoir le plus attiré l'attention des auteurs. Il existe deux ouvrages qui méritent cependant d'être tout particulièrement signalés.

C'est d'abord un intéressant et remarquable travail publié par le Dr Tornwaldt, de Dantzig ⁹⁷, dans lequel il attire le premier l'attention sur certaines affections de la cavité naso-pharyngienne dues à une hyper-sécrétion de la bourse ou à des productions kystiques, par suite de son oblitération.

D'autre part, c'est le Dr Trautmann, de Berlin, qui, dans un ouvrage publié récemment, donne, au point de vue clinique et anatomique, une excellente description de la tonsille pharyngienne hypertrophiée.

Mayer avait déjà, en parlant des tumeurs adénoïdes du pharynx, étudié ces altérations de l'amygdale hypertrophiée, et plus tard Wendt en fit l'examen sur le cadavre. Mais Trautmann nous donne le résultat de 190 observations, dont quelques-unes suivies d'autopsie, faites au point de vue clinique, anatomique et pathologique. D'excellentes planches aident encore à l'intelligence du sujet. C'est un des travaux les plus complets de ceux qui ont été écrits sur la matière. Nous aurons du reste l'occasion de revenir plus en détail sur les ouvrages de Tornwaldt et de Trautmann.

On trouve actuellement dans les publications périodiques allemandes, françaises, anglaises, etc., très souvent des communications cliniques sur certaines affections de la voûte du pharynx; la partie anatomique ou plutôt anatomo-pathologique seule paraît être un peu négligée. Nous en ferons donc notre principale étude et nous tâcherons de nous en acquitter pour le mieux.

CHAPITRE III

§ 1. — Amygdale pharyngienne normale. — Anatomie. Structure.

Syn. Tonsille pharyngienne.

Considérée aux différents âges de la vie, l'amygdale pharyngienne présente de notables variations dans sa grandeur et ses dimensions. Tantôt très développée chez l'enfant, elle n'est représentée chez l'adulte que par quelques sillons visibles sur la voûte du pharynx et séparant quelques bandelettes de tissu adénoïde. Ce dernier, comme nous avons eu l'occasion de le voir fréquemment dans nos observations, paraît avoir complètement disparu chez le vieillard, et nous y retrouvons difficilement la trace de sillons. Parfois même il n'est représenté chez l'adulte ou le vieillard que par une ou deux bandelettes espacées par de très larges sillons dont le fond paraît directement formé par le tissu conjonctif sous-adénoïdien.

Les cas où l'amygdale avait acquis un volume excessif au point de remplir complètement la voûte nous ont paru assez rares à Genève.

De fait, nous devons considérer la tonsille pharyn-

gienne comme un organe particulier siégeant sur la paroi supérieure du pharynx, immédiatement en arrière de l'ouverture postérieure des fosses nasales et entre les deux fossettes de Rosenmüller. Pour en avoir une idée exacte, il est préférable de l'examiner chez l'enfant dans les premières années de la vie, et l'on verra qu'elle a des limites assez nettes avec la muqueuse avoisinante. Elle apparaît le plus généralement sous forme de bandelettes de longueur et d'épaisseur variables, séparées entre elles par des sillons disposés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane et au nombre de trois, suivant Trautmann, de quatre, suivant Ch. Robin (loc. cit.). Ces sillons sont quelquefois très profonds, ne présentent pas trace de division, ou bien on aperçoit, en les écartant, de petits ponts de substance molle reliant entre elles deux bandelettes. A part leur nombre, on se fera une assez bonne idée de la tonsille pharyngienne en examinant un cercelet, où l'on voit alors que chaque lamelle s'écarte comme un feuillet de livre. Le sillon formé par deux lamelles n'est quelquefois pas très profond et interrompu par un petit pont de substance nerveuse. Il en est de même de la tonsille où chaque bandelette peut s'écarter plus ou moins, suivant la profondeur du sillon.

Immédiatement derrière les choanes, la muqueuse a des limites très nettes; il en est de même en arrière où elle se termine aussi brusquement. D'après Trautmann (loc. cit.), la longueur de l'amygdale pharyngienne varie de 1 ctm. à 1 $\frac{1}{2}$ ctm. jusqu'à l'âge de trois ans; plus tard il est impossible de donner des limites exactes à cause de l'inégal développement du crâne chez les différentes personnes.

Les bandelettes et les sillons ont une direction plus ou moins arquée, et la réunion a lieu soit en arrière soit en avant. Généralement aussi, on voit des bandelettes partir des parties latérales de l'amygdale et se diriger vers les fossettes de Rosenmüller. Celles-ci présentent alors un aspect particulier qui rappelle une éponge dans certains cas, à cause de l'irrégularité des sillons ou des cavités formées par ces bandelettes. Souvent aussi on voit des points de substance molle relier directement l'amygdale à la muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du cartilage des trompes. Suivant le développement du tissu lymphoïde, on comprendra que les fossettes de Rosenmüller n'existent quelquefois qu'à l'état rudimentaire.

Généralement le sillon médian est le plus profond. Considérée à l'état frais, l'amygdale offre un aspect lisse plus ou moins uni ou avec un petit pointillé dû aux orifices glandulaires. Ceux-ci sont surtout visibles après durcissement dans l'alcool ou le liquide de Müller. Quelquefois on voit de petits kystes transparents d'où s'écoule après la ponction un contenu visqueux et sur la formation desquels nous aurons à revenir. D'autres fois il existe à la place du sillon central un kyste plus grand renfermant une bouillie jaunâtre avec cristaux de cholestérine, gouttelettes transparentes, etc.

La muqueuse de l'amygdale a une teinte plus ou moins rosée, variant chez les différentes personnes. Elle est généralement recouverte de muco-pus chez le cadavre, et pour l'examiner complètement il faut la nettoyer sous un mince filet d'eau.

Si l'on fait une coupe à travers une telle tonsille, on voit qu'elle est revêtue à sa surface par un épithélium

cylindrique à cils vibratiles, ou par un épithélium cylindrique stratifié et au dessous une couche de cellules cubiques ou polygonales. Trautmann admet que cette dernière couche existe souvent seule. Nous ne pouvons que confirmer cette opinion.

L'épithélium est séparé du tissu adénoïde par une mince membrane. Le tissu lymphoïde lui-même est formé par un réticulum très fin de tissu conjonctif au milieu duquel se trouvent les cellules lymphoïdes.

La vascularisation varie beaucoup, elle peut être très forte. Elle est fournie en partie par les vaisseaux que nous avons indiqués en parlant de l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne.

On trouve également de nombreux follicules soit sur toute la surface, soit le long des sillons. Ils sont souvent désagrégés et donnent lieu à des kystes, ou bien leur contenu s'est échappé et ils forment alors des trous dans le tissu adénoïde (Trautmann).

Au dessous du tissu réticulé se trouve du tissu conjonctif avec une grande quantité de glandes en grappe, disposées très régulièrement chez l'enfant. Chez l'adulte il n'en est plus de même et la disposition de ces glandes peut varier beaucoup. Les lobules sont alors plus ou moins séparés et entourés de beaucoup de tissu conjonctif. Dans les coupes heureuses, il est permis de suivre les conduits excréteurs jusqu'à la surface du tissu adénoïde : parfois ces conduits sont dilatés partiellement et il semble que l'on a à faire à un kyste en voie de formation.

D'après Trautmann (loc. cit., p. 3), la couche musculaire manque sous le tissu de l'amygdale pharyngienne. Nous ne pouvons, en ce qui nous concerne, pas être

aussi affirmatif et nous admettons avec Luschka que parfois on peut encore y trouver des faisceaux musculaires, mais peu développés.

§ 2. — Bourse pharyngienne.

Nous distinguerons dans la bourse une paroi supérieure, celle qui regarde les parties dures; une paroi inférieure, celle qui est libre; l'ouverture; enfin le cul de sac.

Il serait inexact de se représenter la bourse pharyngienne comme une formation affectant dans tous les cas un type unique. Rien en effet n'est aussi variable et l'on pourra facilement s'en convaincre en lisant les descriptions que nous avons données de nos propres observations. C'est sur la ligne médiane, à une distance variant de 6 à 12^{mm} en arrière du septum nasal que l'on trouve sur la muqueuse de la voûte du pharynx une petite ouverture tantôt arrondie, tantôt sous forme de fente soit longitudinale ou transversale soit même oblique, qui indique son siège. Dans quelques rares cas que nous avons rencontrés (ex. obs. XXXIV) l'entrée de la bourse ressemblait assez à une valvule sigmoïde de l'aorte (formation en nid d'hirondelle) sauf qu'à l'état normal la paroi inférieure était appliquée contre la supérieure et se laissait facilement écarter par l'introduction d'un stylet mousse. La grandeur de l'orifice varie également beaucoup. Parfois grand tout au plus comme une tête d'épingle, il présente dans d'autres cas une largeur ou un diamètre de plusieurs millimètres.

Quelle que soit la forme sous laquelle cet orifice se présente, on pénètre au moyen d'un stylet dans une cavité ou canal dont la profondeur change d'un individu à l'autre, suivant l'épaisseur du tissu adénoïde.

Généralement la bourse pharyngienne affecte la forme d'un entonnoir placé obliquement *d'arrière en avant* et dont l'extrémité amincie se dirige vers l'os basilaire.

Tantôt nous l'avons trouvée sur les pièces que nous avons examinées représentée par une simple dépression de la muqueuse de 1 à 2^{mm} de profondeur au plus; tantôt elle allait en traversant les tissus sous-jacents jusqu'à l'os, et même y laissait une légère empreinte ainsi que Tortual, Luschka, Zahn l'ont déjà observé auparavant. Nous ajouterons cependant que ces derniers cas sont rares et que nous n'en avons trouvé personnellement qu'un seul qui soit typique. Cette dépression dans l'os était alors remplie de tissu fibreux.

Le plus habituellement la bourse s'arrête au fibrocartilage ou au tissu conjonctif sous adénoïdien. Il arrive aussi que la cavité n'est pas unique et qu'elle est séparée en deux par une cloison dirigée soit d'avant en arrière (Voltolini), soit transversalement.

Dans la majorité des cas, et nous faisons abstraction pour le moment de ceux où la bourse pharyngienne donne naissance à un kyste, il s'écoule par la pression un contenu muco-purulent, jaunâtre, plus ou moins épais, variant comme apparence du mucus qui se trouve sur la muqueuse de l'orifice des trompes ou dans la partie postérieure des fosses nasales. Il est constitué par une grande quantité de cellules de pus; des cellules plus grandes paraissent contenir des gout-

telettes graisseuses et des cellules cylindriques à cils vibratiles, provenant sans doute des parois de la bourse ou de l'épithélium de la muqueuse. Souvent sur des pièces fraîches, l'ouverture de la bourse est masquée par une grande quantité de muco-pus plus ou moins desséché, adhérent, jaune-verdâtre, se détachant difficilement sous un filet d'eau et recouvrant une bonne partie de la voûte du pharynx, alors que sur la paroi postérieure et dans les fosses nasales il s'en va facilement et n'offre pas la même apparence. Le mucus qui recouvre la muqueuse des trompes et les fossettes de Rosenmüller est en général plus clair, plus visqueux.

L'opinion de Tornwaldt qui assigne à la bourse une sécrétion propre, différant comme apparence de celle qui recouvre les organes avoisinants et donnant lieu à des symptômes cliniques qu'il a très bien décrits, serait ainsi confirmée.

La bourse pharyngienne existe donc en tant qu'organe spécial pouvant être le siège d'altérations. C'est là un fait indiscutable tiré d'un grand nombre de faits, et cela pour répondre à l'objection de ceux qui ne voudraient voir en elle qu'une simple dépression de la muqueuse assimilable à celle qu'on trouve si fréquemment dans le tissu lymphoïde de la voûte du pharynx et que Henle a déjà figurées dans son traité d'anatomie. Mais ces ouvertures ou dépressions affectent un type irrégulier; elles sont disséminées de chaque côté de la ligne médiane sans ordre quand elles existent. La bourse, au contraire, a un siège déterminé, situé toujours sur la ligne médiane dans le prolongement du septum nasal et donne lieu à une sécrétion différente de celle des ouvertures avoisinantes. Elle est aussi fréquemment

le siège de kystes (Czermack, Tröltsch, Luschka, Zahn, Tornwaldt), dont le contenu et la grandeur varient sensiblement de ceux que nous trouvons ailleurs sur la muqueuse de la voûte. Nous en avons fait du reste l'objet d'un chapitre spécial. La structure des parois formant la bourse est analogue à celle de la tonsille pharyngienne. On y remarque aussi un épithélium à cils vibratiles et des follicules clos faisant saillie à l'intérieur.

§ 3. — Développement de la bourse et de la tonsille pharyngiennes.

Quant au mode de développement de la tonsille et de la bourse pharyngiennes, les données émises par les auteurs qui ont traité le sujet sont assez peu concordantes. En effet, les uns ne voient dans la bourse que le reste d'un canal en relation chez l'embryon avec l'hypophyse cérébrale, tandis que d'autres en font une formation tout à fait indépendante. On sait que le pharynx se développant aux dépens de la portion supérieure du conduit intestinal, est formé par les deux feuillets externe et interne qui se mettent en communication au moyen des fentes viscérales vers le troisième jour (Cadiat¹⁰, p. 665 et suiv.).

D'après Kölliker⁸³, la communication entre les cavités buccale et pharyngienne serait formée par la disparition de la membrane pharyngienne de Remak, dépendant de l'ectoderme et de l'entoderme, et cela aurait lieu du quatrième au cinquième jour chez le

poulet (p. 217). On s'expliquerait ainsi la présence simultanée d'un épithélium cylindrique et pavimenteux dans la structure du pharynx, ainsi que des papilles * et des follicules clos. Ceux-ci n'apparaîtraient, suivant Chatellier¹⁸ et Frey, que depuis le septième mois.

Pour ce qui concerne le rapport de l'hypophyse et de la bourse, il faut savoir qu'au début l'hypophyse n'est qu'une dépression ectodermique qui se porte à la rencontre du cerveau et, dérivant par son segment antérieur de la cavité buccale primitive, en formant une espèce de diverticule (poche ou saccule hypophysaire) détaché par la suite de la paroi pharyngienne par la transformation de la base du crâne et transformé en un organe glandulaire (Kölliker, loc. cit., p. 543).

La bourse ne serait probablement qu'un reste de ce diverticule. Le même auteur aurait également trouvé, sur un embryon de 10 à 11 jours, la poche accessoire postérieure décrite par Seessel sur l'embryon du poulet. Elle avait une forme en entonnoir, une profondeur de 64μ à 81μ , un orifice de 70μ et dans le fond un épithélium cylindrique atteignant l'épaisseur remarquable de 32μ . Ce diverticule pourrait bien être, d'après Seessel, le rudiment de la tonsille pharyngienne. Kölliker a trouvé aussi cette poche sur un embryon humain de quatre semaines, mais il n'émet pas d'opinion à ce sujet (ib., p. 843).

Comme on le voit d'après ces données la tonsille et la bourse se développeraient indépendamment l'une de l'autre; fait qui peut se concilier, d'après la position chez l'embryon de cette poche ou « bourgeon creux »

* Voir chapitre XI.

décrit par Seessel, vis à vis du sac hypophysaire situé un peu plus en haut.

Pour Luschka ⁴³, ainsi que nous l'avons déjà dit, la bourse pharyngienne serait un reste fœtal sans importance fonctionnelle et en relation chez l'embryon avec l'hypophyse cérébrale. Dans son article publié dans le *Journal de l'anatomie* de Ch. Robin, 1869, p. 239 et suivantes, voici ce qu'il en dit : « Depuis que s'est « confirmée l'hypothèse de Ratke que le lobe glandu-
« leux du corps pituitaire provenait essentiellement d'un
« étranglement de la muqueuse de l'arrière-bouche,
« on peut d'autant moins repousser notre hypothèse
« du rapport génétique de la bourse pharyngienne au
« corps pituitaire que j'ai démontré (*Le corps pituitaire
« et la glande coccygienne*, Berlin, 1860) l'existence chez
« le fœtus de cette excavation qui se développe plus
« tard par la croissance. Par là se trouve résolue né-
« gativement la question posée par Tortual, celle de
« savoir s'il y avait quelque rapport entre la bourse
« pharyngienne et le développement de la cavité de
« l'os sphénoïde. »

Ganghofner ²⁴, contrairement à Luschka, n'admet pas qu'il y ait relation entre la bourse et le canal hypophysaire. Il se rattache plutôt à l'opinion de Dursy ¹⁷, qui dit que la bourse pharyngienne est située beaucoup plus en arrière sous l'occipital pendant que le canal hypophysaire chez le fœtus va à travers le sphénoïde. Il considère donc la bourse comme un simple enfoncement de la muqueuse, analogue comme signification aux fossettes de Rosenmüller.

Ce serait un recessus médian par rapport à ces dernières considérées comme recessus latéraux. Mais,

comme le dit Tornwaldt (op. cit.), la bourse a des propriétés anatomiques, physiologiques, et peut-être aussi fonctionnelles propres qui ne permettent pas d'établir une relation entre elle et les fossettes de Rosenmüller.

Fränkel^{19,21} se rattache à l'opinion de Luschka, ainsi que Tedenat⁹⁶. Selon ce dernier auteur la bourse dériverait probablement du diverticule pharyngien dont la partie supérieure serait incluse dans le crâne par la soudure du sphéno-ethmoïdal et sphéno-occipital, et formerait l'hypophyse; la partie inférieure constituerait la bourse. Cette opinion serait assez vraisemblable, étant donné que Landzert a trouvé dans le sphénoïde du nouveau-né ce canal étroit qui serait le reste probable de la partie intermédiaire du canal pharyngo-hypophysaire.

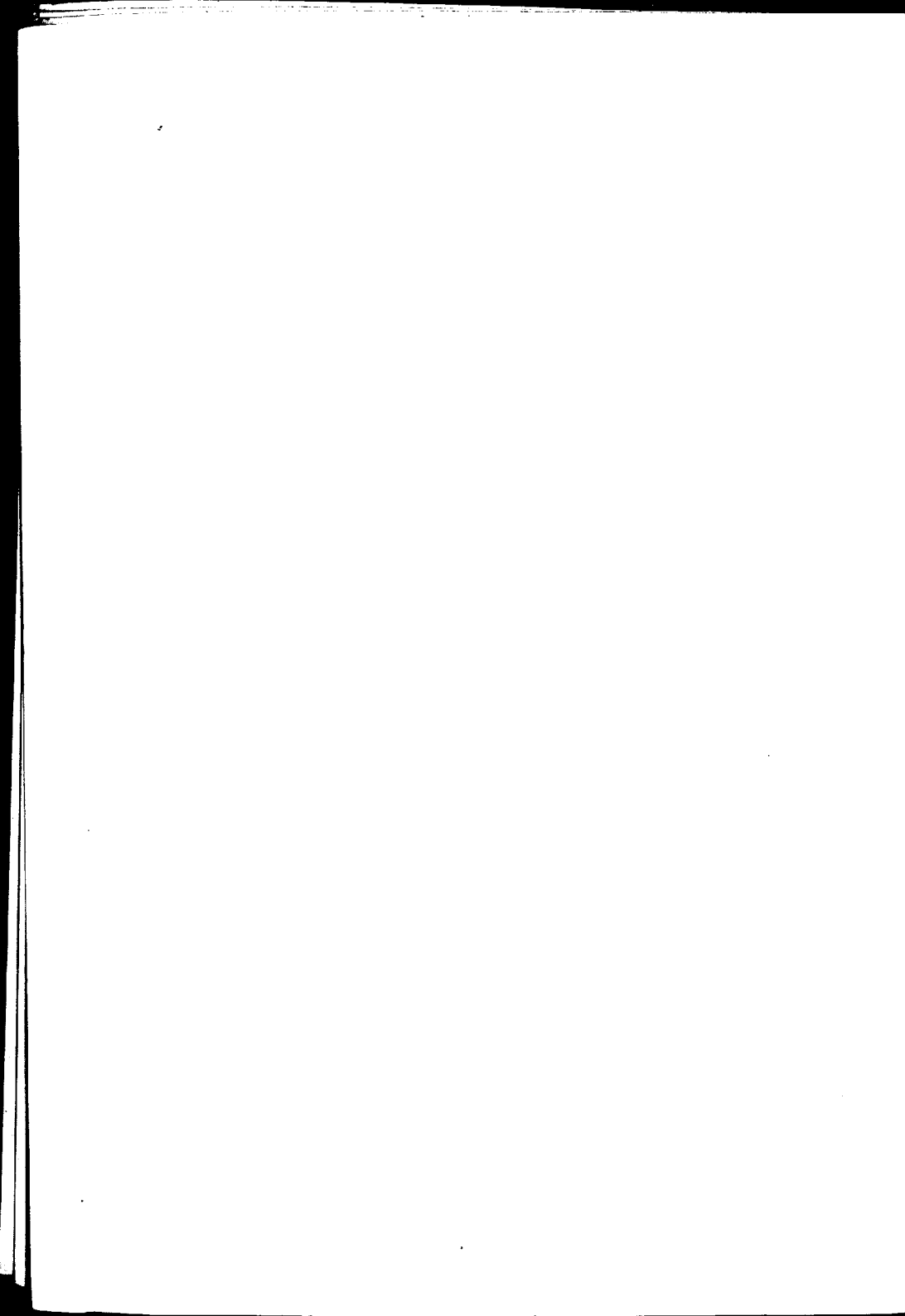
Quant à l'idée émise par Albrecht¹ (*Archiv. de laryngol.*) que l'hypophyse cérébrale est embryologiquement et morphologiquement en dehors de toute relation et indépendante du cerveau, du pharynx et de la cavité buccale primitive, nous n'avons pas à la discuter ici sans sortir du cadre de notre travail.

Quoi qu'il en soit, l'opinion de Luschka paraît la plus probable.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions encore attirer l'attention sur un point. Il nous est arrivé fréquemment dans nos observations de constater à l'extrémité postérieure du sillon médian une petite cavité en entonnoir, à ouverture arrondie et séparée de ce dernier par une cloison transversale. Tantôt elle était plus, tantôt moins profonde que le sillon central, et le contenu en différait souvent. C'est cette cavité que nous croyons être la véritable bourse. En effet, à la

place de cette petite poche il peut y avoir un kyste; d'autre part, cette cavité peut exister sans qu'il y ait trace de sillon médian ou que le tissu adénoïde soit bien développé, et, dans ce cas, elle est toujours très en arrière du septum, 10 à 12^{mm}; or, nous savons que le sillon médian, quelle que soit sa longueur, peut se terminer à une pareille distance, mais est dans tous les cas, toujours plus rapproché du septum.

DEUXIÈME PARTIE



**Maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales, soit de la
voûte du pharynx en particulier.**

Notre intention dans les chapitres qui vont suivre n'est pas de traiter d'une façon complète toutes les affections de l'arrière-cavité des fosses nasales au point de vue anatomo-pathologique. Nous n'aurons en vue que celles que nous avons pu observer nous-même directement et qui sont, en outre, celles que l'on peut rencontrer le plus fréquemment. A ce titre-là, l'on comprendra que le nombre des sujets traités doit être très restreint. Nous donnerons, autant que faire se pourra, un petit aperçu historique en tête de chaque chapitre. Après quoi nous ferons suivre les observations originales en indiquant le résultat de nos recherches et en comprenant ce que nous avons trouvé avec ce qui a été décrit déjà par d'autres auteurs. Nous laisserons de côté tout ce qui n'a pas trait directement au sujet, en nous bornant simplement à la description macroscopique des pièces dont quelques-unes sont suivies du résultat de l'examen microscopique. Beau-

coup d'affections sont déjà parfaitement connues au point de vue clinique ; la partie anatomique l'est beaucoup moins. Notre but a été seulement de chercher à éclaircir certains points encore obscurs des altérations de la voûte pharyngienne au point de vue anatomopathologique et nous diviserons comme suit les chapitres que nous avons à traiter :

Chapitre IV. Catarrhe aigu.

Chapitre V. Catarrhe chronique.

Chapitre VI. Hypersécrétion de la bourse.

Chapitre VII. Ulcérations de la voûte pharyngienne et de la bourse.

Chapitre VIII. Kystes de la bourse.

Chapitre IX. Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Chapitre X. Atrophie du tissu adénoïde.

Chapitre XI. Appendice. — Papilles.

CHAPITRE IV

Catarrhe aigu.

Bien que la plupart des auteurs refusent d'admettre au point de vue clinique un catarrhe aigu de la cavité naso-pharyngienne, vu la rapidité avec laquelle une affection de ce genre passe à l'état chronique, ou qu'ils la considèrent comme une simple complication d'une autre maladie, nous ne pouvons, au point de vue de l'anatomie pathologique, la mettre complètement de côté et nous ranger à leur opinion. En effet, nous avons réuni quelques observations, qui peuvent justifier notre manière de voir.

Morell Mackenzie ⁵⁶ (vol. II, p. 685) et Moure ⁵⁷ (p. 255) ne font que le mentionner en passant. Paulsen, de Kiel ⁵⁸ l'admet d'une façon positive et il serait, selon cet auteur, assez fréquent. Dans ce cas, il a trouvé la muqueuse tuméfiée, rouge, bouffie, l'amygdade pharyngienne grosse, les fossettes de Rosenmüller effacées (*verstrichen*). Dans les enfoncements de la tonsille plusieurs bouchons jaune-blanchâtres, qui donnaient à la muqueuse une apparence tachetée, etc. Malheureu-

sement, nous n'avons pas d'examen microscopique. Comme on le verra dans les observations, beaucoup de faits annoncés par Paulsen sont confirmés.

OBSERVATION I. — Gob..., 26 ans. — Diagnostic anatomique: Pneumonie interstitielle du sommet droit. Emphysème et sclérose pulmonaires. Bronchiectasies. Dégénérescence graisseuse du cœur. Stase veineuse dans le cœur droit.

Ce qui frappe surtout dans cette pièce, c'est une hyperémie considérable de la muqueuse pharyngienne qui offre presque partout un aspect violacé. L'hyperémie est également forte dans les autres organes. La muqueuse de la voûte du pharynx, entre le septum nasal et les deux fossettes de Rosenmüller est ordénatiée, fait un peu saillie et en impose d'abord pour une petite tumeur molle, sans caractère ni limites bien nettes.

A 8^{mm} en arrière du vomer, existe une petite ligne blanche disposée transversalement et paraissant formée de tissu cicatriciel. Pas d'orifices ou sillons appréciables à l'œil nu. Enduit muco-purulent, jaunâtre, recouvrant la muqueuse en général et particulièrement la voûte du pharynx. Fossettes de Rosenmüller effacées. Trompes d'Eustache perméables ; leur orifice pharyngien est rempli de mucus transparent. — Muqueuse des cornets inférieurs hypertrophiée, hyperémie ; mucus dans les fosses nasales.

En détachant de l'os les parties molles, on remarque une petite dépression sur la ligne médiane, en avant du tubercule pharyngien, mais qui n'intéresse que le fibro-cartilage. L'os lui-même ne présente rien d'anormal.

OBSERVATION II. — Dech..., J., 62 ans. — D. A.: Pyélonéphrite aiguë. Hypertrophie de la prostate. Cystite. Bronchite et Emphysème.

Muqueuse de la voûte du pharynx, du cartilage des trompes et des fossettes de Rosenmüller fortement hyperémie, d'un aspect violacé. Sur la voûte, quelques bandelettes formées de tissu adénoïde et quelques sillons courts peu pro-

fonds, ne rappelant pas dans leur ensemble l'amygdale pharyngienne. Ces derniers sont remplis de mucus transparent, visqueux. La partie supérieure du pharynx nasal est recouverte d'une sécrétion analogue. A 8^{mm} en arrière du septum et à l'extrémité postérieure du sillon médian, long de 3 ou 4^{mm}, existe une petite ouverture grande comme une tête d'épingle, permettant d'entrer avec un stylet mousse dans une cavité dirigée obliquement d'arrière en avant, et profonde de 4^{mm}. Par la pression, il s'en écoule un mucus visqueux, transparent, analogue à celui déjà signalé. Des parties latérales de la voûte partent des bandelettes de tissu adénoïde, qui traversent obliquement les fossettes de Rosenmüller, en éreoscrivant des sillons plus ou moins profonds et vont rejoindre la muqueuse qui recouvre la partie postérieure du cartilage des trompes. L'ouverture de ces dernières est obstruée par du mucus ; elles n'offrent rien de particulier à l'intérieur. — Paroi postérieure du pharynx lisse, légèrement hyperémiee. Fosses nasales également hyperémies et renfermant une grande quantité de mucus.

Muqueuse recouvrant le septum sans altérations ; celle de la partie postérieure des cornets inférieurs est un peu hypertrophiée, irrégulière. Rien de spécial aux cornets moyens.

OBSERVATION III. — Jq., Joséphine, 32 ans. — D. A. : Bronchopneumonie droite. Pleurésie purulente gauche. Dégénérescence graisseuse du foie. Néphrite parenchymateuse. Vaginite blennorrhagique. Polypes muqueux de l'utérus.

Hyperémie considérable de la voûte et paroi postérieure du pharynx, ainsi que des cavités nasales, cornets, septum, etc. Tissu adénoïde de la voûte bien développé. Muqueuse unie, lisse, un peu ordématisée, présente plusieurs orifices très petits. De chaque côté de la ligne médiane, un ou deux sillons rectilignes, très courts, remplis de mucus filant. Sillon médian long de 3 ou 4^{mm}. A sa partie postérieure, petite tumeur kystique, de couleur jaunâtre, dont le bord postérieur se confond avec le reste de la muqueuse avoisinante et dont les parties latérales sont limitées par deux bandelettes de tissu adénoïde. Dans les fossettes de Rosenmüller

sillons profonds, formés par des bandes de même tissu, allant rejoindre la partie postérieure de la muqueuse recouvrant le cartilage des trompes. Cette dernière est un peu tuméfiée et rouge. Partout une grande quantité de mucus filant, transparent, visqueux, mais surtout abondant à la voûte. Orifices des trompes obstrués par le même mucus. Intérieur de ces dernières normal.

Examen microscopique. — Grossissement 10 diamètres. (Loupe.)

Tissu adénoïde remarquable par son développement et son extrême vascularisation. Les fentes qu'il présente à sa surface augmentent de nombre et de profondeur, à mesure qu'on se rapproche du septum. On remarque, le long de la muqueuse, de petites proéminences allongées ou arrondies, ressemblant à des papilles. Ces petites saillies disparaissent sur les coupes qui ont dépassé la bourse. Dans quelques préparations, on voit sur la ligne médiane et reposant sur le tissu conjonctif sous-jacent au tissu réticulé, un espace assez grand, formé par une cavité disposée obliquement et rempli en partie d'un contenu homogène, jaunâtre. Les parois sont formées par du tissu conjonctif fibrillaire. Autour de ce premier espace en existent deux autres, à parois formées de tissu conjonctif embryonnaire et renfermant un contenu transparent, finement granuleux, analogue à de la mucine coagulée. — La couche glandulaire ne dépasse pas la ligne médiane.

Obj. 3. — Ocul. 5 Leitz. — L'épithélium de la muqueuse a disparu en grande partie ; il n'est, par place, simplement représenté que par quelques cellules cubiques ou aplaties avec noyau et reposant sur une mince membrane de tissu conjonctif. On observe à la surface de la muqueuse de véritables papilles, dont quelques-unes renferment un gros vaisseau qui va jusqu'à l'extrémité, se recourbe en anse ou entoure le papille en spirale. Dans les unes, on dirait qu'on a à faire à une prolifération du tissu adénoïde, tandis que dans les autres, on a un épithélium plus ou moins cubique, à cellules plates à la surface, avec beaucoup de protoplasme gra-

nuleux autour du noyau. Au-dessous de la muqueuse, quelques cellules adipeuses.

Le tissu adénoïde lui-même présente de nombreuses traçées de tissu conjonctif. La cavité décrite plus haut et occupant la ligne médiane est formée d'une paroi de tissu conjonctif fibrillaire, le séparant du tissu cytogène avoisinant. Elle est tapissée à son intérieur par un épithélium cylindrique court, dont les cils sont parfois encore visibles. Le contenu, plus ou moins homogène, jaunâtre et finement granuleux, est formé de nombreuses petites cellules rondes, semblables aux globules de pus, et de débris épithéliaux à cils. Les deux autres cavités sont revêtues d'un épithélium cylindrique, avec ou sans cils, ou simplement de l'épithélium cubique sous-jacent à l'épithélium cylindrique.

Leur contenu est formé de gouttelettes graisseuses, de corpuscules réfringents, colloïdes, de grandes cellules arrondies, finement granuleuses et à noyau (cellules de Gluge). Leurs parois sont formées de tissu conjonctif embryonnaire. Ces trois cavités ont, en un mot, le caractère de véritables kystes. — Epithélium glandulaire bien conservé dans certains lobules ; dans d'autres, il est troublé, finement granuleux. — Conduits excréteurs un peu dilatés et renfermant de fines granulations et des cellules semblables à celles du pus. Dans le tissu conjonctif sous adénoïdien, beaucoup de cellules adipeuses.

OBSERVATION IV. — Jac., Rose, 42 ans. — D. A.: Tuberculose pulmonaire, péritonéale et pleurale. Cirrhose atrophique. Pachyméningite hémorragique.

Muqueuse de la voûte, de la paroi postérieure du pharynx, du pourtour de l'orifice des trompes et des fosses nasales fortement hyperémiee. Tissu adénoïde bien développé, paraît comme œdématisé ; offre plusieurs petites bandelettes et sillons courts mais assez profonds, qui donnent à la muqueuse un aspect spongieux. Les sillons sont remplis de mucus. A l'extrémité postérieure du sillon médian et à 7^{mm} en arrière du septum nasal, se voit un petit orifice arrondi, grand comme une tête d'épingle, avec cavité profonde de

4^{mm}, formant la bourse pharyngienne proprement dite et séparé du sillon médian par une bandelette transversale de tissu adénoïde. A première vue, il semble qu'on a à faire à une bourse cloisonnée, mais, tandis que le sillon médian est rempli de mucus, la pression avec le stylet fait sortir de la cavité signalée un petit bouchon jaunâtre assez épais, purulent et différent comme apparence du mucus transparent et visqueux qui recouvre la voûte et les parties avoisinantes. Fossettes de Rosenmüller entrecoupées de ponts formés par du tissu adénoïde et allant rejoindre la partie postérieure du cartilage des trompes, dont le canal a un aspect normal. Forte sécrétion dans les fosses nasales. Muqueuse lisse et unie. — Voile du palais également hyperémié, surtout à sa partie postérieure : quelques petites granulations à sa surface.

OBSERVATION V. — Gros., Jolin, 19 ans. — D. A.: Pleurésie purulente droite. Pneumonie du sommet droit et de la base gauche. Tuméfaction trouble du foie et des reins ; tuméfaction des plaques de Peyer, dont une est ulcérée.

Muqueuse de la voûte pharyngienne, principalement entre les fossettes de Rosenmüller, de la partie postérieure de la paroi postérieure du pharynx et du pourtour des trompes, très hyperémiée, œdématisée. Elle présente à sa surface de nombreux orifices conduisant dans des cavités de profondeur variable. A 10^{mm} en arrière du septum nasal et un peu à gauche de la ligne médiane se voient deux orifices arrondis, donnant accès dans deux poches profondes chacune de 2^{mm}, remplies de mucus clair, un peu filant et séparées l'une de l'autre par une cloison. Du côté droit, autre orifice arrondi, conduisant dans une petite cavité dirigée obliquement d'arrière en avant et profonde de 3^{mm}, remplie également de mucus. La muqueuse avoisinant ces orifices est plus hyperémiée qu'ailleurs. — Fossettes de Rosenmüller irrégulières, anfractueuses. L'hypersécrétion est généralisée, intéresse également la paroi postérieure, les fosses nasales et l'orifice des trompes. Plaques d'hyperémie localisée principalement sur les cornets inférieurs et le septum.

D'après ce qui précède, le catarrhe aigu se voit à des âges bien différents. Considéré souvent comme une complication ou une conséquence d'un coryza aigu, d'une angine ou d'une pharyngite simple, il peut encore se voir dans certaines maladies générales, avec forte élévation de température. Nous l'avons vu trois fois dans la pneumonie, une fois dans la pyélonéphrite, et une fois dans la tuberculose aiguë pulmonaire et péritonéale. Dans presque tous ces cas, la muqueuse de la voûte était fortement hyperémisée et œdématiée. Cette hyperémie s'étendait également sur les parties voisines, ainsi que dans les fosses nasales. Les cornets inférieurs étaient hypertrophiés dans les observations I et II.

La sécrétion était abondante, plus ou moins transparente, et obstruait complètement l'orifice des trompes. Cette sécrétion muqueuse peut aussi intéresser les fosses nasales. Dans l'observation IV, nous avons trouvé un peu de pus provenant de la bourse pharyngienne, mais l'aspect général de la muqueuse était le même que celui des autres cas décrits.

Le voile du palais était quelquefois gonflé et hyperémisé, et les fossettes de Rosenmüller parfois peu marquées.

La sécrétion dans le catarrhe aigu diffère de celle du catarrhe chronique en ce qu'elle est plus transparente, visqueuse, tandis que dans ce dernier, elle est, la plupart du temps, muco-purulente, ou franchement purulente, souvent sous forme liquide, souvent, aussi, desséchée sous forme de croûtes.

Au point de vue microscopique, nous n'avons malheureusement pu examiner qu'une seule pièce, les autres

ayant été plus ou moins détériorées. Nous renvoyons donc, pour les détails, à l'observation III, qui est celle sur laquelle nous avons fait notre examen, et nous dirons, pour résumer, que le tissu lymphoïde est fortement vascularisé. Il peut exister à la surface de petits prolongements sous forme de papilles, dans lesquelles les vaisseaux arrivent, si bien que, parfois, on les dirait formés par un bourgeon vasculaire. L'épithélium de la muqueuse a disparu en grande partie, ou n'est plus représenté que par un épithélium cubique à noyau, entouré de protoplasme granuleux. Parfois même, il existe des cellules aplaties au-dessus des cellules cubiques. Le tissu lymphoïde présente quelques travées de tissu conjonctif ou de cellules adipeuses le long de la muqueuse. L'épithélium glandulaire paraît normal sur certains lobules, tandis que sur d'autres il est trouble, granuleux et le noyau des cellules peu distinct. Les conduits excréteurs peuvent être agrandis et sont remplis de petites cellules rondes, semblables à du pus.

CHAPITRE V

Catarrhe chronique.

Cette affection est considérée comme surtout répandue en Angleterre et en Amérique (catarrhe américain, catarrhe rétronasal) principalement dans les endroits où règne une grande humidité. Ce n'est pourtant pas là sa seule et unique cause, et d'après les auteurs, il y en a d'autres à considérer. Ainsi, certains d'entre eux vont même jusqu'à faire jouer à l'hérédité un rôle important. Signalons comme causes les plus fréquentes, la scrofule, l'alcoolisme, certaines fièvres éruptives, l'inhalation de vapeurs irritantes, de poussières, la propagation d'une inflammation chronique de la muqueuse nasale, l'hypertrophie de la tonsille de Luschka, etc. Les auteurs américains ont particulièrement étudié la question au point de vue clinique. Nous citerons rapidement les noms de Lennox Browne ⁵⁷, Beverly Robinson ⁵, Bosworth ⁶, Rumbold ⁶⁶, Wookes ⁹², Fletcher Ingals ¹⁸.

En Angleterre, Morell Mackenzie ⁵⁶; Bresgen ⁸, en Allemagne. Selon B. Robinson, les changements de

climat n'ont pas grande importance. Aucune forme de constitution ne jouit de l'immunité, mais il y a des personnes plus disposées que d'autres. Selon Michel ⁵³ (p. 74), cette affection dépendrait souvent d'une altération nasale chronique, ozène, polypes nasaux. Bien étudié au point de vue clinique et symptomatologique, le catarrhe chronique naso-pharyngien l'est peu sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Morell Mackenzie ⁵⁶, (p. 696, vol. II), dit que ces altérations ont été peu étudiées sur le cadavre jusqu'à présent et sont sans doute analogues à celles qui se voient dans les inflammations catarrhales en général, et se basant simplement sur les observations cliniques, il rapproche leur processus pathologique de celui qu'il a décrit sous le nom de catarrhe pharyngien hypertrophique (vol. I, p. 48 et 49).

Michel ⁵⁴ (p. 24 et suiv.) s'attache surtout aux altérations qu'on trouve dans les parties orale et laryngée du pharynx. Selon lui, la partie nasale ne présente que quelques inégalités. La partie du pharynx située derrière les piliers du palais serait surtout atteinte, et si le catarrhe atteint la portion nasale, les malades respirent la bouche ouverte. La sécrétion est augmentée et d'un gris vitreux (*grauglasig*). Quand il y a un produit jaunâtre, soit liquide, soit desséché, sous forme de croûtes, il l'attribue à des ulcérations, ou souvent à l'ozène. La sécrétion provenant de l'amygdale pharyngienne, du catarrhe nasal chronique, des polypes, etc., n'est jamais très jaune, purement purulente, ni desséchée sous forme de croûtes, mais, pour la grande partie, grisâtre, transparente (*glasig*), mêlée avec du mucus jaunâtre et toujours liquide (p. 27).

D'après Bresgen⁷ (p. 36), la tonsille pharyngienne serait recouverte d'une sécrétion brunâtre et sous forme de croûtes, elle est souvent hypertrophiée et saigne facilement; l'ouverture des trompes, obstruée par du mucus purulent et la partie postérieure du cartilage des trompes parfois hypertrophiée. La sécrétion qui se trouve dans l'espace naso-pharyngien viendrait souvent du nez.

Moure⁵⁷ signale l'existence de granulations et de veines variqueuses sillonnant la muqueuse plus ou moins hyperémiee; la sécrétion peut être visqueuse ou même franchement purulente; la face supérieure du voile du palais ou l'extrémité postérieure des cornets inférieurs sont souvent hypertrophiées (p. 259).

Cette affection, assez fréquente à Genève, nous a permis d'en réunir 22 cas, dont 14 chez l'homme et 8 chez la femme. 6 de nos observations sont suivies de l'examen microscopique.

OBSERVATION VI. — FL., J.-Louis, 50 ans, jardinier. — D. A.: Pneumonie fibrineuse, base gauche. Dégénérescence kystique de la capsule surrénale gauche. Calculs biliaires. Ictère.

Muqueuse de la voûte du pharynx offrant une coloration variable allant du rose-pâle à une coloration franchement jaunâtre; cette dernière se voit principalement à la partie postérieure de la cloison des fosses nasales. Recouverte de muco-pus assez épais mais ne formant pas de croûtes à sa surface. L'orifice des trompes d'Eustache, par contre, est obstrué par un mucus visqueux et transparent. La muqueuse de la voûte est un peu dépolie. Il existe sur la ligne médiane, à 10^{mm} en arrière du septum, une légère dépression profonde de 1^{mm} 1/2 remplie de muco-pus. Coloration normale autour de cette dépression. Paroi postérieure du pharynx un peu irrégulière, granuleuse, recouverte de mucus transparent.

Sur les cornets moyens et inférieurs, muco-pus plus ou moins concret et desséché. Après avoir détaché les parties molles, on ne remarque rien dans le fibro-cartilage qui corresponde à la dépression signalée ci-dessus. L'os lui-même est normal.

Examen microscopique. — Loupe : grossissement 10 diamètres.

Le tissu adénoïde présente une distribution très irrégulière. Assez développé à certaines places, il paraît atrophié à d'autres et remplacé par des travées de tissu conjonctif. Vaisseaux gorgés de sang principalement le long de la muqueuse. Follicules clos peu distincts ou vides. Sur la ligne médiane le tissu réticulé paraît complètement désorganisé, il semble qu'il y a là une forte perte de substance ou une ulcération ayant la forme d'une fente profonde à parois très irrégulières formées de tissu adénoïde sans revêtement épithélial et renfermant à l'intérieur des débris informes. Cellules adipeuses dans les travées de tissu conjonctif et le tissu réticulé lui-même.

Obj. 5. — Ocul. 3. — L'épithélium de la muqueuse a disparu. Le tissu cytogène est trouble, granuleux.

La vascularisation rappelle comme distribution celle des artères hélicines de l'ovaire. La couche glandulaire bien développée ne dépasse pas la ligne médiane. Dans certains lobules l'épithélium est bien conservé, dans d'autres il est trouble, finement granuleux, à noyau mal distinct. Tissu conjonctif périlobulaire bien développé. Plusieurs canaux excréteurs sont agrandis, peuvent être suivis jusque dans le tissu adénoïde où ils semblent parfois se dilater sous forme de petits kystes tapissés par un épithélium cylindrique aplati et sans cils reposant sur une fine membrane de tissu conjonctif. Sur quelques coupes l'épithélium des canaux glandulaires se rapproche de la forme cubique. Ces derniers renferment beaucoup de petites cellules rondes semblables à celles de pus, puis des cellules épithéliales désagrégées. Nombreuses cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-jacent au tissu lymphoïde.

OBSERVATION VII. — Jun..., 22 ans, infirmier. — D. A.: Tuberculose pulmonaire.

Muqueuse de la voûte pharyngienne légèrement rosée, pâle. En arrière du septum nasal, plusieurs bourrelets de substance molle, à direction antéro-postérieure et séparés par des sillons plus ou moins profonds et très courts. Ces bourrelets formés de tissu adénoïde, bien que moins saillants que ceux dont nous parlerons dans d'autres observations se laissent écarter à la manière des lamelles du cerveau et rappellent l'amygdale pharyngienne. Les sillons qu'ils circonscrivent sont remplis de muco-pus épais, jaunâtre, adhérent et se détachant assez difficilement sous un filet d'eau. Toute la voûte est recouverte de cette sécrétion, mais principalement entre le septum et les trompes. Le sillon médian offre une profondeur de 4^{mm}. Les fossettes de Rosenmüller présentent quelques petites bandelettes de tissu adénoïde, partant directement des parties latérales de la voûte proprement dite et formant des espèces de ponts allant rejoindre la muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes. La paroi postérieure du pharynx et les fosses nasales n'offrent rien de particulier au point de vue de la muqueuse et des produits de sécrétion qui les recouvrent. Pas de dépression dans l'os qui correspond au sillon médian.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres. — Le tissu adénoïde présente un développement uniforme avec plusieurs fentes dont quelques-unes très profondes. Follicules clos, nombreux et bien visibles. Quelques-uns sont formés d'un contenu finement granuleux, trouble et en voie de désorganisation. Sur la ligne médiane, forte fente entourée de tous côtés de tissu cytogène avec nombreux follicules. Les parois présentent une série de petites papilles. Sur quelques coupes, petits kystes dont l'un, revêtu de son épithélium, siège près de la surface de la muqueuse et renferme un contenu transparent avec de fines granulations. Couche glandulaire bien distincte, ne dépasse pas la fente signalée ci-dessus. Vascularisation en général peu forte.

Obj. 5. — Leitz. Ocul. 3. — Epithélium cylindrique stra-

tifié encore conservé à quelques places et reposant sur une fine membrane qui le sépare du tissu lymphoïde. Dans les fentes ou sillons, épithélium cylindrique, mais sans cils visibles à l'intérieur, beaucoup de petites cellules rondes ressemblant à des cellules lymphoïdes. Le kyste signalé plus haut laisse voir sur quelques coupes un épithélium cylindrique à cils. Sur d'autres les cils ne sont plus visibles et il ne reste plus que l'épithélium cubique sous-jacent reposant sur une fine membrane. Son contenu est transparent, formé d'un réticulum très mince avec de fines granulations, puis de cellules multiformes (arrondies, en fuseau, etc.) avec noyau et anastomosées pour la plupart entre elles par de fins prolongements. On y remarque encore d'autres cellules plus grandes, rondes, à noyau et renfermant de petites granulations (Cellules de Gluge). Autour de ce kyste le tissu lymphoïde est altéré, trouble. Les papilles sont formées d'un épithélium cubique à noyau dont les cellules les plus superficielles sont aplaties, disposées par couches. Pas de vaisseau à l'intérieur. Épithélium glandulaire un peu trouble. Canaux excréteurs revêtus d'un épithélium cylindrique sans cils et renfermant de petites cellules rondes.

OBSERVATION VIII. — Ter..., Marie, 46 ans. — D. A.: Anciennes adhérences du sommet droit. Emphysème pulmonaire. Pneumonie catarrhale du lobe inférieur droit. Dégénérescence graisseuse du foie.

La muqueuse du pharynx ne présente rien de particulier sauf l'hypérémie de la voûte, surtout entre le septum nasal et les deux fossettes de Rosenmüller. A 7^{mm} de la cloison se trouve sur la ligne médiane un petit orifice, grand comme une tête d'épingle, conduisant dans une cavité de 1^{mm} $\frac{1}{2}$ de profondeur et d'où s'échappe à la pression un peu de mucus transparent. Tout autour l'hypérémie n'est pas plus accentuée que sur le reste de la voûte. En général la sécrétion est peu abondante. Les fossettes de Rosenmüller, l'orifice des trompes et le canal lui-même n'offrent rien de spécial. Par contre il existe, implanté sur le côté droit du septum et la paroi supérieure des fosses nasales un polype muqueux à

large pédicule et obstruant plus ou moins la cavité. Du côté gauche du septum existe une légère hyperémie avec quelques petites ulcérations qui donnent un aspect dépoli à la muqueuse. Beaucoup de mucus dans les fosses nasales. Rien aux cornets. La paroi postérieure du pharynx ne présente pas de granulations ; elle est recouverte de mucus transparent, filant.

OBSERVATION IX. — Lec..., Ch., 66 ans. — D. A.: Adénomes du foie. Bronchite chronique. Emphysème pulmonaire. Pigmentation et ulcérations des plaques de Peyer.

Muqueuse très hyperémiée et un peu irrégulière dans la partie située immédiatement en arrière du septum. Elle est lisse sur les fossettes de Rosenmüller et le cartilage des trompes. La partie hyperémiée est légèrement déprimée, rugueuse, dépolie, recouverte d'un enduit muco-purulent abondant. Ailleurs la sécrétion est plus claire, transparente, visqueuse. Pas de bourse ni d'amygdale. Muqueuse de la paroi postérieure apparemment normale, recouverte de mucus. Cornets inférieurs un peu irréguliers, granuleux, mais sans ulcérations. Rien au septum. Voile du palais lisse, uni ; pas d'hyperémie.

OBSERVATION X. — For..., L., 29 ans. — D. A.: Aortite septique. Dégénérescence graisseuse du cœur. Néphrite parenchymateuse. Rein mobile.

Tissu adénoïde de la voûte bien développé. Muqueuse assez fortement hyperémiée, soit dans la partie médiane, soit dans les fossettes ; elle offre un aspect spongieux. Nombreux orifices à sa surface conduisant dans des cavités de profondeur variable. De chaque côté de la ligne médiane existent deux sillons de 3 à 4^{mm} de longueur et divisés dans leur partie profonde par de petites cloisons transversales. Ces sillons sont remplis de muco-pus épais, jaunâtre. A 12^{mm} du septum on remarque, sur la ligne médiane, un orifice du diamètre d'une tête d'épingle, donnant accès dans une cavité profonde, dirigée obliquement d'arrière en avant et atteignant les parties dures. Il s'en échappe à la pression un contenu

blanc-jaunâtre, assez épais, formé de cellules de pus et de cellules cylindriques à cils vibratiles, finement granuleuses et à noyau distinct. Le tissu adénoïde de la voûte est séparé du reste de la muqueuse pharyngienne, en arrière, par une ligne de démarcation assez nette. Il s'étend de chaque côté vers les fossettes où il présente le même aspect spongieux que dans la partie médiane. — Muqueuse de la paroi postérieure plus pâle que celle de la voûte. — Trompes perméables. — A leur orifice, un peu de mucus transparent, filant. Muqueuse avoisinante normale. — Légère hyperémie des cornets inférieurs. Rien d'autre de spécial à noter dans les fosses nasales.

OBSERVATION XI. — Hen..., 47 ans. — D. A.: Hypertrophie cardiaque, avec dégénérescence graisseuse. — Endocardite verruqueuse. Thrombus dans les oreillettes. Atrophie brune du foie.

Fortes hyperémies de la muqueuse de la voûte, surtout en arrière du septum, entre les deux trompes, un peu œdématisée. L'amygdale pharyngienne assez développée offre trois bandelettes placées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane et séparées par des sillons de différentes profondeurs et remplis de muco-pus. Sur la ligne médiane, à 12^{mm} en arrière de la cloison nasale, se voit un petit orifice à bords un peu irréguliers et conduisant dans une cavité en entonnoir, profonde de 4 ou 5^{mm} et se dirigeant vers l'os. A la pression, il en sort un muco-pus assez épais, jaunâtre. Des parties latérales de la voûte partent des bandelettes de tissu adénoïde, disposé obliquement et allant dans les fossettes de Rosenmüller. Ces dernières, peu profondes, sont remplies de mucus. La limite de la substance adénoïde se fait brusquement en arrière. L'hyperémie cesse également, et la paroi postérieure offre un aspect plus pâle que la voûte. — La muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes en arrière est fortement hyperémisée, de même que celle des cornets et de la partie postérieure des fosses nasales. Les trompes sont remplies d'un mucus filant, transparent, moins adhérent que celui qui se trouve dans l'espace intertubaire. La largeur de ce dernier n'est que de 16^{mm}.

OBSERVATION XII. — Grosb..., Jacques, 53 ans, jardinier. — D. A.: Sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière. Atrophie de la corne antérieure gauche. Cystite supprimée. Calculs vésicaux. Pyélonéphrite gauche. Pneumonie gauche.

Muqueuse de la voûte pharyngienne granuleuse, légèrement hyperémisée. Tissu réticulé peu développé. Pas trace de sillons ni de bandelettes. A 10^{mm} du septum, petite dépression mais n'ayant pas le caractère d'une cavité proprement dite. A 16^{mm}, un peu à droite de la ligne médiane, existe une petite poche arrondie, de 3^{mm} de diamètre, apparaissant comme un simple soulèvement de la muqueuse amincie et présentant à son centre un petit orifice arrondi. La pression en fait sortir un contenu jaunâtre, plus ou moins épais, sous forme de bouchon. On aurait ainsi à faire à une bourse placée anormalement ou à un kyste qui se serait vidé spontanément. Toute la partie de la voûte située entre le septum et les trompes est recouverte d'un muco-pus jaunâtre, épais. La fossette de Rosenmüller, du côté gauche, est beaucoup plus profonde que celle du côté droit. Toutes deux sont remplies d'un mucus filant et transparent. Celui qui recouvre l'embouchure des trompes offre le même caractère. Muqueuse avoisinant l'orifice pharyngien des trompes, pâle, granuleuse, irrégulière. Légère hyperémie de la partie postérieure des cornets inférieurs et moyens et des fosses nasales. Par place, petit piqueté hémorrhagique, mais peu de sécrétion.

OBSERVATION XIII. — Per..., Marie, 30 ans. — D. A.: Tuberculose pulmonaire. Néphrite parenchymateuse. Dégénérescence graisseuse du foie. Hyperémie du pancréas. Rate diffuse. (Diabète.)

Muqueuse fortement hyperémisée surtout à la voûte pharyngienne où elle offre un aspect un peu œdématié et spongieux. Elle présente une quantité de petits orifices de la grandeur d'une tête d'épingle. La substance adénoïde se termine brusquement en arrière par une ligne de démarcation assez nette avec la paroi postérieure qui est beaucoup plus pâle. Sur les côtés, quelques bandelettes traversant les fossettes et allant rejoindre la muqueuse qui recouvre le cartilage des

trompes. Tout près et de chaque côté de la ligne médiane, à 10^{mm} en arrière du septum existe un orifice un peu plus grand que ceux décrits plus haut. Chacun de ces orifices conduit dans une cavité d'où s'échappe un contenu transparent, finement granuleux, composé de mucine, de globules sanguins, de quelques rares cristaux de cholestérine, de cellules cylindriques dégénérées et dépourvues de cils vibratiles, d'autres petites cellules arrondies ressemblant à du pus, enfin de cellules de Gluge. En somme, le tout rappelle un contenu kystique. Disons encore que la cavité située du côté droit est la plus profonde (4^{mm}) et laisse échapper un contenu un peu plus purulent que celle de gauche, avec grains brillants formés de cristaux de cholestérine. Muqueuse recouvrant le cartilage postérieur des trompes également hyperémiee, un peu irrégulière. — Fossettes et embouchure des trompes remplies de mucus filant, transparent, qui contraste singulièrement avec le muco-pus jaunâtre, épais, adhérent qu'on trouve directement sur la voûte. Mucus sur la paroi postérieure. Fosses nasales hyperémies, sans hypersécrétion notable. Rien de spécial sur les cornets. — Voile du palais ordonné mais sans granulations.

OBSERVATION XIV. — Mil..., Marie, 58 ans. — D. A.: Néphrite interstitielle. Cor bovinum. Pleurésie simple. Thrombus dans les oreillettes. Infarctus pulmonaire.

Rudiment d'amygdale pharyngienne avec sillons courts peu profonds et disposés longitudinalement. Légère hyperémie de la voûte en général qui tranche un peu avec la paroi postérieure plutôt pâle. Limites du tissu adénoïde assez nettes soit en avant soit en arrière. Latéralement quelques bandelottes se dirigeant vers les fossettes de Rosenmüller et circonscrivant de petits sillons. Muqueuse de la voûte un peu irrégulière, paraît comme dépolie et présente à sa surface plusieurs orifices d'où s'échappe un contenu muco-purulent. Il n'existe pas, à vrai dire, de bourse pharyngienne, mais on voit sur la ligne médiane un sillon court à parois dirigées obliquement de dehors en dedans, formant une espèce d'entonnoir profond de 4^{mm} environ. Il est rempli

de muco-pus peu consistant et de couleur un peu plus jaunâtre que le reste de la sécrétion disséminée sur la voûte et les environs. — Muqueuse avoisinant l'ouverture des trompes légèrement hyperémique, granuleuse, irrégulière, recouverte de mucus filant. De même pour celle qui tapisse les fosses nasales. Celles-ci sont notablement hyperémies. Pas d'hypertrophie des cornets inférieurs. — Paroi postérieure du pharynx normale. Sécrétion transparente. — Rien dans les trompes.

OBSERVATION XV. — Bil..., Marie, 62 ans. — Tuberculose pulmonaire. Cavernes multiples dans le poumon gauche. Perforation de la bronche gauche. Ganglions péribronchiques ramollis.

Muqueuse de la voûte pharyngienne et des parties avoisinantes très pâle. Tissu lymphoïde peu développé, à surface plus ou moins lisse. — A 12^{mm} en arrière du septum nasal existe sur la ligne médiane une petite ouverture transversale de 2^{mm} environ, donnant accès dans une cavité dirigée obliquement d'arrière en avant, profonde de 5^{mm} et dont la paroi inférieure est formée par une mince membrane appliquée contre la paroi supérieure. En pressant sur cette cavité il en sort une matière purulente jaunâtre. Outre cette dernière, il en sort également une masse gélatineuse, transparente, s'échappant par le même orifice et ressemblant à un contenu kystique. Le microscope nous y fait constater une grande quantité de cellules de pus, un fin réticulum avec fines granulations de mucine, des cristaux de cholestérine, des cellules multipolaires et multifformes anastomosées entre elles. Elles sont plus ou moins granuleuses et à noyau. Enfin des cellules de Gluge et de rares cristaux de phosphate de chaux. — La muqueuse de la paroi postérieure est pâle, sans granulations, recouverte de mucus transparent. Celle de la cloison a une teinte légèrement jaunâtre. — Partie postérieure du cornet inférieur gauche hypertrophiée, irrégulière, granuleuse. Muqueuse des cornets moyens moins irrégulière. Mucus transparent à l'embouchure des trompes. — Rien de spécial au voile du palais. Signalons enfin un petit kyste situé dans le tissu adénoïde à 4^{mm} en arrière du

septum et à droite de la ligne médiane. Son contenu est formé de petites cellules rondes, granuleuses, de gouttelettes réfringentes de mucine et de cellules cylindriques à cils vibratiles.

OBSERVATION XVI. — Mai..., Pierre, 36 ans, manoeuvre. — D. A.: Tuberculose miliaire aiguë généralisée.

Amygdale pharyngienne bien marquée avec sillons et bandelettes symétriques à direction plus ou moins arquée et convergeant vers la ligne médiane où existe une fente profonde. En arrière de cette dernière se voit une petite ouverture arrondie conduisant dans une cavité de 4^{mm} de profondeur remplie de muco-pus jaunâtre, avec quelques cristaux de cholestérine. La muqueuse est lisse, un peu œdématisée et hyperémisée, présente plusieurs points transparents d'aspect kystique. Elle est recouverte d'un muco-pus jaune-verdâtre plus ou moins desséché et adhérent. La paroi postérieure du pharynx est également un peu hyperémisée et granuleuse. Beaucoup de mucus clair et transparent à l'entrée des trompes et dans les fossettes de Rosenmüller. — Pas d'hyperémie dans les fosses nasales, ni de modifications de la muqueuse des cornets et du septum.

OBSERVATION XVII. — Men..., Eug., 40 ans, boulanger. — D. A.: Tuberculose pulmonaire. Cavernes multiples.

Très forte hyperémie de la voûte pharyngienne, avec hyperpersécrétion notable. Amas de pus, principalement en arrière du septum. A 3^{mm} en arrière de la cloison existe une dépression de la muqueuse, à bords irréguliers déchiquetés. Un peu plus loin, toujours sur la ligne médiane, se voit une véritable poche à ouverture semi-circulaire, dont la paroi inférieure s'applique contre la supérieure, à la manière d'une valvule. L'ouverture, formée ainsi, est dirigée obliquement de gauche à droite. Avec le stylet on pénètre dans une cavité de 4^{mm} de profondeur, remplie de muco-pus. Les fossettes de Rosenmüller participent à l'hyperémie générale, et sont remplies d'un mucus moins épais que celui qui s'échappe de la bourse. Ouverture des trompes obstruée par un

mucus transparent, filant. Mucus semblable dans les fosses nasales. — Muqueuse des cornets un peu hyperémiee. Les produits de sécrétion, pris sur la voûte, indiquent au microscope qu'ils sont formés de mucine, de globules de pus, de sang, de gouttelettes graisseuses, mais pas de cellules épithéliales. — Il n'y a pas ici altération de la bourse seule, mais il s'agit d'une affection chronique intéressant la voûte et les autres parois.

OBSERVATION XVIII. — Guel., Cam., 61 ans. — D. A.: Pneumonie catarrhale double. Néphrite interstitielle. Hémorrhagie ventriculaire droite.

Tissu adénoïde de la voûte pharyngienne peu développé. Ni sillons, ni bandelettes. Muqueuse pâle, irrégulière, granuleuse, recouverte dans sa totalité d'un enduit verdâtre, épais, adhérent. Dans les fossettes de Rosenmüller et autour de l'orifice des trompes, la sécrétion est plus transparente. Sur la ligne médiane, à 8^{mm} en arrière du septum, légère dépression, dont le fond a une apparence jaunâtre. Le tissu adénoïde et la muqueuse paraissent avoir disparu à cet endroit. Muqueuse de la paroi postérieure légèrement hyperémiee. Celle qui recouvre le cartilage des trompes est pâle, lisse. — Fossettes de Rosenmüller peu marquées. — Septum nasal hyperémiee, irrégulier, mais sans altérations. — Rien de spécial à la muqueuse des cornets.

OBSERVATION XIX. — Roj., 67 ans. — D. A.: Insuffisance mitrale.

Tissu réticulé de la voûte pharyngienne peu développé ; légère hyperémie. Enduit blanchâtre assez épais, mais peu adhérent. Surface de la muqueuse recouverte dans sa totalité de petites gouttelettes jaunâtres, arrondies, provenant des conduits glandulaires. A 6^{mm} en arrière du septum existe sur la ligne médiane un orifice un peu moins grand qu'une tête d'épingle, par lequel on pénètre dans une cavité obliquement dirigée d'arrière en avant et profonde de 3^{mm}. Par la pression, il en sort du muco-pus jaunâtre, ressemblant plus ou moins à celui qui recouvre la voûte en général. Au mi-

croscopie, on y constate des globules de pus, quelques granulations calcaires et des cristaux de cholestérine. Il est à remarquer que la sécrétion purulente est surtout forte en arrière du septum nasal. — Fossettes de Rosenmüller profondes, présentant de nombreux sillons très courts et remplis de mucus un peu plus transparent que celui de la partie médiane. — De même pour celui qui recouvre l'orifice des trompes. — Muqueuse des cartilages très pâle. Celle de la paroi postérieure du pharynx est lisse, unie, sans granulations; enduit visqueux, transparent. Partie postérieure des cornets inférieurs hypertrophiée, un peu irrégulière. — Rien de particulier à la muqueuse recouvrant le septum nasal.

OBSERVATION XX. — Marg..., Marie, 40 ans. — D. A.: Tuberculose pulmonaire et péritonéale. Dégénérescence graisseuse du foie et du cœur. Péricéplénite tuberculeuse.

Hypérémie notable de la muqueuse de la voûte du pharynx, principalement en arrière du septum. Par place, coloration variant du gris-noirâtre à une teinte jaunâtre. Enduit mucopurulent jaune-verdâtre, épais, plus ou moins desséché, adhérent, formant des croûtes. Tissu adénoïde peu développé à l'endroit où siègent ces croûtes. La surface de la muqueuse est un peu dépolie. — A 11^{mm} en arrière du septum existe, sur la ligne médiane, et entouré d'une petite zone noirâtre, un orifice de 1^{mm} de diamètre, conduisant dans une cavité profonde de 2^{mm}, remplie de muco-pus jaunâtre, épais. — Les fossettes de Rosenmüller sont hyperémisées, entrecoupées de ponts formés de tissu lymphoïde; sécrétion plus ou moins transparente. — Les orifices tubaires sont obstrués par un mucus visqueux. — La paroi postérieure du pharynx est légèrement hyperémisée, mais régulière.

La muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes est un peu irrégulière, granuleuse, hyperémisée, semble même hypertrophiée. — Coloration normale des cornets et des fosses nasales. Pas d'ulcérations.

OBSERVATION XXI. — Zwah..., 48 ans. — D. A.: Tuberculose pulmonaire et intestinale. Cirrhose atrophique.

Muqueuse de la voûte un peu hyperémiee, recouverte d'un enduit épais, jaunâtre, un peu desséché et adhérent. Tissu adénoïde peu développé, présente de chaque côté de la ligne médiane un ou deux sillons remplis de muco-pus. Le sillon médian, à parois latérales obliques de dehors en dedans, forme une espèce d'entonnoir dont le sommet se dirige vers l'os. Il est rempli d'un contenu analogue à celui décrit plus haut. — Fossettes de Rosenmüller peu profondes, recouvertes de la même sécrétion. Des parties latérales de la substance adénoïde partent des bandelettes, sous forme de pont allant rejoindre la muqueuse recouvrant le cartilage des trompes. Cette dernière est pâle, irrégulière, granuleuse. — Rien de spécial dans les trompes, dont l'ouverture est recouverte d'un enduit visqueux. — Paroi postérieure du pharynx un peu hyperémiee, mais sans granulations; mucus transparent. — Fosses nasales et cornets normaux. — Voile du palais pâle, offre quelques dilatations vasculaires à sa face postérieure. — En détachant de l'os les parties molles, on constate une petite empreinte dans le fibro-cartilage en avant du tubercule pharyngien, mais l'os lui-même ne présente rien d'anormal.

Examen microscopique. — Loupe gross. 10 diamètres.

Le tissu réticulé augmente d'épaisseur à mesure que les coupes se rapprochent du septum. Il présente à sa surface de petits bourgeons ressemblant à des papilles. Par ci, par là, quelques petits espaces clairs provenant de follicules dont le contenu serait tombé, puis de petits points blanchâtres, dont quelques-uns d'aspect granuleux et formés par des canaux glandulaires, enfin, de petits kystes. — Vascularisation peu forte. Dans certaines préparations, on voit sur la ligne médiane une fente allant jusqu'au tissu conjonctif sous adénoïdien. Sur le fond de cette fente existe encore une petite languette de tissu lymphoïde, implantée verticalement. On a ainsi l'impression d'une bourse divisée en deux loges

incomplètes. La couche glandulaire s'arrête assez loin de la fente médiane.

Obj. 5. — *Ocul.* 3. *Leitz.* — Sur quelques coupes, la muqueuse montre encore un épithélium cylindrique stratifié reposant sur une mince membrane, qui le sépare du tissu lymphoïde. Ce dernier est, en général, trouble, finement granuleux, présente de nombreuses cellules adipeuses le long de la couche épithéliale. — Nombreuses travées de tissu conjonctif. — Les papilles sont revêtues d'un épithélium polygonal à protoplasme granuleux ; les cellules superficielles sont aplaties, disposées par couche. Pas de vascularisation. Petits kystes dont l'épithélium a disparu en partie et renferment un contenu transparent, finement granuleux, des gouttelettes de graisse, d'autres plus réfringentes et des cellules de Gluge. — L'épithélium glandulaire est trouble, granuleux, le noyau des cellules mal distinct. Beaucoup de tissu conjonctif autour des lobules. Canaux excréteurs remplis de petites cellules rondes semblables à celles du pus, et de fines granulations. Nombreuses cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien. — Les parois de la fente médiane ont complètement perdu leur épithélium et sont formées directement par du tissu réticulé altéré. Elles sont irrégulières.

OBSERVATION XXII. — Bor..., II., 18 ans, cultivateur. — D. A.: Endopéricardite rhumatismale. Insuffisance mitrale.

Toute la muqueuse de la voûte fortement hyperémiee, teinte rouge violacée. Orifices multiples à sa surface, dont le diamètre varie d'un demi à 1^{mm} et à bords un peu blanchâtres. Par ci par là, granulations variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet. Derrière le septum nasal, à 10^{mm} environ, se voit une saillie grande comme un petit pois, de coloration légèrement jaunâtre, différente de celle de la muqueuse avoisinante. La pression n'en fait absolument rien sortir. Par contre en avant de cette même prééminence, un peu à gauche de la ligne médiane en existe une autre moins grande de laquelle s'échappe par la pression un pus épais blanchâtre, granuleux sans caractère microscopique.

pique spécial. Sur la ligne médiane et au niveau de la proéminence décrite en dernier lieu existe une petite cavité isolée de 3^{mm} de profondeur. Elle est remplie de mucus clair, transparent, visqueux. — Paroi postérieure du pharynx et fossettes de Rosenmüller normales. — Muqueuse des fosses nasales un peu hyperémiee. Rien dans les trompes d'Eustache. — Dans l'observation ci-dessus, toute la muqueuse de la voûte est le siège d'une hypersécrétion notable. Etant en outre donnée l'étendue de l'hyperémie, nous avons classé ce cas comme appartenant plutôt à ceux de catarrhe chronique qu'à ceux d'hypersécrétion de la bourse, bien que nous ayons trouvé celle-ci avec un contenu purulent et probablement un kyste de rétention.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres.

On n'observe d'abord à la surface du tissu adénoïde que quelques fentes qui ne font qu'augmenter de nombre et de profondeur dès que les coupes atteignent le milieu de la paroi supérieure du pharynx. On arrive alors à la formation d'une véritable bourse cloisonnée représentée sous la forme d'une fente profonde à bords irréguliers et dont le fond n'est séparé du tissu conjonctif sous-jacent que par une mince couche de tissu adénoïde. La vascularisation peu forte sur les coupes faites à la partie postérieure le devient davantage autour et au-dessous de la bourse. Par ci par là quelques petits kystes. Tout près de la couche glandulaire et du fond de la bourse proprement dite en existe un autre très grand, mais qui paraît en être indépendant.

Obj. 5. — Leitz. Ocul. 3. — Epithélium cylindrique à cils vibratiles remarquablement conservé dans la plupart des préparations; à la base épithélium cubique, séparé du tissu adénoïde par une mince membrane. Sur plusieurs coupes on voit entre les cellules cylindriques qui tapissent les fentes ou sillons de belles cellules *caliciformes* remarquables par leur nombre. Le tissu lymphoïde lui-même est trouble, granuleux, présente des cellules adipeuses principalement sous la muqueuse ou est remplacé par de fortes traves de tissu conjonctif. Dans de petits kystes en voie de

formation, on voit déjà un contenu transparent avec grosses cellules rondes, granuleuses, des cellules fusiformes avec prolongements et anastomosées entre elles ; l'épithélium cylindrique à cils est intact partout. Dans certaines fentes profondes et partant de la surface, on remarque que l'épithélium cylindrique est encore assez net tout près de l'entrée, quoique un peu granuleux et ayant perdu ses cils, tandis que vers le fond il semble pour ainsi dire s'aplatir et disparaître pour ne laisser que l'épithélium cubique sous-jacent. Beaucoup de cellules semblables à celles de pus dans ces fentes. Les parois de la bourse ont perdu leur épithélium cylindrique et il ne reste que l'épithélium de remplacement. Le gros kyste signalé plus haut est tapissé d'un épithélium cylindrique sans cils, reposant sur une mince membrane le séparant du tissu adénoïde. Il renferme à son intérieur un contenu transparent et beaucoup de gouttelettes réfringentes. — Épithélium glandulaire et des canaux excréteurs normal.

OBSERVATION XXIII. — Tis..., Marie, 54 ans, ménagère. — D. A.: Tumeurs multiples de la moelle osseuse. Fractures spontanées des côtes, du sternum, du fémur droit.

Muqueuse de la voûte légèrement hyperémiee, œdématisée, recouverte de muco-pus jaunâtre. Elle présente un aspect spongieux avec plusieurs orifices à la surface. Sur la ligne médiane, à 3^{mm} en arrière du septum nasal, cavité allongée de 5^{mm} de profondeur. Tout près et à droite de celle-ci, il y en a une autre beaucoup plus grande à orifice arrondi et profonde de 4^{mm}. Par ci par là d'autres cavités moins importantes. Toutes sont remplies de muco-pus plus ou moins jaunâtre. Des parties latérales de la voûte partent des bandelettes qui passent à la manière de ponts sur les fossettes de Rosenmüller et vont rejoindre la partie postérieure du cartilage des trompes. Orifices de ces dernières remplis de mucus transparent. Muqueuse des fosses nasales normale.

OBSERVATION XXIV. — Mor..., Joseph, 54 ans, bijoutier. — Adhéhrences du diaphragme et du foie. — Tuberculose pulmonaire et rnale. — Epididymite tuberculeuse. Dégénérescence graisseuse du cœur.

Muqueuse de la voûte, de la paroi postérieure du pharynx

et du cartilage des trompes fortement hyperémiee ; couleur lie de vin à certains endroits. Elle paraît un peu œdématisée ; elle est recouverte, surtout sur la voûte, d'une quantité considérable de muco-pus jaunâtre, épais, adhérent. Immédiatement en arrière du vomer, on voit sourdre de petites gouttelettes de pus quand on exerce une légère pression. La surface du tissu réticulé est criblée d'une quantité de petits orifices très visibles quand on a nettoyé la muqueuse sous un mince filet d'eau. A 4^{mm} derrière le septum nasal existe sur la ligne médiane une ouverture allongée sous forme d'une fente de 3^{mm} de longueur et donnant accès dans une cavité de 2^{mm} de profondeur, remplie de muco-pus.

C'est plutôt un reste du sillon médian qu'une véritable bourse. Par une forte pression, il en sort un contenu transparent analogue à celui d'un kyste. — Bandelettes de tissu adénoïde se dirigeant des parties latérales de la voûte vers les fossettes de Rosenmüller, ici très profondes. — Ouverture pharyngienne des trompes recouverte d'un mucus transparent, différent de la sécrétion qui recouvre la voûte. — Muqueuse de la partie postérieure du cornet inférieur gauche hypertrophiée, irrégulière, granuleuse, donnant l'aspect d'un polype sessile. Le cornet moyen du même côté offre à peu près le même caractère, mais beaucoup moins accusé. Rien à ceux du côté droit. Les fosses nasales et la cloison sont également hyperémiées et recouvertes de mucus.

OBSERVATION XXV. — Port..., Jacques, 47 ans, matelassier. — Diagnostic médical : Tétanos traumatique.

Muqueuse de la voûte pharyngienne fortement hyperémiee, principalement dans l'espace compris entre les deux fossettes de Rosenmüller et jusqu'à 18^{mm} en arrière du septum. Tissu adénoïde bien développé, présentant de chaque côté une ou deux bandelettes convexes en dehors et circonscrivant des sillons larges de 2^{mm}, profonds de 1^{mm} et remplis de mucus trouble, visqueux. Les deux bandelettes situées directement sur les côtés de la ligne médiane sont séparées par un sillon de 2^{mm} de longueur, de même profondeur et donnant l'apparence d'une bourse. Derrière ce sillon, et distant de

12^{mm} du septum, existe un orifice de 1^{mm} et demi de diamètre, conduisant dans une cavité de 3^{mm} de profondeur, dirigée d'arrière en avant. Cette dernière est séparée de la partie postérieure du sillon médian par une mince cloison et renferme une sécrétion jaunâtre, purulente, formant un véritable bouchon. Limites du tissu lymphoïde assez nettes macroscopiquement en arrière; latéralement, elles se confondent avec le tissu adénoïde des fossettes de Rosenmüller. Celles-ci sont un peu hyperémies, présentent de nombreuses bandelettes dirigées obliquement de dedans en dehors et circonscrivant des sillons peu profonds, remplis de mucus. — La paroi postérieure du pharynx est lisse et recouverte d'un enduit visqueux. — Muqueuse recouvrant le cartilage des trompes tuméfiée, hyperémie, granuleuse. — Canal des trompes normal. — Orifices obstrués par du mucus. — Muqueuse des cornets inférieurs hypertrophiée, irrégulière. — Les cornets moyens ont une coloration gris-noirâtre, mais la muqueuse est intacte. — Fosses nasales et cloison hyperémies, renfermant une grande quantité de mucus visqueux et n'ayant pas le caractère purulent de celui de la voûte. — Voile du palais normal.

OBSERVATION XXVI. — Dec., Marie, 50 ans. — D. A.: Fracture du crâne. (Base, temporal et pariétal droits.)

La muqueuse de la voûte, sur une longueur de 18^{mm} et une largeur de 15^{mm} est fortement hyperémie et présente une coloration rouge vif. Cette coloration se voit également par plaques circonscrites sur la muqueuse des deux cartilages des trompes. Elle était, au moment de l'autopsie, recouverte d'une masse sanguine en caillots légèrement adhérents mais faciles à détacher sous un mince filet d'eau. Elle présente à sa surface plusieurs petits orifices conduisant dans des cavités de profondeur variable. Un de ces orifices, situé un peu à gauche de la ligne médiane, est distant du septum nasal d'environ 12^{mm}. Son plus grand diamètre est de 4^{mm}, son plus petit de 2^{mm}. Au moyen d'un stylet mousse on pénètre dans une cavité de 6^{mm} de profondeur et allant

jusqu'aux parties dures. Au même niveau, mais directement sur la ligne médiane, existe un autre orifice beaucoup moins grand et conduisant dans une cavité peu profonde. Les différents orifices qui se voient sur la muqueuse sont séparés par un tissu mou ; les cavités dans lesquelles ils donnent accès ne paraissent pas avoir de communications entre elles. De toutes ces ouvertures s'échappe du mucus trouble, visqueux. Le contenu de la bourse n'est pas différent de la sécrétion qui recouvre la muqueuse en général.— Muqueuse nasale normale.

Examen microscopique.— Loupe grossissant 10 diamètres.

Sur des coupes pratiquées à la partie postérieure de la voûte, on constate une disposition assez uniforme du tissu lymphoïde avec quelques petites fentes à sa surface. — Un ou deux petits kystes. — Pas de vascularisation. Les fentes ou sillons augmentent de nombre et de profondeur à mesure qu'on se rapproche du septum nasal. La couche glandulaire devient également plus nette, s'arrête de chaque côté de la ligne médiane, où existe une fente profonde, irrégulière, avec bourgeons faisant saillie à l'intérieur et nombreux follicules tout autour.

Dans quelques préparations, on a, outre la fente, l'impression d'une cavité à cloisons multiples ; les lobules glandulaires y sont en même temps plus développées, entourées de beaucoup de tissu conjonctif avec nombreux vaisseaux remplis de globules sanguins.

Obj. 5. — Ocul. 3. Leitz. — A la surface du tissu adénoïde il reste, à plusieurs endroits, un épithélium cubique ; les cellules cylindriques ont disparu. Le tissu réticulé est altéré, finement granuleux, présente de nombreuses cellules adipeuses, principalement le long de la muqueuse. Plusieurs follicules sont également dégénérés ou ont perdu leur contenu. Par ci, par là, pigment sanguin dans le tissu lymphoïde. La fente médiane indiquée plus haut et formée par la bourse, a perdu son épithélium. Les bords en sont très irréguliers, les parois formées directement par le tissu cytogène plus ou moins altéré et présentant de nombreux folli-

cules. Le fond de la bourse n'est séparé du tissu conjonctif sous-jacent que par une mince couche de tissu lymphoïde. Il était encore revêtu dans une préparation d'un épithélium cylindrique, mais sans cils. — Les kystes signalés sont revêtus, dans quelques coupes, de leur épithélium cylindrique à cils; dans d'autres, ce dernier a disparu et il ne reste que l'épithélium cubique sous-jacent, reposant sur une très fine membrane, les séparant du tissu réticulé. Ils renferment presque tous un contenu transparent, avec de petites cellules rondes, puis d'autres multiformes à noyau entouré de protoplasme granuleux et à prolongements très fins, formant des anastomoses entre elles; enfin, des cellules de Gluge. — Epithélium glandulaire bien conservé. Conduits excréteurs revêtus de leur épithélium cylindrique et remplis de petites cellules rondes, semblables à celles du pus. — Cellules adipeuses dans le tissu conjonctif périlobulaire; de même pour le tissu conjonctif sous adénoïde, qui est, en outre, très riche en vaisseaux encore remplis de globules sanguins.

OBSERVATION XXVII. — Car..., 32 ans, ménagère. — Calculs rénaux. Dégénérescence graisseuse du cœur. Cyanose.

Muqueuse de la voûte du pharynx légèrement œdématiée et présentant une coloration rose vif. Même chose pour celle qui recouvre le cartilage des trompes d'Eustache; dans les fossettes de Rosenmüller, elle prend une coloration gris-bleuâtre. En arrière du vomer plusieurs orifices dont les uns sont arrondis, d'autres un peu allongés. Tous donnent accès dans des cavités de 3 à 5^{mm} de profondeur remplies d'un mucus plus ou moins filant, visqueux et assez transparent. Les deux plus profondes de ces cavités sont situées immédiatement de chaque côté de la ligne médiane et sont séparées par une bandelette légèrement proéminente, large de 3^{mm} et se confondant à sa partie supérieure avec le reste de la muqueuse. Les autres orifices signalés conduisent dans des cavités qui ne communiquent pas les unes avec les autres. L'ensemble donne à la voûte un aspect spongieux. Le mucus qui la recouvre en général a partout la même apparence. Il est filant, un peu trouble, formé de mucine avec quelques

globules de pus, de sang et de nombreuses cellules cylindriques à cils vibratiles. — L'espace intertubaire est très rétréci, il n'a que 14^{mm} de largeur. Les fossettes de Rosenmüller sont par contre très profondes.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres.

Ce qui frappe surtout dans les préparations, c'est l'extrême vascularisation soit du tissu adénoïde, soit du tissu conjonctif sous-jacent. Les vaisseaux remplis de globules sanguins forment un réseau très élégant et arrivent jusque sous la muqueuse. Les follicules sont très nombreux, soit à la surface, soit le long de la fente médiane formant la bourse. Ils en rendent les parois irrégulières. — La couche glandulaire ne dépasse pas la ligne médiane.

Obj. 5. — Leitz. Ocul. 3. — L'épithélium de la muqueuse a disparu en grande partie. On ne constate de cellules cylindriques mais sans cils que dans les enfoncements ou les fentes. Le tissu lymphoïde est bien conservé, renferme de nombreux vaisseaux dont quelques-uns ont une paroi formée d'un simple endothélium. La bourse est remplie de débris épithéliaux. Dans le fond, un kyste cloisonné, à parois tapissées par un épithélium cylindrique sans cils. A l'intérieur contenu transparent formé de mucine, puis de petites cellules rondes, des gouttelettes réfringentes, des cellules fusiformes, triangulaires en massue etc., à prolongements très longs formant des anastomoses. Enfin des cellules de Gluge. Examiné fraîchement, sans avoir subi de préparation, le contenu kystique renfermait en outre des cellules cylindriques à cils bien visibles. — Les conduits excréteurs des glandes sont remplis de petites cellules rondes. — Epithélium glandulaire un peu trouble. Sur quelques coupes on voyait par ci par là quelques cellules adipeuses dans le tissu lymphoïde, le long de la muqueuse.

Dans la plupart de nos observations nous avons trouvé la muqueuse de la voûte du pharynx rouge, hyperémiee, parfois même œdématisée et lisse, rarement irrégulière. La sécrétion qui la recouvrait était

tantôt muco-purulente, plus ou moins filante, tantôt franchement purulente ou, dans de rares cas, desséchée sous forme de croûtes. Nous pouvons même établir une relation entre la nature de la sécrétion et l'état de la muqueuse. En effet, là où nous avons trouvé sur la voûte soit une bourse unique, soit plusieurs orifices donnant à la muqueuse un aspect plus ou moins spongieux et, par conséquent, favorisant la stagnation des produits sécrétés, nous avons pu constater la nature franchement purulente de ces derniers, que ce soit sous forme liquide ou sous forme de croûtes. Le caractère général de l'hypérémie dans les cas signalés ne permettait pas de les rattacher à une affection de la bourse.

L'opinion de Michel rattachant à l'ozène exclusivement la production de ces croûtes sur la voûte pharyngienne nous paraît trop absolue. Elles peuvent tout aussi bien provenir du catarrhe chronique de l'espace naso-pharyngien sans qu'il y ait ulcération ailleurs. Bresgen, du reste, a déjà reconnu l'existence de semblables produits sur l'amygdale pharyngienne. Nous ne voulons pas cependant nier que ces amas purulents desséchés ne soient plus fréquents dans les cas d'ozène, mais ils peuvent aussi en être indépendants.

Nous avons, en effet, rarement trouvé des ulcérations soit sur les cornets soit sur le septum. Dans l'observation VIII seulement nous avons à la fois et une ulcération sur le septum nasal et un polype nasal.

Dans le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne, l'hypérémie s'étend souvent aux parties avoisinantes. La paroi postérieure du pharynx est quelquefois rouge, granuleuse, recouverte d'un enduit

plus ou moins visqueux et transparent ou de muco-pus légèrement jaunâtre; ou bien encore sans que l'hypérémie soit notable, elle est simplement granuleuse.

Les fossettes de Rosenmüller sont en général remplies de muco-pus un peu visqueux, mais toujours de nature moins nettement purulente que celui qui recouvre la voûte proprement dite. On observe aussi fréquemment une hypertrophie et une irrégularité de la muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes, ainsi que Bresgen l'a déjà signalé. Celles-ci sont presque toujours obstruées par du muco-pus qui se trouve accumulé à leur entrée en plus ou moins grande quantité. Quant aux fosses nasales, elles peuvent être quelquefois le siège d'une hypersécrétion, mais très souvent elles ne sont qu'hypéremiées. Il faut noter encore une irrégularité et une hypertrophie de la muqueuse des cornets (obs. IX, XV, XIX, XXIV, XXV). Le voile du palais peut être augmenté de volume, parfois même il présente des dilatations variqueuses sur sa face postérieure (obs. XIII, XXI).

Il est quelquefois assez difficile de savoir si nous avons simplement à faire à un cas d'hypersécrétion de la bourse ou à un cas de catarrhe chronique. L'état de la muqueuse et l'hypérémie plus ou moins généralisée pourront nous aider à faire la distinction. En effet, tandis que dans les cas d'hypersécrétion de la bourse, l'hypérémie est assez bien localisée, il n'en est plus ainsi dans les cas de catarrhe chronique, et c'est pour cela que nous avons classé sous ce titre les observations XXII et XXIII qui pouvaient un moment nous embarrasser. Dans l'observation XXVI, il semble

que nous ayons à faire à une hypersécrétion muqueuse de la bourse, à cause de l'hypérémie plus ou moins circonscrite, mais nous croyons utile de rattacher ce cas à ceux de catarrhe chronique, vu que cette hypérémie est purement accidentelle et qu'elle est plutôt le fait d'une imbibition sanguine que d'une hypérémie vraie. Nous avons, en effet, trouvé sur la voûte, au moment de l'autopsie un énorme caillot sanguin.

Dans les observations XI et XXVII la voûte était passablement étroite et la sécrétion abondante. Peut-être faut-il admettre que cette étroitesse de la paroi supérieure du pharynx prédispose à la production et à la durée plus ou moins longue du catarrhe, à cause de la stagnation des produits sécrétés qui sont sans cesse un élément d'irritation pour la muqueuse. On sait aussi, par contre, que certains auteurs considèrent un pharynx spacieux comme une cause prédisposante au catarrhe chronique.

Notons enfin l'existence de petits kystes provenant de sillons obstrués, mais ils n'acquerraient jamais, dans les cas que nous avons signalés, un bien grand volume.

L'examen microscopique nous montre la plupart du temps une altération considérable de l'épithélium de la muqueuse. Ce n'est que rarement que l'on peut constater encore l'épithélium cylindrique à cils vibratiles (obs. XXII), il est le plus souvent détruit ou bien il ne reste qu'un épithélium cylindrique simple ou stratifié, ou enfin nous n'avons plus que l'épithélium cubique sous-jacent reposant sur une fine membrane le séparant du tissu adénoïde. Cependant, dans certains sillons souvent fermés et représentés sur les coupes par de petites

cavités allongées on peut encore voir un épithélium cylindrique avec ou sans cils. L'intérieur de ces cavités renferme beaucoup de fines granulations ou de petites cellules rondes semblables à du pus. Dans l'observation signalée ci-dessus on pouvait encore voir entre les cellules cylindriques de belles cellules *caliciformes*.

Le tissu lymphoïde est généralement atteint, devient trouble, granuleux et présente quelques cellules adipeuses, principalement à la surface le long de la muqueuse (obs. VI, XXI, XXVII).

Le tissu conjonctif prend quelquefois un assez grand développement (obs. VI, XXII). Souvent les follicules sont caséifiés et donnent lieu à des pertes de substance. La vascularisation est tantôt peu, tantôt très développée; les vaisseaux sont encore remplis de globules sanguins. Les parois de la bourse, quand elle existe, sont le plus souvent dépourvues de leur épithélium (XXII, XXVI). Elles sont irrégulières, présentent de nombreux follicules clos tout autour. L'intérieur est rempli de débris épithéliaux ou de petites cellules rondes. Le tissu adénoïde devient granuleux alentour ou présente des gouttelettes de graisse, principalement dans la partie qui sépare le fond de la bourse du tissu conjonctif sous-jacent. Ce dernier offre parfois des cellules adipeuses formant dans ses mailles des amas assez considérables.

L'épithélium glandulaire est rarement tout à fait intact; les cellules sont peu distinctes, leur noyau n'est souvent plus visible. Le tissu conjonctif périlobulaire est quelquefois plus développé que normalement ou présente de fines gouttelettes graisseuses. Nous avons remarqué aussi un agrandissement des conduits

excréteurs. Ils sont revêtus souvent encore de leur épithélium cylindrique sans cils et sont remplis de petites cellules rondes semblables à du pus.

Les kystes sont très fréquents, conservent quelquefois leur épithélium cylindrique à cils vibratiles ou bien simplement un épithélium cylindrique sans cils ou enfin cubique. Ils renferment pour la plupart des cellules multiformes, de la mucine, des gouttelettes transparentes ou réfringentes, ou même des gouttelettes de graisse. Autour de ces kystes le tissu lymphoïde est également altéré, trouble. Signalons enfin, pour terminer, l'existence de papilles à la surface du tissu adénoïde (obs. VII).

CHAPITRE VI

Hypersécrétion de la bourse.

Dans un intéressant mémoire publié l'année dernière, le Dr Tornwaldt⁹⁷ a attiré l'attention sur une nouvelle affection de la voûte du pharynx, qu'il a décrite sous le nom de catarrhe ou d'hypersécrétion de la bourse pharyngienne.

Nous avons cherché, par l'examen attentif d'un certain nombre de pièces prises sur le cadavre, si cette opinion pouvait se justifier et si des données anatomiques pouvaient venir en aide aux résultats obtenus par l'examen clinique. Nous résumerons en quelques mots les faits avancés par cet auteur et nous ajouterons, après avoir donné nos observations, nos réflexions à ce sujet.

Il s'est d'abord demandé d'où peut provenir la sécrétion que l'on rencontre souvent sur la voûte du pharynx, soit qu'elle se présente sous forme liquide, soit sous forme de croûtes desséchées. Pour lui, pareille production doit être, en effet, purement locale, et il faut éliminer toute hypothèse de produits amenés à

cet endroit, soit par décubitus, soit par contraction du voile du palais.

En faveur de la première opinion, on pourrait admettre que le décubitus dorsal, l'action des cils vibratiles, la pesanteur de la sécrétion venant de la partie supérieure des choanes, l'action du courant inspiratoire (*Inspirationstrom*) joueraient un certain rôle. Mais, dit-il, le décubitus pendant le sommeil n'est jamais tout à fait horizontal et dans ce cas le mucus serait tombé plus bas. De plus, d'après Luschka, les cils vibratiles s'arrêtent à la partie antérieure du trou occipital; leur action devrait donc aussi s'étendre plus loin et chasser le mucus plus bas. L'action du courant inspiratoire devrait également empêcher l'accumulation de mucus à cet endroit.

Dans la station debout cette accumulation de mucus est encore bien plus improbable lorsqu'on admettrait que ce dernier y est poussé depuis les fosses nasales. Il repousse d'autre part l'idée que les produits de sécrétion y soient amenés par les contractions de l'élévateur du voile du palais.

En effet, il a trouvé également une accumulation de muco-pus sur la voûte alors qu'il n'y avait rien dans les fosses nasales, et cela tendrait de plus en plus à faire admettre une production locale. Prétendre que ce ne soit pas un catarrhe local n'est pas une opinion soutenable étant donné la fréquence, la durée et la limitation de cette affection. Il a vu, en effet, la sécrétion très souvent desséchée sous forme de croûte et occuper un espace triangulaire très net, dont le sommet était l'ouverture de la bourse et la base située un peu plus haut que le sillon de Passavant. Il pouvait alors enlever

avec la sonde des morceaux de mucus desséché, dont la partie médiane couvrait l'ouverture de la bourse, ou bien en pressant directement sur cette dernière, il en faisait sortir un liquide visqueux (*dickflüssig*) ou purulent. Parfois le mucus desséché formait une couronne autour de l'orifice.

Quand il sortait du pûs c'était souvent sous forme de bouchon et la sécrétion était plus épaissie que sur les parties voisines. Au moyen d'une douche nasale le tout s'enlevait facilement et la muqueuse apparaissait dans son état normal. Il s'élève alors contre l'opinion de Michel qui attribue les croûtes signalées à l'ozène principalement, mais sans nier toutefois d'une manière absolue qu'elles ne puissent l'accompagner. Dans les cas de punaisie, il a trouvé la muqueuse très rouge; tel n'est pas le cas pour les croûtes provenant de la bourse et qui ne se reproduisent pas facilement après ablation. De plus, il n'a jamais trouvé d'odeur caractéristique, et s'il y en avait une c'était seulement quand il y avait une grande bourse à ouverture étroite qui facilitait la décomposition et la stagnation des produits sécrétés.

C'est ainsi que, pour toutes les raisons qu'il a énumérées, il peut avoir à faire à une hypersécrétion propre, qu'il désigne sous le nom de catarrhe de la bourse (p. 25 et suiv.).

Nous n'avons choisi dans les observations qui vont suivre que des cas typiques. Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans le chapitre précédent, on peut être souvent embarrassé de savoir si nous avons à faire à un catarrhe chronique ou à une affection de la bourse seule. Et cela d'autant plus que l'une de ces affections

accompagne souvent l'autre ou qu'elle n'en est qu'une simple conséquence, alors que l'affection primitive a disparu. Souvent même le catarrhe de la bourse dépend d'une affection nasale déjà guérie. Nous nous sommes borné aux cas où la lésion était bien limitée.

Dans les six premières observations le contenu était trouble, visqueux, légèrement purulent; dans les autres la matière sécrétée était, par contre, franchement purulente. Entre ces deux termes il peut y avoir toutes les transitions possibles, et cela peut dépendre de l'intensité, de la durée et des causes qui ont amené le catarrhe.

OBSERVATION XXVIII. — Dup..., J., 45 ans, manoeuvre. (?)

En arrière du septum, à 6^{mm} environ, on remarque de chaque côté de la ligne médiane, deux orifices arrondis séparés par une membrane molle, large de 5^{mm}. Celle-ci se laisse un peu soulever par le stylet mousse, mais il existe entre les cavités par où on pénètre au moyen des orifices ci-dessus, une cloison plus ou moins verticale qui empêche toute communication entre elles. Celle de gauche est un peu plus profonde que celle de droite qui a 3^{mm} environ. Des deux s'échappe une grande quantité de mucus transparent, filant, de même apparence que celui qui se trouve sur le reste de la muqueuse en général, mais qui provient en grande partie des cavités ci-dessus. Tout autour des orifices signalés la muqueuse est plus hyperémiee, a une teinte légèrement violacée. — Les cornets inférieurs, la muqueuse des fosses nasales et de la paroi postérieure du pharynx ne présentent rien de spécial.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres. — Le tissu adénoïde est assez bien développé surtout sur les parties latérales de la voûte. Sur la ligne médiane il présente, sur certaines coupes, une fente profonde, représentée dans d'autres par deux cavités séparées par une cloison. La surface du

tissu réticulé est entrecoupée en plusieurs endroits par de grandes échancrures revêtues de leur épithélium. — La vascularisation est peu forte. — La couche glandulaire ne dépasse pas la ligne médiane.

Obj. 5. — *Leitz.* *Ocul.* 3. — A la surface du tissu adénoïde l'épithélium a disparu en grande partie. Dans les fentes signalées plus haut, on constate encore un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Les cavités placées de chaque côté de la ligne médiane forment la bourse qui est ici nettement cloisonnée et dont l'épithélium cylindrique n'existe plus qu'à certaines places. Les parois de cette bourse offrent une mince membrane conjonctive et autour le tissu réticulé. A l'intérieur, contenu granuleux avec beaucoup de cellules rondes dont quelques-unes à noyau. Dans des préparations, le contenu et le revêtement épithélial ont complètement disparu, si bien qu'on croirait avoir à faire à deux pertes de substances dans le tissu adénoïde. Celui-ci est alors granuleux, trouble, présente même des cellules adipeuses autour de cette bourse, mais pas de follicules. L'épithélium glandulaire est bien conservé. — Les canaux excréteurs peuvent être suivis jusque dans le tissu réticulé.

OBSERVATION XXIX. — *Guer...*, L., 21 ans, bijoutier. — *D.A.*: Tuberculose pulmonaire et intestinale. Dégénérescence amyloïde de la rate.

Muqueuse de la voûte recouverte d'une couche assez épaisse de muco-pus verdâtre, épais, adhérent à la surface. En enlevant ce dernier on remarque un rudiment d'amygdale pharyngienne, sous forme d'une saillie molle, longue de 15^{mm} et large de 10^{mm}. Elle est séparée latéralement du tissu réticulé avoisinant par deux petits sillons un peu arqués, longs de 5^{mm} et profonds chacun de 3^{mm}. Exactement sur la ligne médiane se trouve, à 8^{mm} en arrière du septum, une cavité en entonnoir profonde de 6^{mm} et dans laquelle on pénètre avec le stylet jusqu'aux parties dures. Il s'en échappe une grande quantité de mucus filant, transparent, visqueux. A la

surface du tissu adénoïde existent également quelques petits orifices obstrués par le même mucus. La coloration est à peu près la même sur toute la voûte, mais l'hypersécrétion est surtout forte au niveau de la cavité signalée plus haut. Les croûtes qui l'obstruent sont dues sans doute à une stagnation prolongée et à une décomposition du mucus excrété. — Les fossettes de Rosenmüller ont un aspect un peu anfractueux, présentent de nombreux sillons et bandelettes de tissu adénoïde. Trompes d'Eustache perméables. — Rien de spécial dans les fosses nasales.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres. — A la partie postérieure de la voûte, le tissu adénoïde présente un développement assez uniforme ; petites papilles à la surface et quelques rares follicules clos. Plus on s'approche de la cavité nasale, plus il augmente d'épaisseur, devient irrégulier, offre plusieurs fentes avec nombreux follicules autour. Sur la ligne médiane, formation d'une véritable bourse allant jusqu'au tissu conjonctif sous-réticulé, et avec plusieurs bourgeons faisant saillie à l'intérieur. Quelques petits espaces clairs disséminés un peu partout et provenant de follicules dont le contenu serait tombé ou de petits kystes. Un de ces derniers se voit dans le fond de la bourse dont il est séparé par une mince cloison. La couche glandulaire ne dépasse pas la bourse.

Obj. 5. — Ocul. 3. — Épithélium cylindrique stratifié à quelques places, mais il reste surtout l'épithélium cubique sous-jacent, séparé du tissu adénoïde par une mince membrane. Les papilles sont formées de cellules cubiques ou polygonales à l'intérieur, tandis que celles de la surface sont allongées, aplaties. Protoplasme granuleux autour du noyau. Le tissu cytogène lui-même est trouble, granuleux, non vascularisé et présente sous la couche épithéliale de la surface, et dans la partie reposant sur le tissu conjonctif sous-jacent, beaucoup de cellules adipeuses. On y remarque aussi de petits amas de pigment sanguin. Là où le tissu lymphoïde offre sa plus grande épaisseur, soit au niveau de la bourse, il existe plusieurs fentes tapissées d'un épithélium cylindrique

dont les cils sont encore visibles dans quelques coupes. Les parois de la bourse ont perdu le leur et sont formées directement de tissu adénoïde dans lequel se voient beaucoup de follicules altérés. La bourse paraît cloisonnée dans quelques préparations. Le petit kyste signalé plus haut est tapissé à l'intérieur par un épithélium cylindrique un peu aplati et sans cils ou même à quelques endroits d'un simple épithélium cubique reposant sur une très fine membrane formant séparation avec le tissu lymphoïde. Contenu transparent et fines granulations; beaucoup de cellules rondes, d'autres fusiformes avec noyau et à prolongements très fins, etc. Une des parois du kyste est formée directement par la couche de tissu conjonctif sous adénoïdien. La cloison qui le sépare du reste de la bourse n'est constituée que par du tissu lymphoïde. — Il existe encore d'autres petits kystes analogues mais moins importants. — Epithélium glandulaire un peu trouble. Canaux excréteurs revêtus d'un épithélium cylindrique sans cils; à l'intérieur, beaucoup de petites cellules rondes.

OBSERVATION XXX. — Grand..., Jean, 75 ans. — D. A.: Ramollissement de tout l'hémisphère cérébral gauche. Bronchite chronique et emphysème. Athéromasie artérielle.

Muqueuse de la voûte en général pâle, recouverte d'une grande quantité de muco-pus jaune-verdâtre en partie desséché et formant une espèce de croûte adhérente. En arrière du septum les vaisseaux ont un volume assez considérable et sont très visibles à la surface de la muqueuse. Du côté gauche de la ligne médiane, la coloration de la muqueuse prend une teinte rosée qui tranche un peu avec celle des parties avoisinantes. Du même côté, à 8^{mm} en arrière de la cloison des fosses nasales et à 3^{mm} de la ligne médiane, on voit un petit orifice, grand comme une tête d'épingle et donnant accès dans une cavité profonde de 3^{mm}, dirigée d'arrière en avant. Elle est remplie d'un mucus visqueux plus ou moins transparent. Les bords de cette cavité sont un peu hyperémiés, présentent une coloration plus foncée que la muqueuse voisine. En dehors de cet orifice, on

constate une petite proéminence de 5^{mm} de longueur sur 4^{mm} de large et de couleur blanc-jaunâtre. Elle est molle, paraît formée par un kyste, mais, macroscopiquement n'en a pas les caractères bien nets. Elle ne paraît pas non plus être en relation avec la cavité ci-dessus. Les fossettes de Rosenmüller et la muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes ont une teinte légèrement violacée, mais n'offrant rien d'autre de spécial. Fosses nasales normales.

Le mucus qui s'échappe de la bourse, examiné au microscope, montre qu'il est composé d'une substance transparente avec de fines granulations, de globules de sang, de cellules de pus et de quelques cristaux de phosphate de chaux. Ces derniers disparaissent par l'addition d'acide acétique.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres. — Le tissu lymphoïde augmente d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche de la partie médiane de la voûte. Il devient en même temps irrégulier, présente de nombreuses fentes et bientôt une bourse très manifeste, dont le fond atteint presque la couche de tissu conjonctif sous-jacent. Tout autour des follicules en voie de désorganisation ou même dont le contenu a disparu. Dans quelques préparations, le fond de la bourse est cloisonné et il existe même un kyste volumineux. La vascularisation est assez forte autour de la bourse et principalement dans le tissu conjonctif situé sous le tissu réticulé. La couche glandulaire est bien marquée et ne dépasse pas la bourse.

Obj. 5. — *Ocul. 3.* — Épithélium cubique à la surface. Le tissu réticulé est altéré, trouble, offre beaucoup de cellules adipeuses, surtout le long de la muqueuse. Parfois c'est le tissu conjonctif qui a pris un développement extraordinaire et forme de fortes travées. Quelques fentes profondes sont encore revêtues de leur épithélium cylindrique à cils et sont remplies de petites cellules rondes semblables au pus. Dans le tissu cytogène plusieurs petits kystes. Un de ceux-ci, paraissant appartenir à la bourse, conserve encore à certaines places son épithélium cylindrique à cils vibratiles ; à

d'autres, il ne reste que l'épithélium cubique sous-jacent. A l'intérieur, petites cellules rondes sans noyau ; d'autres grandes, également rondes et sans noyau ; puis des cellules fusiformes triangulaires, en massue, etc., toutes finement granuleuses et terminées par des prolongements très grands et élégants formant des anastomoses ; enfin, de petites granulations de mucine. Les parois de ce kyste sont entourées d'une coque épaisse de tissu conjonctif. A plusieurs endroits pigment sanguin dans le tissu cytogène. Epithélium glandulaire et canaux excréteurs normaux. Beaucoup de vaisseaux et de cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoidien.

OBSERVATION XXXI. — Dur..., Joseph, 47 ans, horloger. — Carcinome de l'œsophage. Endartérite chronique déformante de l'aorte.

Muqueuse pâle en général, recouverte sur presque toute sa surface d'un mucus légèrement brunâtre, demi-transparent, assez adhérent. A 5^{mm} en arrière du septum se voit sur la ligne médiane un petit orifice grand comme une tête d'épingle, permettant l'introduction d'un stylet mousse dans une cavité profonde de 1^{mm} et demi et ne présentant pas d'hyper sécrétion particulière. Par contre, à 3^{mm} en arrière de cette dernière, en existe une autre plus importante. Sa paroi inférieure est formée par une membrane très mince, qui s'applique à la façon d'une valvule contre la paroi supérieure et donne à l'orifice qui en forme l'entrée, l'aspect d'une fente allongée dirigée obliquement de gauche à droite. La longueur de cette fente est de 2^{mm}. En soulevant avec le stylet la lèvre inférieure on pénètre dans une poche profonde de 3^{mm} environ. Sur la paroi supérieure et tout près de l'entrée existe un petit kyste un peu plus gros qu'une tête d'épingle ordinaire. On trouve dans la cavité même, une sécrétion analogue au mucus décrit plus haut.

En nettoyant la muqueuse sous un filet d'eau, on voit bientôt une autre fente oblique également située en avant de celle qui vient d'être décrite, mais moins grande, et la membrane qui formait la paroi inférieure de la première

cavité n'est au fond qu'une simple cloison séparant une même bourse en deux loges. La sécrétion est semblable dans les deux. La muqueuse avoisinant cette bourse est un peu hyperémiee. Rien de spécial dans les fossettes de Rosenmüller et à la paroi postérieure du pharynx. Fosses nasales normales. Rien dans les trompes.

OBSERVATION XXXII. — B..., Fr., 56 ans. — Erysipèle de la face. Bronchite chronique et emphysème. Ganglions purulents du hile du poumon. Pneumonie du sommet gauche. Pleurésie droite.

Muqueuse de la voûte du pharynx en général pâle, sauf dans un endroit correspondant à la bourse où elle est un peu hyperémiee. A 10^{mm} de la cloison et sur la ligne médiane existe une ouverture allongée de 4^{mm} environ sur sur 3^{mm} de largeur. On pénètre dans une cavité en entonnoir de 5^{mm} de profondeur. Du fond de cette cavité s'échappe, par la pression, un contenu transparent, visqueux, assez adhérent. La cavité elle-même est recouverte d'un muco-pus, jaune-verdâtre assez adhérent et plus ou moins desséché. Cette croûte se détache facilement sous un filet d'eau. La cavité paraît alors dans toute sa netteté. Dans les fossettes de Rosenmüller et sur les trompes d'Eustache, sécrétion ayant une autre apparence que celle qui recouvre la voûte. Elle est beaucoup plus transparente. Les cornets et les fosses nasales sont très pâles, n'offrent pas d'hyper-sécrétion.

La sécrétion de la bourse est formée de mucus, de globules de graisse, de cellules de pus, de nombreux cristaux de cholestérine, de quelques cellules cylindriques à cils vibratiles, et enfin de petites granulations groupées par quatre et ressemblant beaucoup à des *sarcines*.

OBSERVATION XXXIII. — Hais..., Fr., 46 ans, bijoutier. — Cirrhose et dégénérescence graisseuse du foie.

La partie de la muqueuse située en arrière du vomer se présente sous la forme d'un tissu plus ou moins spongieux ; plusieurs petits orifices à sa surface conduisent dans de petites cavités. De toutes s'échappe un contenu purulent,

jaunâtre, formé de nombreuses cellules de pus avec globules sanguins, de gouttelettes de graisse et de quelques rares cristaux de phosphate de chaux. La muqueuse est légèrement hyperémisée autour de ces orifices. Sur les parties latérales et tout près des fossettes de Rosenmüller se voient plusieurs proéminences transparentes ressemblant à de petits kystes. L'un de ceux-ci adhère par son sommet à la muqueuse qui recouvre le cartilage de la trompe d'Eustache du côté droit, au moyen d'une espèce de pont de substance molle qui se laisse facilement soulever avec un stylet. La muqueuse de la voûte, en arrière de la partie spongieuse, est pâle, un peu granuleuse, dépolie, présente aussi du côté droit une tumeur grosse comme un grain de millet, d'aspect blanchâtre, dure et bien circonscrite. Les fossettes de Rosenmüller sont remplies de mucus plus ou moins transparent. Rien dans les fosses nasales.

Examen microscopique. — Loupe, 10 diamètres. — Tissu réticulé peu développé à la partie postérieure de la voûte. Plus en avant, il présente de petits espaces clairs dus à des follicules dont le contenu serait tombé ou à de petits kystes. Nombreuses travées de tissu conjonctif sur la ligne médiane, bourse allant presque jusqu'au tissu connectif sous-adénoïdien. Les parois en sont très irrégulières, présentent quelques bourgeons formés de follicules clos. La vascularisation est très forte tout autour. Dans le tissu lymphoïde beaucoup de cellules adipeuses. Près de la muqueuse, la coloration par le picro-carmin se fait très mal.

Obj. 5. — Ocul. 3. — L'épithélium de la surface a complètement disparu. Tissu adénoïde très altéré, trouble, granuleux, principalement autour de la bourse et des fentes; remplacé à beaucoup d'endroits par du tissu conjonctif très vascularisé. Petits kystes revêtus d'un épithélium cylindrique sans cils visibles et reposant sur une très fine membrane. Ils renferment un contenu transparent avec de petites cellules rondes et des cellules de Gluge. Les parois de la bourse ont perdu leur épithélium et sont formées directement par du tissu cytogène. Couche glandulaire peu déve-

loppée. Épithélium altéré, noyau des cellules peu distinct. Canaux excréteurs revêtus d'un épithélium cylindrique simple et renfermant de petites cellules semblables à du pus. Tissu conjonctif périlobulaire très développé.

Le contenu des kystes, examiné de suite après l'ablation de la pièce sur le cadavre, apparaît d'abord sous forme d'une masse gélatineuse, constituée par de la mucine avec nombreuses gouttelettes réfringentes, puis par des cellules cylindriques à cils vibratiles; d'autres analogues à celles déjà décrites plus haut; enfin par des cellules fusiformes, triangulaires, etc., avec de longs prolongements formant des anastomoses. La plupart de ces cellules ont un noyau entouré de fines granulations.

OBSERVATION XXXIV. — Wer..., Louis, 49 ans, bijoutier. — D. A.: Insuffisance aortique.

La bourse pharyngienne offre chez ce sujet une forme typique et se présente sous l'aspect d'une cavité en entonnoir des plus caractéristiques. En effet, à 12^{mm} en arrière de la cloison des fosses nasales, se voit une ouverture de forme elliptique, dirigée obliquement de gauche à droite et un peu transversalement. La paroi inférieure de cette cavité est formée par une valvule qui se laisse facilement soulever avec un stylet mousse, mais qui à l'état normal reste appliquée contre la paroi supérieure. Cette poche à sommet dirigé vers l'os et d'arrière en avant, a une profondeur de 5^{mm}. Elle renferme un contenu purulent assez épais et adhérent. Soulevée avec le stylet, la paroi inférieure peut s'écarter de la supérieure de 5^{mm}. Les bords de l'ouverture sont d'une coloration un peu plus foncée que le reste de la muqueuse en général, qui est d'un rose pâle. Dans les fossettes de Rosenmüller, la sécrétion est un peu claire et moins épaisse que celle qui s'échappe de la bourse. Coloration rosée de la muqueuse nasale. Pas d'hypersecretion. Paroi postérieure du pharynx normale.

OBSERVATION XXXV. — Chaf..., Marie, 71 ans. — D. A.: Tuberculose miliaire aiguë du poumon et des reins.

A 10^{mm} en arrière du septum nasal et sur la ligne médiane

existe une ouverture allongée de 4^{mm} environ, donnant accès dans une cavité d'égale profondeur et dirigée d'arrière en avant. Les bords de cette ouverture sont légèrement hypérémisés, ainsi que la partie de la muqueuse située directement derrière la cloison. Elle offre en même temps un aspect granuleux ; on dirait qu'elle est dépolie et qu'une ulcération est imminente en cet endroit. Le tout est recouvert d'une grande quantité de pus jaunâtre, desséché, adhérent et formant croûte. En arrière de la bourse la muqueuse est moins hypérémisée et n'offre rien de spécial. Petit kyste du côté gauche de la ligne médiane. Muqueuse des fossettes de Rosenmüller un peu violacée, recouverte de mucus un peu transparent, visqueux. Sur le cornet inférieur gauche deux polypes pédiculés, irréguliers à leur surface et gros comme une petite noisette. Rien aux trompes et à la paroi postérieure. L'os ne présente pas de dépression.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Substance adénoïde peu développée à la partie postérieure de la voûte. Surface irrégulière, petites dépressions. Plusieurs follicules disséminés le long de la muqueuse. A mesure que les coupes se rapprochent du septum, le tissu réticulé forme, sur la ligne médiane, une grande fente donnant bientôt l'apparence d'une véritable bourse dont le fond atteint presque le tissu connectif sous-adénoïdien. Les follicules deviennent en même temps plus nombreux. Quelques-uns ont perdu leur contenu et forment de petits espaces clairs. Forte vascularisation. Couche glandulaire très nette.

Obj. 5. — Ocul. 3. — Epithélium cylindrique de la surface assez bien conservé, particulièrement dans les fentes ou sillons. A quelques rares endroits, on peut encore distinguer les cils. Entre les cellules cylindriques on remarque plusieurs cellules caliciformes. Sous la muqueuse, le tissu adénoïde est un peu altéré : il est finement granuleux et présente par ci par là des cellules adipeuses. Dans les coupes passant au niveau de la bourse, celle-ci est encore revêtue sur quelques-unes d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles ; sur d'autres, il ne reste qu'un épithélium cylindrique stratifié qui paraît avoir augmenté d'épaisseur, ou bien le

revêtement épithélial a disparu, et il ne reste plus que les parois formées directement de tissu lymphoïde. Tout autour follicules clos très nombreux; vascularisation également plus forte, de même que dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien d'où partent quelques travées assez considérables. L'intérieur de la bourse est rempli, outre les débris épithéliaux, d'un contenu finement granuleux, mais pas de gouttelettes de graisse. Epithélium glandulaire normal. Quelques conduits excréteurs agrandis.

OBSERVATION XXXVI. — Mon..., Françoise, 68 ans, ménagère. — Bronchite chronique et emphysème. Dégénérescence graisseuse du cœur.

Muqueuse située immédiatement en arrière du septum, fortement hyperémisée et principalement sur la partie médiane où elle a alors une teinte d'un rouge foncé intense. Le tissu adénoïde est peu développé. Entre le septum et les deux fossettes existe un amas de matière purulente de couleur jaune-verdâtre formant croûte et se détachant assez difficilement. Cette hypersécrétion ne recouvre la voûte que sur un espace triangulaire très limité. L'hyperémie cesse également sur les bords de cette croûte. En faisant couler un filet d'eau, cette dernière s'en va lentement et permet de constater à 10^{mm} en arrière de la cloison un petit orifice grand comme une tête d'épingle, conduisant dans une cavité dirigée d'arrière en avant et profonde de 3^{mm}; c'est la bourse proprement dite. Il s'en échappe un contenu muco-purulent, mais cependant moins épais que celui qui recouvre la voûte dans la partie désignée plus haut. Muqueuse nasale normale. Cornets inférieurs un peu hypertrophiés à leur partie postérieure. Pas d'hyperémie de la muqueuse avoisinant l'orifice des trompes; ces dernières recouvertes d'un enduit visqueux, transparent. Face postérieure du voile du palais légèrement granuleuse.

OBSERVATION XXXVII. — Zimm..., Ad., 58 ans. — D. A.: Tuberculose du cervelet, de la toile choroidienne et œdème cérébral. Tuberculose miliaire généralisée du péritoine et de l'intestin. Adhéhances tuberculeuses du foie et du diaphragme.

Muqueuse de la voûte pâle, recouverte d'une grande quan-

tité de muco-pus jaunâtre, formant croûte, principalement entre le septum et les deux trompes. Substance adénoïde peu développée. Fossettes de Rosenmüller presque complètement effacées, présentent encore quelques sillons très courts remplis de mucus visqueux et transparent. A 12^{mm} en arrière du septum, un peu à droite de la ligne médiane existe une cavité en entonnoir dont l'ouverture, sous forme de fente est disposée un peu obliquement et transversalement. Sa profondeur est de 3^{mm}. Par la pression, il s'en échappe un contenu purulent jaunâtre, sous forme de bouchon et d'aspect complètement différent du mucus qui recouvre les fossettes de Rosenmüller et la paroi postérieure du pharynx. On y constate au microscope une quantité de globules de pus avec quelques cellules cylindriques à cils vibratiles et d'autres cellules arrondies, beaucoup plus grandes que les globules de pus et paraissant chargées de gouttelettes graisseuses. L'addition d'acide acétique ne produit pas de grand changement. Fosses nasales et cornets normaux.

OBSERVATION XXXVIII. — Rab., 54 ans, ménagère. — D. A.: Pyémie. Arthrites suppurées multiples. Fracture spontanée du sternum.

Tissu adénoïde formant l'amygdale pharyngienne assez bien développé et présentant des sillons et des bandelettes symétriques au nombre de trois de chaque côté de la ligne médiane. A 10^{mm}, directement en arrière du septum, on voit un orifice losangique de 5^{mm} de longueur, dont les parois sont formées par deux bandelettes de tissu adénoïde et conduisant dans une cavité de 4^{mm} de profondeur. Par la pression on en fait sortir un contenu purulent, jaunâtre, épais, différent de celui qui existe dans les sillons voisins. Les bords de la cavité ne sont cependant pas plus hyperémiés que la muqueuse avoisinante, qui est plutôt pâle. Fossettes de Rosenmüller assez profondes et recouvertes d'un enduit plus ou moins transparent. L'ouverture losangique ci-dessus fait partie du sillon médian, mais après avoir nettoyé la muqueuse sous un filet d'eau, on constate

qu'à la partie postérieure de ce sillon existe encore un orifice grand comme une tête d'épingle et conduisant dans une cavité de 3 ou 4^{mm} de profondeur, séparée du reste du sillon par une mince membrane. Cette cavité doit être considérée comme étant la bourse proprement dite. Muqueuse de la paroi postérieure du pharynx normale. Rien au voile du palais. Muqueuse des cornets inférieurs un peu hypertrophiée, irrégulière. Orifices des trompes obstrués par du mucus filant, transparent.

OBSERVATION XXXIX. — Bis., Marie, 28 ans, ménagère. — Tuberculose pulmonaire. Néphrite parenchymateuse.

Tissu adénoïde peu développé, particulièrement sur la ligne médiane. La muqueuse paraît légèrement dépolie. De chaque côté de la ligne médiane, immédiatement en arrière du septum, deux fortes dépressions de 4 à 5^{mm} de longueur, avec fond jaunâtre paraissant dépourvu de tissu adénoïde. A 8^{mm} derrière la cloison, existe un orifice arrondi de 1^{mm} de diamètre, donnant accès dans une cavité profonde de 5^{mm}, disposée en entonnoir et d'où s'échappe, par la pression, un contenu jaunâtre, purulent, formant une espèce de bouchon. Cette bourse est située à la partie postérieure de la substance adénoïde formant les restes de l'amygdale pharyngienne. Muqueuse de la voûte et de la paroi postérieure légèrement hyperémisée. Dans les fossettes de Rosenmüller, plusieurs sillons très profonds circonscrits par des bandelettes de tissu adénoïde. Muqueuse recouvrant le cartilage des trompes légèrement irrégulière. Canal normal. Rien dans les fosses nasales.

OBSERVATION XL. — Fas., M., 28 ans, ménagère. — D. A. : Tuberculose pulmonaire méningée, intestinale, péritonéale et utérine. Synéchie cardiaque.

Amygdale pharyngienne très nette, présente de chaque côté des bandelettes arquées, séparées par des sillons courts et peu profonds. En arrière du sillon médian et séparé de lui par un petit pont de substance molle, existe à 12^{mm} du septum une ouverture du diamètre d'une tête d'épingle,

conduisant dans une cavité de 4^{mm} de profondeur et remplie d'un contenu jaunâtre, purulent. La cavité de la bourse est en communication avec le sillon médian. Derrière la bourse, un petit kyste paraissant indépendant d'elle ; à côté un petit orifice d'où s'échappe, à la pression, un liquide vitreux, transparent. La muqueuse de la voûte a une coloration rosée en général, sauf autour de la bourse où elle a une teinte un peu plus foncée. Elle est recouverte d'un enduit purulent, jaunâtre, un peu desséché. Mucus transparent dans les fossettes de Rosenmüller. Rien dans les trompes. Muqueuse des fosses nasales normale.

OBSERVATION XLI. — Mor..., Jean, 78 ans. — D. A.: Carcinome du rectum. Ulcères variqueux des jambes. Pneumonie fibrineuse du lobe inférieur gauche. Néphrite chronique.

Bourse pharyngienne très nette, siégeant à 10^{mm} en arrière du septum. Ouverture ovale dirigée dans le sens antéro-postérieur, longue de 4^{mm}, large de 2^{mm}, et conduisant dans une cavité en entonnoir, d'où s'échappe par la pression un contenu jaunâtre, épais, purulent. Muqueuse hypérémie autour des bords de l'orifice ; plutôt pâle ailleurs. Fossettes de Rosenmüller peu profondes. Rien de spécial dans les trompes. Muqueuse de la cloison et des cornets un peu irrégulière, pâle. Paroi postérieure du pharynx normale. Dans le sinus sphénoïdal une grande quantité de pus qui s'écoule abondamment après perforation, mais pas de relation avec la bourse.

OBSERVATION XLII. — Serrod..., Rac..., 19 ans, plâtrier-peintre. — D. A.: Méningite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire. Pleurésie droite. Ganglions caséux dans le mésentère.

Amygdale pharyngée bien développée. Sillons et bandes à direction antéro-postérieure et en forme d'arc, disposés symétriquement au nombre de trois de chaque côté de la ligne médiane. Les sillons sont de longueur et de profondeur inégales. Le médian est profond de 4^{mm}. Immédiatement en arrière et distant de 12^{mm} de la cloison se voit un petit orifice conduisant dans une cavité oblique d'arrière en

avant et profonde de 6^{mm}. C'est la bourse pharyngienne. Il en sort un pus jaunâtre, épais, assez abondant, qui recouvre une partie de la voûte. Celle-ci ne présente pas d'hypérémie notable. Rien de spécial dans les fossettes de Rosenmüller. Tout près de celle du côté droit se voit un petit kyste. Rien dans les trompes, sauf un peu de mucus filant à l'entrée. Muqueuse de la cloison et des cornets de coloration rosée, pâle. Pas d'hypersécrétion notable dans les fosses nasales.

OBSERVATION XLIII. — Giro... François, 40 ans, charretier. — D. A.: Pleuro-pneumonie fibrineuse, base droite. Pleurésie fibrineuse gauche. Dégénérescence graisseuse du foie.

Muqueuse de la voûte hyperémiée. Tissu adénoïde assez développé, mais sans trace de sillons. Voûte recouverte d'un muco-pus jaunâtre, épais, adhérent. A 12^{mm} du septum, se trouve, sur la ligne médiane, une ouverture arrondie, de 3^{mm} de diamètre environ, donnant accès dans une cavité oblique d'arrière en avant, et profonde de 6^{mm}. Il s'en échappe un contenu purulent, jaunâtre, d'aspect différent du mucus qui recouvre les trompes et les fosses nasales. — Fossettes de Rosenmüller peu profondes. — Muqueuse de la paroi postérieure du pharynx pâle, lisse, sans sécrétion notable. — Cornet inférieur gauche hypertrophié et hyperémié. Cornet droit beaucoup plus pâle. Légère hyperémie de la cloison. — Voile du palais normal. Os un peu rugueux mais sans dépression notable correspondant à la bourse.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde présentant une couche uniforme à la partie postérieure de la voûte. Nombreuses travées de tissu conjonctif à l'intérieur, avec cellules adipeuses. Vascularisation forte dans la couche épithéliale. L'épaisseur du tissu lymphoïde atteint son maximum vers la partie médiane de la voûte. Il existe alors plusieurs fentes profondes. Sur la ligne médiane, grand espace correspondant à la bourse et entouré de tissu réticulé de tous côtés. Au-dessus, existe un enfoncement de la muqueuse, paraissant se diriger vers cette cavité, dont elle n'est séparée que par une mince couche de

tissu lymphoïde. Sur d'autres coupes, cette dernière a disparu et on a alors une cavité en communication avec l'extérieur par un étroit canal. Les bords en sont très irréguliers, sans follicules appréciables. — Couche glandulaire peu développée.

Obj. 5. — *Ocul.* 3. — Épithélium cylindrique stratifié conservé sur certaines coupes. Sur d'autres, il ne reste qu'un épithélium cubique, séparé du tissu cytogène par une mince membrane. On constate aussi l'existence de papilles, dont les cellules du centre sont plus ou moins polygonales, avec noyau entouré de protoplasme granuleux, tandis que les plus superficielles sont aplaties et disposées par couches. Quelquefois le tissu lymphoïde paraît soulever la muqueuse à la manière d'un véritable bourgeon. Dans le fond de la bourse, il reste tantôt un épithélium cubique à noyau et un peu trouble, tantôt l'épithélium a complètement disparu et les parois sont formées directement par du tissu lymphoïde finement granuleux. A l'intérieur de la bourse, débris de cellules épithéliales. Dans les fentes, le revêtement épithélial a également disparu et le tissu adénoïde offre le même aspect qu'autour de la bourse ou présente un développement assez fort du tissu conjonctif riche en vaisseaux. — Épithélium glandulaire un peu trouble; noyau mal distinct. Tissu conjonctif périlobulaire très développé.

OBSERVATION XLIV. — Ther... Ed., 28 ans, cordonnier. — Néphrite parenchymateuse. Tuberculose pulmonaire double, avec cavernes dans le poumon gauche. Pleurésie purulente droite. Synéchie totale du péricarde et des plèvres. Plaques laiteuses sur le péricarde.

Rudiment d'amygdale pharyngienne avec deux ou trois sillons très courts. Le médian, long de 5^{mm}, profond de 4^{mm} est rempli de muco-pus jaunâtre avec de petits grumeaux blanchâtres. En nettoyant la muqueuse, on aperçoit à la partie postérieure de ce sillon, une ouverture arrondie, de la grandeur d'un grain de millet, avec cavité dirigée d'arrière en avant et profonde de 5^{mm}; elle est remplie également d'un contenu purulent. Une mince cloison disposée trans-

versalement sépare cette cavité d'avec le sillon médian. La voûte pharyngienne est recouverte d'une masse de pus assez épaisse, plus ou moins desséchée et adhérente. La muqueuse en général pâle, paraît légèrement œdématisée et hyperémiée autour du sillon médian. — Rien de spécial dans les fossettes de Rosenmüller, à part quelques ponts de substance adénoïde allant rejoindre la muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes. Sillons peu profonds et remplis de mucus plus clair que celui de la voûte. — Cornets moyens et inférieurs hyperémiés par places ; leur muqueuse est un peu irrégulière. Celle des cornets inférieurs a, en outre, une coloration fortement grisâtre à leur partie postérieure. — Rien dans les trompes. — Pas d'hypersécrétion dans les fosses nasales. — Paroi postérieure du pharynx légèrement hyperémiée, mais sans granulation.

OBSERVATION XLV. — Jaq..., Marie, 52 ans, ménagère. — D. A. : Hépatite interstitielle avec dégénérescence graisseuse du foie. Tuméfaction trouble des reins. Œdème et emphysème pulmonaires.

Amygdale pharyngienne assez nette, avec sillons longitudinaux à droite et un peu oblique du côté gauche. Muqueuse de la voûte légèrement hyperémiée et présentant plusieurs orifices très petits. A 12^{mm} du septum, sur la ligne médiane, bourse à ouverture étroite, arrondie. Cavité dirigée d'arrière en avant et remplie de pus qui s'écoule facilement par la pression. — Partie postérieure du cartilage des trompes hyperémiée, granuleuse, avec gouttelettes de pus suintant à la surface. Muqueuse de la voûte recouverte de pus, surtout abondant au niveau de la bourse, d'où sortent également de petits grumeaux blanchâtres. — Paroi postérieure du pharynx pâle, sans granulations. — Rien dans les trompes. — Muqueuse des cornets et de la cloison un peu hyperémiée, mais pas d'hypersécrétion notable.

OBSERVATION XLVI. — Schu..., Frédéric, 52 ans, tailleur. — Tuberculose pulmonaire, avec adhérences multiples dans les sommets. Adhérences pleurales.

Tissu lymphoïde assez peu développé. Muqueuse de la

voûte hyperémiee, recouverte de muco-pus jaunâtre, épais. A 10^{mm} en arrière du septum existe une ouverture arrondie, un peu plus grande qu'une tête d'épingle et conduisant dans une cavité de 3^{mm} de profondeur, remplie d'une matière purulente formant bouchon. Cette dernière est constituée par une grande quantité de globules de pus et de gouttelettes de graisse. Par l'addition d'acide acétique ce contenu présente en outre un fin réticulum avec des granulations également très fines, puis de grandes cellules arrondies remplies de petits corpuscules ressemblant à des gouttelettes de graisse. Pas de cellules à cils vibratiles. Sillons peu profonds dans les fossettes de Rosenmüller, qui sont remplies de mucus plus ou moins transparent et visqueux. Il en est de même de celui qui recouvre la paroi postérieure et les trompes. — Muqueuse de la cloison des fosses nasales et des cornets légèrement granuleuse, non hyperémiee. — Rien au voile du palais.

Après immersion prolongée dans le liquide de Müller, il sort de la bourse, par la pression, une assez grande quantité de petites paillettes blanchâtres formées exclusivement par des cristaux de cholestérine.

OBSERVATION XLVII. — Loui..., Philippe, 47 ans. — D. A.: Pneumonie fibrineuse du lobe inférieur gauche. Epanchement séreux dans le péricarde. Tumeur trouble des reins. Dégénérescence graisseuse du foie.

Muqueuse de la voûte légèrement hyperémiee, recouverte de muco-pus un peu visqueux. Tissu adénoïde assez développé mais pas de limites nettes avec la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx. A la surface de la voûte, orifices multiples, petits, donnant accès dans des cavités de profondeur variable. A 10^{mm} en arrière de la cloison existe une autre cavité, profonde de 5^{mm}, dirigée d'arrière en avant et à orifice un peu allongé. Il en sort par la pression un contenu jaunâtre, plus épais que celui qui s'écoule des autres cavités. — Rien de spécial à l'embouchure des trompes et dans les fossettes de Rosenmüller. — Muqueuse de la cloison et des cornets un peu irrégulière mais pas hyperémiee. — Le cornet inférieur droit présente à sa partie postérieure

un sillon de 10^{mm} de longueur et profond de 1^{mm} et demi. Paroi postérieure du pharynx et voile du palais normaux.

OBSERVATION XLVIII. — Chen..., Pierre, 48 ans, ramoneur. — Fracture du sternum, du bassin et du fémur gauche. Hémorrhagie interne. Embolie graisseuse du poulmon.

Tissu adénoïde de la voûte assez développé ; muqueuse en général pâle, à surface irrégulière et présentant de nombreux orifices très petits. Elle est recouverte d'un mucus trouble et peu adhérent. Sur la ligne médiane, à 5^{mm} en arrière du septum existe un sillon de 4^{mm} de longueur, profond de 3, et à son extrémité postérieure un petit orifice grand comme une tête d'épingle, formant l'entrée d'une cavité profonde de 4^{mm}. A la pression, il en sort un contenu purulent, jaunâtre, composé de globules de pus, de cellules cylindriques à cils vibratiles et d'autres de diverses formes. L'addition d'acide acétique rend très visible le noyau de ces différentes cellules. Il est tantôt ovalaire, tantôt arrondi. Dans les fossettes de Rosenmüller, bandelettes de tissu lymphoïde, partant des parties latérales de la voûte et allant rejoindre le cartilage postérieur des trompes. La muqueuse recouvrant ces dernières est irrégulière, granuleuse, un peu hyperémisée. Celle des cornets et de la cloison l'est, par contre, beaucoup plus, mais sans irrégularité. — Voile du palais normal.

OBSERVATION XLIX. — Gand..., Ch., 51 ans, jardinier. — D. A.: Tuberculose pulmonaire et péritonéale. — Anévrysme de l'aorte descendante. Abscess froids de la cuisse gauche et de la jambe droite.

Muqueuse de la voûte pâle en général, présente plusieurs sillons peu profonds et très courts séparés par des bandelettes de tissu adénoïde. Les limites de ce dernier ne sont pas très nettes en arrière ; latéralement quelques bandelettes disposées obliquement et allant rejoindre à la manière d'un pont le cartilage des trompes. Sillons peu profonds dans les fossettes de Rosenmüller et remplis de mucus légèrement blanchâtre, visqueux. A 3^{mm} du septum, sillon de 3^{mm} de longueur occupant la ligne médiane. A son extrémité postérieure, petit orifice

arrondi de 1^{mm} de diamètre environ donnant accès dans une cavité en entonnoir de 4^{mm} de profondeur, remplie d'un contenu purulent blanc-jaunâtre, plus épais que le mucus qui recouvre la voûte en général et les parties voisines. Fosses nasales un peu pâles; cependant la muqueuse de la cloison a une coloration rosée assez forte; elle est en même temps un peu irrégulière. Peu de mucus à l'orifice des trompes. Canal normal. Voile du palais œdématié, mais sans granulations. Pas de dépression dans l'os. Le contenu de la bourse examiné au microscope montre beaucoup de cellules de pus, de cellules cylindriques à cils vibratiles, d'autres arrondies ou fusiformes avec gros noyau surtout visible après addition d'acide acétique.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Le tissu adénoïde augmente d'épaisseur à mesure qu'on se rapproche de la partie antérieure de la voûte. Il existe d'abord sur la ligne médiane une fente peu profonde et audessous trois grandes cavités représentées sur la coupe par des espaces clairs et séparées les unes des autres par une cloison de tissu lymphoïde. La plus inférieure (par rapport à la coupe) est située directement sur la ligne médiane, apparaît comme un kyste de la bourse dont elle occupe la place et repose immédiatement sur le tissu conjonctif sous-jacent où elle fait une légère empreinte. Les deux autres loges sont situées un peu latéralement. Toutes trois sont remplies d'un contenu transparent. Sur d'autres coupes il existe encore du côté gauche une autre cavité remplie d'un contenu trouble et finement granuleux. Autour de ces différents espaces clairs, le tissu lymphoïde est fortement vascularisé, offre même des taches de pigment sanguin. Sur d'autres préparations, la fente médiane s'accentue, les parois deviennent irrégulières et bientôt on a une vaste cavité en communication avec l'extérieur par un étroit canal. L'ensemble donne tout à fait l'impression d'une bourse cloisonnée avec canal perméable en partie et avec kyste multiloculaire. Par ci par là quelques follicules et petits points blanchâtres dus à la section de canaux glandulaires. Sur

une seule coupe il nous a été permis de voir tout à fait exceptionnellement un lobule glandulaire isolé siéger directement sous la bourse.

Obj. 5. — *Ocul.* 3. — L'épithélium de la surface est cylindrique, stratifié ou cubique, parfois a complètement disparu. Dans les fentes, épithélium cylindrique à cils vibratiles bien conservé. Sur certaines coupes le grand espace signalé plus haut est formé par un kyste à plusieurs loges revêtu tantôt d'un épithélium cylindrique à cils, tantôt d'un épithélium cylindrique simple à plateau, trouble et granuleux. Au-dessous une fine membrane de tissu conjonctif. Comme contenu, beaucoup de petites cellules rondes, d'autres plus grandes remplies de petites granulations et à noyau et des gouttelettes transparentes noyées dans un fin réticulum. Dans le tissu adénoïde d'autres petits kystes à contenu transparent, avec gouttelettes réfringentes ; épithélium cylindrique mais sans cils. La fente médiane montre encore un épithélium cylindrique sans cils avec beaucoup de cellules rondes semblables à du pus, accumulées dans le fond. La membrane qui sépare le canal de la bourse du kyste décrit ci-dessus est formée de tissu conjonctif et de tissu adénoïde. Cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien. Epithélium glandulaire et des canaux excréteurs tout à fait normal. Rien à la musculature.

OBSERVATION L. — Mey., G., 37 ans, cultivateur. — D. A.: Tuberculose pulmonaire ; adhérences du péricarde et des plèvres.

Muqueuse de la voûte un peu hyperémiee tandis que celle de la paroi postérieure du pharynx est excessivement pâle. Tissu adénoïde assez développé. Surface unie, lisse. Sur la ligne médiane existe un sillon profond de 3^{mm}, à la partie postérieure duquel se trouve une cavité de 3 ou 4^{mm}, d'où s'échappe une matière purulente jaunâtre plus ou moins épaisse et différant un peu du mucus trouble qui recouvre la voûte en général. A côté de la bourse un tout petit kyste. Muqueuse des fosses nasales et de l'orifice des trompes, pâle, unie. Sur la partie postérieure des cartilages elle est un peu rouge et irrégulière. Le sillon est séparé de la bourse proprement dite par une mince cloison transversale.

OBSERVATION LI. — Broc..., 46 ans, manœuvre. Pyémie. Arthrite coxofémorale gauche.

Muqueuse de la voûte légèrement hypérémiee. Tissu adénoïde peu développé, à surface irrégulière. Il forme une espèce d'excavation triangulaire, à sommet dirigé en arrière et à base formée par le bord postérieur du vomer. Sillons et bandelettes très courts. Voûte recouverte d'un enduit purulent, peu adhérent. A 10^{mm} en arrière du septum, petit orifice sous forme de fente, conduisant dans une cavité profonde de 3^{mm}, d'où s'échappe à la pression un contenu jaunâtre un peu plus épais que celui qui recouvre la voûte en général. Paroi postérieure du pharynx pâle. Les fossettes de Rosenmüller présentent plusieurs sillons courts et peu profonds; elles sont recouvertes de mucus un peu trouble. Muqueuse du cartilage des trompes pâle, granuleuse, irrégulière. Rien de spécial dans les fosses nasales. Cornets et voile du palais normaux.

OBSERVATION. LII. — Gau..., Joseph., 55 ans, tailleuse. — Carcinome de l'estomac, du foie et du diaphragme (par contiguïté). Embolus pulmonaire. Calculs biliaires.

Muqueuse de la voûte en général pâle, recouverte d'un enduit jaune-verdâtre, un peu desséché et adhérent. A 7^{mm} derrière la cloison des fosses nasales, ouverture allongée de 5^{mm} de longueur, donnant accès dans une cavité en entonnoir profonde de 5^{mm} et dirigée obliquement d'arrière en avant. Le stylet n'est arrêté que par la résistance du plan osseux sous-jacent. En arrière de cet orifice deux petites tumeurs kystiques arrondies et transparentes. La muqueuse n'offre cependant pas de changement de coloration ni autour des kystes, ni autour des bords de l'orifice. Fossettes de Rosenmüller traversées par des ponts de substance adénoïde avec sillons peu profonds et remplis de mucus plus ou moins trouble et visqueux. Muqueuse qui revêt le cartilage des trompes, la paroi postérieure et les fosses nasales tout à fait normale. Rien au voile du palais. Pus jaunâtre sortant de la bourse quand on exerce une pression.

OBSERVATION LIII. — Goi..., F., 54 ans. — D. A.: Fibromyome utérin.

Muqueuse de la voûte irrégulière, légèrement hyperémie. A 5^{mm} en arrière du septum existe sur la ligne médiane une petite cavité de forme conique dont l'ouverture allongée mesure 3^{mm} et la profondeur 3^{mm} également. Les bords et les parois de cette cavité sont formés par le tissu adénoïde qui est ici assez bien marqué, mais n'offre ni sillons ni bandelettes. Il s'en échappe un contenu purulent assez épais et recouvrant la partie médiane de la voûte principalement. Paroi postérieure du pharynx normale. Rien de particulier dans les fosses nasales et sur les parois latérales de la cavité naso-pharyngienne.

Le catarrhe de la bourse nous paraît être une chose assez fréquente à Genève, et comme Tornwaldt l'admet déjà, nous sommes plutôt disposé à le considérer comme secondaire à une autre affection qui se serait guérie en partie et serait restée limitée seulement à la bourse. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne peut, du moins chez nous, être invoqué comme la principale cause, étant donné que nous avons encore trouvé des restes de cette affection en voie de guérison chez quelques-uns de nos sujets.

Dans le catarrhe de la bourse, les organes voisins sont plus ou moins indemnes; ce n'est qu'à de rares exceptions que nous avons vu des altérations, soit des fosses nasales, soit de la paroi postérieure du pharynx ou du voile du palais. Nous ne pouvons admettre comme absolu le fait que l'on doit toujours trouver une hyperémie circonscrite aux environs de la bourse. Souvent nous avons trouvé la muqueuse plus ou moins pâle alors qu'il y avait forte sécrétion purulente, ou bien l'hyperémie était peu marquée, ou enfin limitée

autour de l'orifice de la bourse (obs. XXVIII, XXIX, XXXV, etc.). Parfois nous avons vu un peu d'hypérémie des cornets inférieurs (XXXVIII, XLIII, etc.) ou du septum. La paroi postérieure du pharynx était le plus souvent normale.

Le pus, desséché quelquefois, formait des croûtes à la surface de la voûte; il obstruait tout à fait l'orifice de la bourse ou laissait cet orifice libre en formant des amas plus ou moins considérables immédiatement derrière le septum. Nous ferons remarquer à ce propos que jamais nous n'avons vu, comme l'indique Tornwaldt, l'ouverture de la bourse entourée de croûtes formant une espèce de couronne autour et rester libre. Dans tous les cas que nous avons observés, les produits sécrétés formaient une masse plus ou moins considérable, soit au niveau de la bourse, soit en avant. Nous croyons pouvoir admettre que la forme plus ou moins concave de la voûte peut jouer un certain rôle et favoriser la stagnation des matières qui se dessèchent alors. Il nous est difficile de tirer quelques caractères particuliers basés sur l'odeur de ces croûtes vu que toutes nos observations ont été faites *post mortem*. La muqueuse était le plus souvent normale ou présentait dans quelques observations quelques irrégularités et paraissait dépolie ou légèrement granuleuse (XXXIII, XXXV, XXXIX, XLVIII). Parfois nous avons trouvé de petits kystes sur la voûte (XXVIII, XXXV, etc.). Dans un cas (XXXV) il y avait deux polypes sur le cornet inférieur gauche. Les cornets sont rarement hypertrophiés (XXXVI, XXXVIII). Le voile du palais est indemne la plupart du temps; dans deux cas seulement nous l'avons vu un peu irrégulier, granuleux à

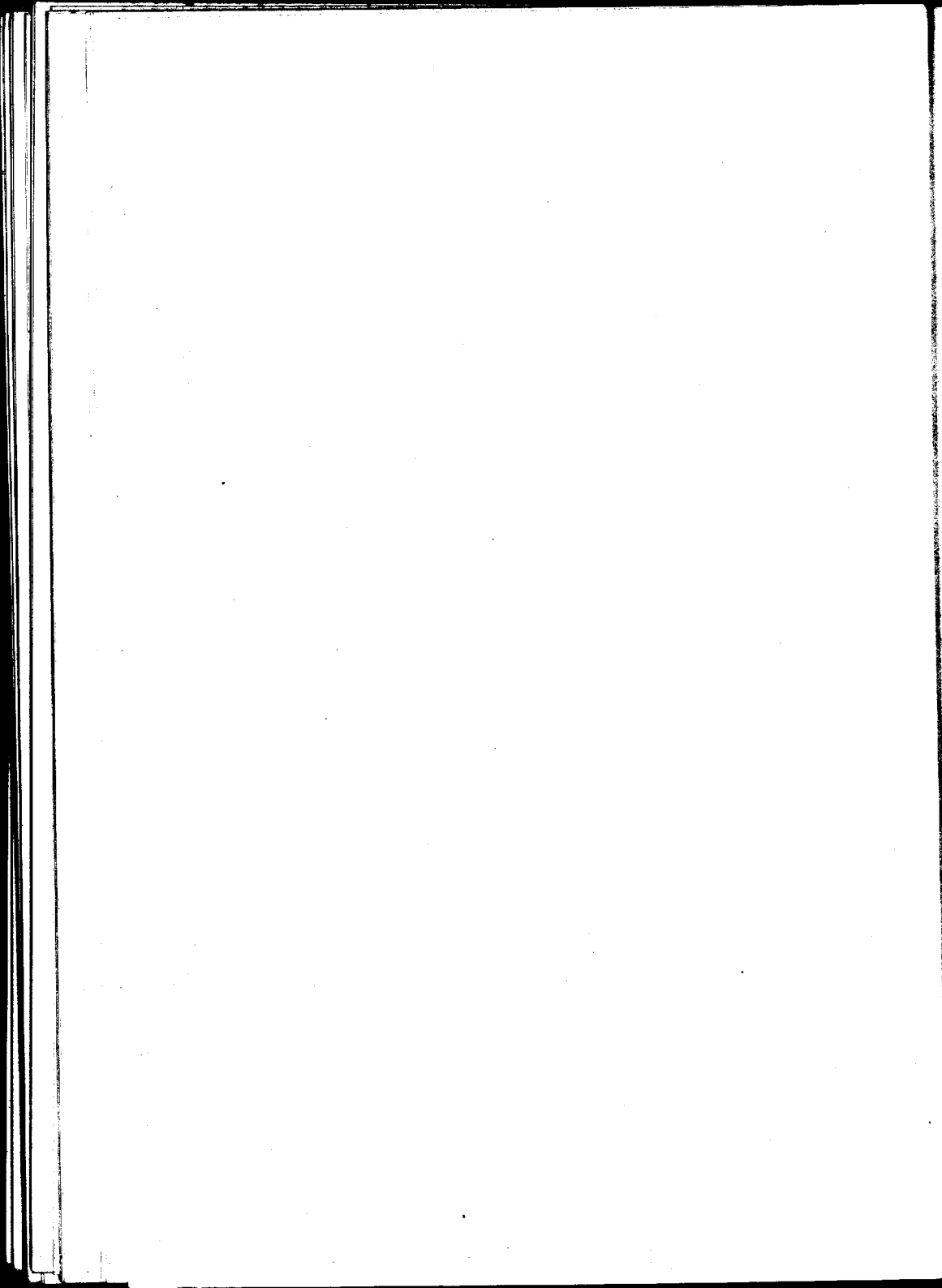
sa surface postérieure ou œdématisée (XXXVI, XLIX). Une fois nous avons trouvé du pus dans le sinus sphénoïdal mais sans relation avec la bourse (XLI). Dans l'obs. L, la muqueuse recouvrant le cartilage des trompes était hyperémie et granuleuse. Quoi qu'il en soit, les lésions de voisinage sont toujours moins étendues que dans le catarrhe chronique proprement dit, et l'affection peut parfaitement bien être limitée à la bourse seule. Nous ne pouvons que confirmer les faits rapportés par Tornwaldt et attribuant à la bourse une hypersécrétion propre.

De même que pour le catarrhe chronique, nous avons trouvé cette affection beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme (18 : 8) et nous pensons que les mêmes causes peuvent être invoquées.

Quant aux altérations microscopiques, elles ne diffèrent guère de celles du catarrhe chronique. Nous avons examiné plusieurs centaines de coupes prises sur sept sujets différents et voici en résumé ce que l'on constate, renvoyant pour les détails aux observations propres.

La plupart du temps l'épithélium de la muqueuse est plus ou moins détruit. Les cils vibratiles sont rarement conservés à la surface, mais peuvent encore se voir dans les fentes du tissu adénoïde. Dans l'obs. XXXV, nous avons encore pu voir des cellules cylindriques dans la bourse elle-même. Le plus souvent il ne reste qu'un épithélium cylindrique sans cils ou même simplement cubique (XXVIII, XXIX, XLIII) ou bien il a disparu et les parois sont formées directement par le tissu lymphoïde. Quand il reste de l'épithélium, celui-ci repose sur une fine membrane qui le sépare du tissu

adénoïde. Les parois de la bourse sont irrégulières, présentent de nombreuses bosselures formées par des follicules clos. Quelquefois la bourse elle-même est entourée de tissu conjonctif ou bien le tissu lymphoïde offre un aspect trouble, granuleux. Dans quelques cas nous l'avons trouvée cloisonnée et même avec formation kystique dans le fond (XXVIII, XXIX, XXX). Nous rappellerons encore que le cloisonnement de la bourse est une chose fréquente et que nous avons souvent une formation de véritables kystes tandis que le reste est encore en communication avec l'extérieur. Généralement le fond est séparé de la couche de tissu conjonctif sous-jacent par une mince couche de tissu cytogène qui peut être très altéré. La vascularisation est tantôt généralisée, tantôt intéresse seulement les parois de la bourse (XXX, XXIII). Dans deux cas nous avons trouvé du pigment sanguin dans le tissu lymphoïde (XXIX, XLIX). Celui-ci présente souvent sous la couche épithéliale des cellules adipeuses ou est remplacé à plusieurs endroits par des travées assez fortes de tissu conjonctif vascularisé. L'épithélium glandulaire peut être normal ou présenter un aspect trouble; les cellules sont alors mal distinctes et le noyau, quand il est visible, est entouré de beaucoup de protoplasme granuleux. Les conduits excréteurs sont souvent agrandis mais leur épithélium cylindrique sans cils est assez bien conservé. Les sillons et la bourse elle-même présentent de nombreux débris épithéliaux avec des cellules de pus. Par-ci par-là, quelques petits kystes dans le tissu lymphoïde. Dans un cas (XXIX) nous avons trouvé de petites papilles à la surface de la muqueuse.



CHAPITRE VII

Ulcérations de la voûte et de la bourse.

Les ulcérations siégeant directement sur la voûte du pharynx sont, d'après la plupart des auteurs qui les ont signalées, très rares et accompagnées d'autres ulcérations sur le voile du palais et les piliers. Elles sont souvent considérées comme étant de nature spécifique et Michel ³³ (p. 76 et suiv.) en a signalé quelques cas. Selon lui, Wendt a examiné des pièces provenant de cadavres et trouvé des ulcérations tuberculeuses sur la tonsille pharyngienne, des ulcérations folliculaires ou des érosions de grande étendue à la suite d'une inflammation aiguë de la muqueuse.

Michel n'a rien constaté de semblable sur le vivant ; peut-être attribue-t-il cela à la difficulté de l'examen pharyngoscopique à cause de la trop grande sensibilité de la muqueuse chez de pareils malades. La paroi postérieure est fréquemment le siège d'ulcérations ; mais, dit-il, on a souvent pris des croûtes, comme par exemple dans l'ozène, pour des ulcérations.

Bresgen⁷ dit que les plaques muqueuses forment des ulcérations superficielles ; les gommès se développent dans le tissu conjonctif sous muqueux et peuvent s'ulcérer. Très souvent les bords sont nets et le fond renferme un contenu jaunâtre. Le siège le plus fréquent de ces ulcérations est le voile du palais, les tonsilles, la paroi postérieure du pharynx, les environs des trompes et la voûte. Il donne même une bonne figure d'ulcérations d'après Semeleder (p. 148-149).

Störck⁷⁷ n'est pas d'accord avec ceux qui font dériver les ulcères des gommès. Pour lui la forme de l'ulcère syphilitique n'est pas typique comme cela a été admis autrefois. Il peut s'étendre en profondeur comme en largeur ; le caractère du fond même de l'ulcère ne dit rien et il faut tenir compte de l'ensemble de la maladie pour établir son diagnostic. La paroi postérieure du pharynx et les amygdales du palais seraient le siège le plus fréquent de ces ulcérations ; souvent celles-ci proviennent de papules syphilitiques ulcérées (p. 148, § 127 et 149, § 131).

Le caractère spécifique de ces ulcérations ne doit pas être admis d'une manière absolue, il faut également tenir compte de leur nature tuberculeuse (Morgagni¹⁰⁰, Louis⁹⁸, Grisolle⁹⁹, Ricord¹⁰², Julliard¹⁰¹).

L'opinion de Wendt qui parle d'érosion de grande étendue à la suite d'une inflammation aiguë de la muqueuse peut être juste ; mais nous croyons, cependant, qu'indépendamment de leur nature spécifique ou tuberculeuse, les ulcérations de la voûte du pharynx peuvent être le résultat d'une inflammation chronique de longue durée. C'est surtout à des cas de ce genre que nous avons eu à faire.

OBSERVATION LIV. — Mod..., Alexis, 41 ans, manoeuvre. — Tuberculose pulmonaire.

Il existe sur la voute pharyngienne, en arrière du vomer, une vaste ulcération en forme de poire. Sa longueur est de 13^{mm} environ, et sa plus grande largeur de 7^{mm}. Cette ulcération forme les bords d'une cavité conique profonde de 4 à 5^{mm}. Dans le fond se trouve un muco-pus jaune-blanchâtre, gluant, assez épais. Les parois et les bords de cette cavité sont hyperémiés, présentent une coloration beaucoup plus foncée que la muqueuse avoisinante. L'extrémité antérieure de cette ulcération est représentée par une simple fente permettant l'introduction d'un stylet mousse assez profondément. Les parois latérales sont formées par un bourrelet de tissu lymphoïde avec quelques petits orifices d'où s'échappe un contenu muqueux, trouble. Elles sont, ainsi que les bords de l'ulcération qu'elles circonscrivent, déchiquetées, irrégulières, et cette apparence n'est encore que plus nette lorsqu'on a débarrassé la voûte de l'enduit qui la recouvre sous un filet d'eau. Fossettes de Rosenmüller un peu hyperémiées. Fosses nasales plutôt pâles en général, mais la muqueuse des cornets inférieurs a une teinte légèrement violacée. L'ouverture des trompes d'Eustache est très grande, surtout à gauche. Polype muqueux volumineux adhérent au cornet supérieur droit. L'examen du pus pris sur cette ulcération et fait d'après les procédés de Koch et d'Ehrlich ne m'a pas indiqué de bacilles.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Sur des coupes pratiquées à 20^{mm} en arrière du septum, le tissu lymphoïde est encore peu développé, ne présente que quelques petites fentes à la surface et de rares follicules. Tissu conjonctif sous-adénoïdien lâche, bien vascularisé; quelques cellules adipeuses par places. En avançant vers le septum, le tissu lymphoïde augmente d'épaisseur et offre des fentes profondes. Sur la ligne médiane, véritable bourse à bords ulcérés et qui atteint presque la couche du tissu conjonctif sous-jacent. Parois irrégulières, déchiquetées; follicules clos tout autour, faisant saillie à l'intérieur. Plusieurs

kystes dans le tissu cytogène, à une ou plusieurs loges et renfermant pour la plupart un contenu transparent.

Obj. 5. — Ocul. 3. — Dans la série de coupes faites dans l'ordre indiqué plus haut, on constate d'abord à la surface, un épithélium cylindrique sans cils avec cellules cubiques à la base. A quelques endroits, il prend le caractère d'un véritable épithélium pavimenteux dont la couche supérieure paraît raccornie. En effet, on y voit une quantité de cellules plates, allongées, superposées les unes sur les autres. Parfois nous avons à faire à de véritables papilles. Là où existe l'épithélium, existe également au-dessous une fine membrane conjonctive qui le sépare du tissu adénoïde. Ce dernier est en général peu vascularisé, présente de nombreuses cellules adipeuses et des travées de tissu conjonctif qui rampent à son intérieur. Vers la partie médiane de la voûte, le tissu cytogène acquiert son plus grand développement ; les fentes sont plus nombreuses et revêtues d'un épithélium à cils vibratiles. Follicules plus nombreux autour de la bourse ; le contenu de quelque-uns est trouble, finement granuleux et paraît en voie de désagrégation. A l'endroit de l'ulcération, les parois de la bourse ont perdu leur épithélium ; le tissu lymphoïde avoisinant est altéré, se colore mal avec le picro-carmin. L'intérieur est rempli de débris épithéliaux, de fines granulations et de petites cellules rondes semblables à du pus. Dans les kystes signalés, on en remarque un principalement, de forme allongée, en boudin, étranglé par places. Il est revêtu d'un épithélium cylindrique dont les cils ont disparu dans beaucoup de coupes. Sur quelques-unes on peut suivre la marche des modifications que subit l'épithélium. Les cils disparaissent d'abord, les cellules deviennent finement granuleuses, pâles, ou bien s'aplatissent (peut-être par compression) ou enfin sur d'autres coupes l'épithélium cylindrique a disparu et il ne reste que l'épithélium cubique sous-jacent. A l'intérieur du kyste, contenu transparent avec fines granulations ; cellules rondes ou fusiformes à noyau et à prolongements très longs formant des anastomoses. Dans toutes, protoplasme granuleux. Pas de tubercules dans le tissu adénoïde, ni dans l'ulcération.

OBSERVATION LV. -- Ping..., Josephite, 55 ans, lessiveuse. — D. A.:
Bronchite chronique et emphysème. Hypertrophie du cœur. Trou
de Botal perméable. Néphrite interstitielle chronique.

Hypérémie de la voûte, principalement dans l'espace compris entre le septum et les deux trompes d'Eustache. Muqueuse irrégulière, granuleuse, présente une quantité de fines gouttelettes de pus qui suintent à la surface. En arrière de la cloison se voient deux grandes ulcérations à bords déchiquetés et siégeant de chaque côté de la ligne médiane. Celle du côté droit a une profondeur de 3^{mm}, celle de gauche l'est un peu moins. Leur fond est gris-jaunâtre, blafard, renferme un contenu jaune-verdâtre épais. A 12^{mm} du septum, une petite ouverture arrondie avec cavité de 3^{mm} de profondeur en communication avec l'ulcération siégeant à droite de la ligne médiane. Les fossettes de Rosenmüller sont profondes, remplies par un muco-pus moins consistant que celui qui recouvre la voûte dans sa partie médiane. Septum nasal et pourtour des orifices tubaires un peu hyperémiés. Paroi postérieure sans granulations. Celles qui se voient à la surface de la muqueuse sont encore plus visibles après immersion dans le liquide de Muller ; la muqueuse paraît alors chagrinée. Rien au voile du palais. Pas de dépression dans l'os.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu lymphoïde bien développé, présente plusieurs fentes qui augmentent peu à peu de profondeur à mesure qu'on avance vers le septum. Sur la ligne médiane, il en existe une plus grande que les autres, entourée de toutes parts de tissu adénoïde. Ses parois offrent de nombreux bourgeons faisant saillie à l'intérieur et qui les rendent irrégulières. Cette fente grandit petit à petit dans tous ses diamètres et on a bientôt à faire à une véritable bourse. La vascularisation est très forte le long de la couche épithéliale de la surface et autour de l'entrée de cette poche qui forme même une dépression dans le tissu conjonctif sous-jacent. A côté d'elle existe une autre fente moins profonde mais assez large. Plusieurs travées de tissu conjonctif dans le tissu lymphoïde avec nombreux

vaisseaux. Au moment où la bourse a atteint son plus grand développement, l'entrée et les bords deviennent de plus en plus irréguliers, déchiquetés; il y a une véritable ulcération. Il en est de même pour l'autre fente. La couche glandulaire ne dépasse pas la ligne médiane; elle est continue et bien développée. Points blanchâtres ou petits espaces vides dans le tissu adénoïde et provenant de la section de canaux glandulaires agrandis ou de follicules dont le contenu serait tombé.

Obj. 5. — *Ocul. 3.* — Épithélium cylindrique sans cils dans quelques fentes. A certains endroits de la surface, il existe encore un épithélium cylindrique stratifié, mais dans la plupart des coupes cet épithélium a disparu et on arrive directement sur les vaisseaux qui rampent à la surface du tissu lymphoïde. Beaucoup de ces derniers n'ont qu'une paroi formée par un simple endothélium. Le tissu adénoïde est assez bien conservé, mais présente par-ci par-là quelques amas de cellules adipeuses le long de la surface. Dans le fond de la bourse qui est remplie de débris épithéliaux avec globules de pus, on voit encore un épithélium cylindrique sans cils. Sur les côtés cet épithélium a disparu et les parois sont formées directement de tissu lymphoïde avec nombreux follicules. Même aspect pour l'autre fente. Épithélium glandulaire tout à fait normal. Quelques canaux dilatés. Tissu conjonctif sous-adénoïdien très vasculaire. Musculature normale; quelques petites gouttelettes de graisse entre les faisceaux musculaires.

OBSERVATION LVI. — Lep..., F., 24 ans, cordonnier. — Fièvre typhoïde en voie de guérison. Pneumonie fibrineuse droite. Stase veineuse dans les vaisseaux de la pie-mère. Hypérémie rénale.

Très forte hyperémie de la voûte et des fossettes de Rosenmüller. Tissu adénoïde bien développé, forme une espèce d'amygdale présentant trois ou quatre bandelettes convexes en dehors et séparées par des sillons dont le plus long a 4^{mm} de profondeur. En arrière ce tissu se termine assez brusquement et fait contraste avec la muqueuse de la paroi pos-

térieure qui est pâle. Des deux côtés de la voûte partent des bandelettes qui se dirigent obliquement vers les fossettes de Rosenmüller où elles forment des espèces de ponts et vont rejoindre la partie postérieure du cartilage des trompes. L'amygdale présente chez ce sujet un aspect spongieux avec de nombreux orifices par où s'échappe un mucus trouble, épais, gluant. Celui qui se trouve dans les fossettes de Rosenmüller est plus visqueux, moins tenace. A 5^{mm} derrière la cloison existe une vaste cavité de 6^{mm} de profondeur et offrant même des subdivisions secondaires. Le fond et les bords sont irréguliers, déchiquetés. C'est en somme une véritable ulcération. Il s'en échappe à la pression un contenu purulent, jaunâtre mêlé à des masses gélatineuses ressemblant macroscopiquement à un contenu kystique. La muqueuse qui recouvre le cartilage des trompes est très hyperémée; à gauche elle paraît même hypertrophiée et forme une espèce de petite tumeur molle de même consistance que le tissu lymphoïde de la voûte. Elle est irrégulière, granuleuse. Dans l'intérieur de la trompe gauche, à 4^{mm} de l'ouverture pharyngienne trois ou quatre petites taches d'hyperémie circonscrite. Muqueuse des cornets et de la cloison hyperémée. Face postérieure du voile du palais un peu granuleuse.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde fortement vascularisé. En poursuivant la série des coupes, on arrive à avoir sur la ligne médiane trois fentes profondes à une seule ouverture à la surface et donnant l'impression d'une bourse unique divisée en trois loges par deux cloisons implantées verticalement sur le fond. Notons que la cavité médiane est plus profonde que les autres et forme même une dépression dans le tissu conjonctif sous-jacent. Les parois de cette bourse à trois loges sont très irrégulières présentent même des fentes secondaires avec follicules clos faisant saillie à l'intérieur. La couche glandulaire s'arrête de chaque côté de la bourse. Le tissu conjonctif envoie de nombreuses travées dans le tissu adénoïde.

Obj. 5. — Ocul. 3. — L'épithélium de la muqueuse a plus ou moins disparu dans la plupart des préparations. Par places il reste seulement un épithélium cubique qui parfois, et notamment dans les petites dépressions du tissu lymphoïde, prend le caractère d'un véritable épithélium pavimenteux avec cellules superficielles aplaties. Les vaisseaux sont nombreux et remplis de globules sanguins. Quelques-uns ont une paroi formée d'un simple endothélium. Quelques cellules adipeuses dans le tissu cytogène, le long de la surface. Dans certaines fentes, on voit encore des restes d'épithélium cylindrique. Dans le fond de la fente médiane de la bourse, on constate encore un épithélium cubique qui dans quelques préparations offre plusieurs couches dont les plus superficielles sont formées de cellules aplaties. Souvent même on a l'impression comme de petites papilles sur les parois de la bourse. Dans le tissu adénoïde lui-même on constate également l'amas de gros corpuscules arrondis formés de plusieurs couches et ressemblant tout à fait comme structure à des perles épithéliales. Le tissu lymphoïde avoisinant les fentes est trouble, granuleux. Épithélium glandulaire altéré. Noyau des cellules mal distinct. Peu de tissu conjonctif autour des lobules. Quelques gouttelettes de graisse autour.

OBSERVATION LVII. — Petig..., F., 52 ans. — D. A.: Carcinome de l'œsophage au niveau du hile du poumon. Perforation dans la bronche droite. Pleuropneumonie droite.

Très forte hyperémie de la muqueuse surtout dans la partie médiane de la voûte et autour d'une cavité conique à bords irréguliers qui forme la bourse pharyngienne. En effet à 5^{mm} derrière le septum existe une dépression de la muqueuse longue de 10 et large de 9^{mm}. Le fond et les bords sont irréguliers, véritablement ulcérés. Dans le fond se voit un petit orifice arrondi, d'où s'échappe par la pression un peu de pus jaunâtre avec de petites paillettes brillantes formées de cristaux de cholestérine. A l'extrémité postérieure de la dépression décrite existe un kyste gros comme un grain de millet et contenant un liquide visqueux, transpa-

rent constitué au microscope par de fines granulations de mucine, de petites cellules arrondies et granuleuses, de gouttelettes réfringentes, des cristaux de cholestérine et enfin de cellules cylindriques à cils vibratiles. On y remarque en outre quelques cellules de Gluge. Paroi postérieure du pharynx lisse. Muqueuse de la cloison un peu granuleuse. Rien sur les cornets ni dans les trompes. En enlevant les parties molles, on voit une petite dépression dans le fibro-cartilage correspondant à la cavité ci-dessus, mais l'os lui-même est normal.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu réticulé peu développé, présente par-ci par-là des taches de pigment sanguin. Nombreuses travées de tissu conjonctif et petits espaces clairs formés par des follicules dont le contenu est tombé. Sur la ligne médiane forte dépression dont les bords sont irréguliers, anfractueux, comme ulcérés. Cette dépression va jusque dans le tissu conjonctif sous jacent dont elle n'est séparée que par une mince lame de tissu réticulé. Pigmentation très forte autour. Sur quelques coupes, bourse cloisonnée avec petit kyste. Le pourtour de la bourse et du kyste sont très riches en tissu fibreux qui a presque complètement remplacé le tissu réticulé. Les glandes n'arrivent pas jusqu'à la ligne médiane.

Obj. 5. — Ocul. 3. — Nulle part d'épithélium à la surface. La vascularisation est surtout très forte dans les travées de tissu conjonctif qui ont pris la place du tissu adénoïde. Les bords de la bourse pharyngienne sont très irréguliers. A l'intérieur, gouttelettes de graisse, cristaux de phosphate de chaux, et d'autres de forme losangique ressemblant à du sulfate de chaux. Là où il existe encore du tissu adénoïde, il est altéré, granuleux, se colore mal au picro-carmin. Le kyste signalé plus haut a perdu son contenu. Les parois sont formées de tissu conjonctif fibrillaire. Epithélium glandulaire trouble. Pigment sanguin autour des lobules. Fibres élastiques dans le tissu conjonctif avoisinant la fente médiane. Nerfs sectionnés dans le tissu conjonctif sous adénoïdien.

OBSERVATION LVIII. — Mus..., Pierre, 61 ans, horloger. — D. A.: Goitre plongeant. Dilatation anévrysmatique de la crosse de l'aorte. Bronchite et emphysème. Cor bovinum, néphrite chronique interstitielle. Trachée en fourreau de sabre.

Très forte hyperémie de la muqueuse qui présente une teinte violacée assez accentuée. Hypersécrétion abondante. A 4^{mm} en arrière du septum on voit sur la ligne médiane une cavité allongée présentant 10^{mm} de longueur sur 5 de largeur. Sa profondeur est de 3^{mm} au plus. Les parois et les bords en sont irréguliers, ulcérés et offrent une coloration violacée encore plus forte que la muqueuse avoisinante. La paroi gauche est formée par une bandelette de tissu adénoïde, séparée du reste par un sillon de 2^{mm} de profondeur. Le tout est rempli de mucus épais. L'aspect ulcéré de la voûte et de la bourse sont encore beaucoup plus nets après immersion prolongée dans le liquide de Muller. La muqueuse paraît en outre dépolie à sa surface. Rien sur les cornets et la cloison.

Les ulcérations de la voûte du pharynx ou de la bourse pharyngienne sont généralement accompagnées d'une forte hyperémie, ainsi qu'on a pu le voir dans nos observations. Quant à leur forme, elle varie beaucoup ; elle peut plus ou moins affecter celle d'un ovale, être arrondie, allongée, etc. La bourse, disposée le plus souvent en entonnoir, a des parois et des bords irréguliers, déchiquetés. Elle est remplie d'une matière purulente qui recouvre parfois une bonne partie de la voûte. Rarement le pus est desséché sous forme de croûtes et les produits de sécrétion qu'on trouve, soit sur les trompes, soit sur la paroi postérieure du pharynx, ont un caractère beaucoup moins purulent que ceux de la bourse elle-même.

La muqueuse de la voûte peut être lésée sur une assez grande étendue, mais en général l'ulcération

n'est jamais très profonde. Les cornets et le septum sont souvent hyperémiés, ainsi que la muqueuse du cartilage des trompes et des fossettes de Rosenmüller. Dans l'obs. LVI, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx étaient finement granuleux. Une fois nous avons trouvé un polype sur le cornet supérieur droit (LIV).

Du fait même de leur localisation, ces ulcérations peuvent avoir comme point de départ la bourse ou le sillon central, mais peuvent aussi s'étendre sur une partie de la voûte. C'est donc une lésion purement locale et nous la considérons plutôt, ainsi que nous l'avons déjà dit, comme étant la conséquence d'un catarrhe chronique. L'absence de lésions analogues dans le voisinage ne permet pas de les envisager comme étant de nature spécifique ou tuberculeuse. Il est vrai que la plus belle que nous ayons rencontrée se voyait chez un tuberculeux, mais ni l'examen du pus d'après la méthode de Koch et d'Ehrlich, ni celui des coupes que nous avons faites, ne nous a démontré la présence de bacilles ou de tubercules. Quant aux altérations microscopiques, elles sont surtout limitées à la bourse ou autour de la bourse et du sillon central. L'épithélium de la muqueuse a disparu au niveau de l'ulcération ou bien offre encore par places des restes d'épithélium cubique ou pavimenteux. Le tissu adénoïde est en général très vascularisé et paraît intact à certains endroits, tandis qu'à d'autres il est profondément altéré ou même remplacé par de fortes travées de tissu conjonctif. Celui-ci est surtout développé autour des ulcérations. Plusieurs vaisseaux paraissent formés seulement d'un simple endothélium.

Dans quelques préparations, nous avons encore pu voir un reste d'épithélium cubique dans le fond de la bourse qui était remplie de débris épithéliaux, de gouttelettes de graisse ou de globules de pus. Les follicules sont surtout nombreux le long des parois et les rendent irrégulières; quelques-uns ont perdu leur contenu. Dans l'obs. LVI principalement, le fond de la fente médiane présentait une espèce d'épithélium cubique qui prenait parfois l'aspect d'un épithélium pavimenteux stratifié à plusieurs couches et qui donnait l'impression d'un processus de prolifération souvent même avec de véritables papilles. Dans le tissu lymphoïde lui-même on voyait de petites masses arrondies formées de cellules aplaties et disposées par couches et ressemblant à des perles épithéliales. Nous avons également constaté dans un cas la présence de pigment sanguin autour de la bourse, et dans un autre des gouttelettes de graisse entre les fibres musculaires. L'épithélium glandulaire est souvent altéré.

En tout cas, on peut dire d'après nos observations, que quand il y a ulcération de la voûte due à un catarrhe chronique, elle n'est jamais très profonde, souvent même ce n'est qu'une simple érosion limitée à la muqueuse ou au tissu lymphoïde. Les bords sont assez nets mais sinueux; le fond est dépoli. Quand la bourse est intéressée, ses parois deviennent irrégulières; la cavité est agrandie. Les bords sont déchiquetés; le fond est généralement formé d'une couche de tissu lymphoïde plus ou moins épaisse qui fait séparation avec le tissu conjonctif sous jacent. Le tissu adénoïde est fortement altéré autour de l'ulcération qui est recouverte le plus souvent d'un enduit purulent.

CHAPITRE VIII

Kystes de la bourse.

Signalés déjà par Czermack ¹⁵, Henie ²⁸, Trölsch ⁸³, Luschka (op. cit.), les kystes de la bourse ont été bien étudiés ces derniers temps par Tornwaldt ⁹⁷ qui en a observé quarante-cinq cas dans l'espace de deux ans. Zahn, dans une communication faite dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XXII, p. 392, en a décrit également trois qu'il a observés sur le cadavre et examinés microscopiquement.

Trölsch parle d'un kyste qu'il a trouvé chez un garçon phthisique de 19 ans et qui était de la grosseur d'un noyau de cerise. A la coupe, il donnait issue à une bouillie blanche-jaunâtre contenant des cristaux de cholestérine avec des éléments cellulaires. Il en signale également un semblable qu'il a trouvé chez un sourd-muet de 35 ans et qui était, de plus, entouré d'autres petits kystes à contenu transparent.

Luschka et Bresgen ⁷ font remarquer en parlant de la bourse pharyngienne que son ouverture peut s'oblitérer et donner naissance à un kyste.

Tornwaldt ne considère comme kystes de la bourse que ceux qui se trouvent placés sur la ligne médiane à l'endroit où doit exister normalement la bourse. Cependant il peut y en avoir, selon lui, qui sont un peu éloignés de la ligne médiane et appartenant à l'organe dont nous parlons. Mais il donne une autre origine à ces kystes quand l'orifice de la bourse existait. Leur grandeur et leur contenu varie beaucoup. Ils sont généralement formés, suivant lui, de mucine avec une foule d'éléments épithéliaux ou cellules de diverses formes, de gouttelettes graisseuses, muqueuses (*Schleimig*), de cristaux, d'acide gras, de cholestérine, de granulations d'hématoïdine (*Hématoïdinkörnchen*). Il se fait souvent dans ces kystes un processus chronique de prolifération mêlé à de la dégénérescence graisseuse ou muqueuse et formation de produits de désagrégation (*Zerfall und Zersetzungproducte*).

L'oblitération du conduit de la bourse par un processus inflammatoire en serait la cause la plus fréquente. Il a souvent observé qu'il y avait absence de sécrétion sur la voûte, et quand il avait fendu ces kystes, il restait une espèce de cavité en entonnoir d'où s'écoulait une sécrétion qui, comme apparence, siège et forme, était tout à fait semblable à celle décrite pour le catarrhe de la bourse; c'était l'image parfaite d'un catarrhe formé artificiellement (p. 34, 35, 36).

Zahn, dans les cas qu'il a publiés, a parlé de dépression dans l'os correspondant au kyste (cas III); leur contenu était analogue à celui décrit par Tornwaldt. Dans ses cas II et III il cite deux kystes séparés par une même cloison de tissu adénoïde avec tissu conjonctif fibrillaire. Il fait remarquer cependant que l'épi-

thélium qui revêt le kyste à l'intérieur ne montre pas toujours des cils et peut être simplement cylindrique ou cubique. Il a trouvé que les cellules cylindriques se trouvent à la paroi supérieure, que sur la paroi antérieure l'épithélium est aplati et qu'il est sur les parties latérales pour la plupart en grande partie cubique. Il explique cela par un phénomène de pression ou de nutrition (p. 398).

Nous allons maintenant donner les observations de seize cas que nous avons examinés nous-même.

OBSERVATION LIX. — Rong..., 55 ans. — Insuffisance mitrale. Cor bovinum.

Muqueuse de la voûte et des parois du pharynx fortement hyperémiee, a même une teinte violacée analogue à celle de la cyanose labiale. Cette coloration est surtout sensible à la voûte, autour de la tumeur que nous allons décrire plus loin. La muqueuse est recouverte en général d'un enduit jaunâtre, épais, assez adhérent. On y constate au microscope de nombreuses cellules de pus mélangées de gouttelettes de graisse et de globules sanguins. Par-ci par-là, quelques rares cristaux de phosphate de chaux. Après avoir nettoyé la voûte sous un mince filet d'eau, on remarque sur la ligne médiane, à 5^{mm} en arrière du vomer, un sillon profond de 2^{mm}, long de 9 et large de 4. Ses parois sont dirigées obliquement de dehors en dedans. A son extrémité postérieure et du côté droit, une petite tumeur grosse comme un pois, un peu bosselée, présentant à sa surface une autre petite tumeur transparente, grosse comme un grain de mil et implantée sur elle. Elle est molle en général. Tout autour le tissu avoisinant, est plus ou moins spongieux, présente de petites cavités ayant presque 2^{mm} de profondeur, dont l'une située en arrière de la tumeur décrite ci-dessus permet de soulever cette dernière au moyen d'un stylet. Orifice des trompes d'Eustache obstrué par un mucus transparent. Fossettes de Rosenmüller profondes. Rien de spécial aux

fosses nasales et à la paroi postérieure du pharynx. En enlevant les parties molles, on remarque que l'os est rugueux en général, mais ne présente pas de dépression correspondant au kyste. Celui-ci étant situé en arrière du sillon médian ne peut dépendre que de la bourse elle-même dont l'orifice n'est plus visible.

OBSERVATION LX. — Löss..., Aug..., 46 ans, cultivateur. — D. A.: Typhlite et pérityphlite. Périhépatite suppurée. Absès du foie, du cerveau, de la rate et du poulmon.

Hypérémie circonscrite de la muqueuse à certains endroits. Teinte rose en général. Sécrétion peu abondante. A 5^{mm} en arrière du septum, elle devient irrégulière, granuleuse, présente quelques petits orifices dont les bords sont un peu hyperémiés. Cette inégalité de la muqueuse se voit sur une longueur de 12^{mm} et une largeur de 10. Sur la ligne à 12^{mm} derrière la cloison existe une tumeur un peu plus grosse qu'un pois, bosselée, molle, fluctuante et demi-transparente. Cette poche kystique a 7^{mm} de largeur et 5^{mm} dans son diamètre antéro-postérieur. Tout autour, nombreux orifices très petits. Un peu à droite de la ligne médiane et en avant de la tumeur existe une petite ouverture conduisant dans une cavité de 5^{mm} de profondeur. La pression sur la tumeur ne fait cependant rien sortir de cette cavité. Rien de particulier dans les fosses nasales. Trompes d'Eustache perméables. En arrière du kyste la muqueuse est tout à fait dépolie.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde peu développé à la partie postérieure de la voûte, mais fortement vascularisé. Nombreuses papilles à la surface. Plusieurs espaces clairs provenant de follicules dont le contenu est tombé. Couche glandulaire très nette. Le tissu conjonctif sous-adénoïdien offre beaucoup de vaisseaux encore remplis de globules sanguins. En approchant du septum il existe sur la ligne médiane une petite dépression de la muqueuse et à côté, un kyste très grand et cloisonné, entouré de toute part de tissu lymphoïde.

Obj. 7. — Leitz. Ocul. 3. — Muqueuse formée d'un épithé-

lium cylindrique sans cils et à noyau entouré de protoplasmes granuleux. Au niveau des papilles cet épithélium a disparu. Ces dernières sont formées de cellules cubiques ou polygonales au centre et aplaties à la surface. On y remarque parfois de petites traînées de tissu connectif ou même des vaisseaux allant jusqu'à leur sommet. Le tissu lymphoïde est remplacé à plusieurs places par des travées de tissu conjonctif ou présente même des amas de cellules adipeuses le long de la couche épithéliale. Les parois du kyste sont considérablement altérées. Sur certaines coupes, l'épithélium a disparu complètement et il ne reste qu'une fine membrane de tissu conjonctif formant séparation avec le tissu adénoïde. Sur d'autres, il existe encore le long des parois quelques cellules cubiques semblables à celles que l'on trouve sous l'épithélium cylindrique de la muqueuse normale. Le contenu est jaunâtre, formé de débris épithéliaux avec cristaux en aiguilles (acide gras), cristaux de cholestérine, petites gouttelettes de graisse. Les cloisons sont formées de tissu adénoïde. Epithélium glandulaire un peu granuleux, à noyau peu distinct. Celui des canaux excréteurs est normal. Tissu conjonctif périlobulaire bien développé.

OBSERVATION LXI. — Bar., Ch., 41 ans, cultivateur. — D. A.: Tuberculose pulmonaire à marche rapide. Gastrite chronique. Néphrite interstitielle.

Voûte recouverte d'une croûte épaisse de pus jaunâtre. Muqueuse un peu hyperémisée sur les parties latérales. Sur la ligne médiane, à 5^{mm} en arrière du vomer, tumeur de coloration blanc-jaunâtre, présentant une longueur de 11^{mm} et une largeur de 9^{mm}. Elle est molle, fluctuante et se laisse facilement déformer par la pression. Pas d'orifice à sa surface. L'examen du pus recouvrant la voûte montre quelques globules sanguins, des débris épithéliaux, de grandes cellules arrondies chargées de fines gouttelettes ressemblant à de la graisse, et des cellules de pus proprement dites. En nettoyant la muqueuse, on constate en avant et sur la partie gauche de la tumeur une cavité remplie de muco-pus et dont l'ouverture présente une forme demi-circulaire à convexité

dirigée en arrière. Sa profondeur est de 2^{mm} environ. Elle n'est pas en relation avec la tumeur. Tout autour d'autres orifices qui donnent à la muqueuse un aspect plus ou moins éraillé, poreux. Rien de spécial à signaler dans les fossettes de Rosenmüller, sur la paroi postérieure et les fosses nasales.

Obj. 5. — *Ocul.* 3. *Leitz.* — Le revêtement épithélial cylindrique de la muqueuse a disparu sur plusieurs coupes ou ne reste seulement visible que dans les fentes ou sillons. Sur d'autres préparations il n'y a que l'épithélium cubique de remplacement et les cellules cylindriques ont disparu. On constate également de nombreuses papilles formées de cellules polygonales au centre avec noyau entouré de protoplasma granuleux, tandis que les plus superficielles sont aplaties et disposées par couches. Le tissu lymphoïde n'offre pas d'altération dans sa structure, sauf le long de la muqueuse où il existe quelques amas de cellules adipeuses. Canaux excréteurs des glandes revêtus d'un épithélium cylindrique sans cils; ils sont remplis de petites cellules arrondies analogues au pus. Le kyste apparaît d'abord comme une cavité unique, mais à mesure qu'on se rapproche du septum, il se subdivise en plusieurs loges. Souvent les cloisons sont incomplètes et les loges communiquent entre elles. Dans quelques préparations, il est tapissé à l'intérieur d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles et au-dessous des cellules cubiques formées par l'épithélium de remplacement. La couche cellulaire est séparée du tissu lymphoïde avoisinant par une fine membrane fibrillaire. Les cloisons sont formées de tissu lymphoïde. Parfois le revêtement à cellules cylindriques existe encore mais sans cils; notons alors que les cellules sont beaucoup moins grandes qu'ordinairement et paraissent un peu aplaties. Le contenu est transparent, renferme de fines granulations, avec nombreuses cellules arrondies, fusiformes, triangulaires en massue: toutes avec longs prolongements formant souvent des anastomoses et à noyau bien net entouré de protoplasma granuleux. La paroi inférieure du kyste est formée de tissu

lymphoïde et a perdu son revêtement épithélial. Elle est en outre excessivement mince. Signalons enfin des préparations dans lesquelles le kyste ne présentait que deux loges séparées par une petite cloison de tissu lymphoïde. Les parois étaient alors revêtues partiellement soit d'un épithélium cylindrique sans cils et altéré ou bien d'un épithélium aplati à cellules disposées par couches et ressemblant tout à un épithélium cornifié. Le contenu avait en grande partie disparu ou n'était formé que de débris épithéliaux, semblables à celui qui vient d'être décrit. La vascularisation n'est pas plus forte autour du kyste que dans le reste du tissu cytogène. Cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien. Musculature normale. Plusieurs canaux excréteurs des glandes sont dilatés et prennent une disposition plus ou moins en fuseau.

OBSERVATION LXII. — Manig..., Antoinette, 26 ans. — Carie des vertèbres. Absès de la cuisse droite par congestion.

Muqueuse de la voûte hyperémiee, recouverte d'une grande quantité de muco-pus renfermant de nombreuses cellules épithéliales, des cristaux de phosphate de chaux et de fines granulations disposées par groupes, ressemblant tout à fait à des colonies de micrococcus. A 8^{mm} en arrière du septum on remarque trois petites tumeurs kystiques plus ou moins transparentes et affectant une disposition en feuille de trèfle. L'un de ces kystes occupe directement la ligne médiane; tous ont une forme arrondie et leur diamètre varie entre 7 et 5^{mm}. Une légère dépression les sépare les uns des autres et ils ne paraissent pas avoir de communication entre eux. Leurs limites avec la muqueuse avoisinante sont pour tous parfaitement nettes. Sur la partie externe du kyste gauche existe un sillon long de 6^{mm} et dirigé obliquement vers la fossette de Rosenmüller. Ce sillon est interrompu en partie par un pont de substance molle, mettant en communication le bord externe de ce kyste et la partie postérieure du cartilage de la trompe d'Eustache. Les fossettes de Rosenmüller sont très profondes. Signalons enfin en avant du kyste médian une petite ouverture de 4^{mm} de

longueur sur 3^{mm} de largeur et formant l'entrée d'une cavité de 3^{mm} de profondeur, remplie de muco-pus et sans communication avec lui. Rien de spécial dans les fosses nasales.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde peu développé et fortement pigmenté par place. Sur la ligne médiane kyste volumineux, cloisonné, formé par la bourse. Sur les côtés, deux autres petits kystes au-dessous desquels la couche glandulaire s'arrête. La paroi supérieure du kyste médian n'est séparée du tissu conjonctif sous-jacent que par une mince couche de tissu adénoïde. Vascularisation assez forte en général. Plusieurs follicules désagrégés.

Obj. 5. — Ocul. 3. Leitz. — L'épithélium de la surface a disparu en beaucoup d'endroits ou bien n'est formé que de cellules cubiques ou fusiformes avec noyau entouré de protoplasma granuleux. Cette couche épithéliale est séparée du tissu lymphoïde par une très fine membrane conjonctive. Dans les fentes il existe encore un épithélium cylindrique sans cils et au-dessous des cellules cubiques, ou bien il existe encore des cellules fusiformes qui s'élèvent entre les cellules cylindriques. Le tissu cytogène lui-même offre de grandes travées de tissu conjonctif et quelques cellules adipeuses le long de la muqueuse et autour du kyste médian. Beaucoup de vaisseaux n'ont qu'une paroi formée d'un simple endothélium. La paroi supérieure du kyste médian est particulièrement riche en vaisseaux ; elle est formée de tissu lymphoïde avec beaucoup de tissu conjonctif. Ce dernier est particulièrement développé autour de ce kyste. Il est revêtu à l'intérieur d'un épithélium cylindrique un peu aplati et sans cils visibles. Son contenu est transparent, mais à part quelques cellules cylindriques ou cubiques, n'offre rien de spécial. Le tissu lymphoïde est en général trouble, a un aspect finement granuleux autour des différents kystes et offre quelques cellules adipeuses surtout dans la paroi supérieure du kyste médian. Plusieurs follicules ont une apparence jaunâtre, forment un fin pointillé et parais-

sont avoir subi la dégénérescence caséuse. Epithélium glandulaire granuleux. Noyau des cellules peu distinct. Tissu conjonctif très développé autour des lobules. L'épithélium des kystes latéraux a complètement disparu, ainsi que leur contenu. On croirait avoir à faire de prime abord à deux grandes pertes de substance. Leurs parois sont formées de tissu lymphoïde avec beaucoup de tissu conjonctif.

OBSERVATION LXIII. — Chap..., Sam., 49 ans, gendarme. — Fracture de la base du crâne et du frontal du côté droit. Hydronéphrose, rein gauche.

A 12^{mm} en arrière du septum, petite tumeur arrondie, transparente, de 4^{mm} de diamètre et placée directement sur la ligne médiane où elle fait légèrement saillie. Muqueuse un peu hypérémisée et recouverte d'une forte sécrétion purulente, épaisse, jaunâtre, desséchée. En avant et un peu à droite du kyste, deux petites cavités de 1 à 2^{mm} de profondeur. Du côté gauche de la ligne médiane et à 9^{mm} derrière la cloison, une autre cavité remplie de muco-pus que la pression fait sortir sous forme d'un bouchon épais. Autour de ces cavités et du kyste, la muqueuse est plus hypérémisée. Dans les fossettes de Rosenmüller sécrétion muco-purulente un peu jaunâtre. Cornets et septum légèrement hypérémisés. Trompes d'Eustache perméables. Canal normal.

OBSERVATION LXIV. — Munzig..., Xavier, 20 ans, serrurier. — Brûlure étendue du tronc. Pleurésie gauche. Pneumonie fibrineuse du sommet gauche et de la base droite.

Immédiatement en arrière du septum existe sur la ligne médiane une tumeur de la grosseur d'un gros haricot; son diamètre longitudinal est de 19^{mm}, le transversal de 14^{mm}. Elle offre un aspect jaunâtre; ses bords sont fortement hypérémisés. Du côté gauche elle se confond insensiblement avec le reste de la muqueuse avoisinante; à droite son bord est taillé à pic. Elle est molle et se laisse plus ou moins déprimer. Un léger sillon occupant la ligne médiane la divise en deux parties symétriques. A sa partie antérieure, tout près de son bord gauche et à 5^{mm} en arrière du septum existe un

petit orifice arrondi donnant accès dans une cavité de $4^{\text{mm}} \frac{1}{2}$ de profondeur. La pression n'en fait rien sortir. Sur le bord droit, on remarque dans la muqueuse avoisinante, qui a une teinte violacée, quatre petits kystes transparents, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet. Je ne puis malheureusement pas donner l'état de la muqueuse du côté gauche, celle-ci ayant été déchirée lors de l'ablation de la pièce sur le cadavre. Hypersécrétion assez forte sur la muqueuse restante. En ponctionnant le kyste on constate qu'il est formé d'une espèce de bouillie jaunâtre avec de nombreuses gouttelettes de graisse, des cristaux de cholestérine, des masses calcaires criant sous la lamelle quand on fait l'examen microscopique, mais pas de cellules épithéliales. Pas de réaction amyloïde dans le contenu du kyste examiné fraîchement. Pas de dépression dans l'os.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde peu développé, présente plusieurs petites fentes. Follicules clos dans le tissu cytogène avoisinant le kyste, mais il n'en existe point sur la paroi inférieure de ce dernier. Celle-ci a $\frac{1}{2}^{\text{mm}}$ d'épaisseur. Vascularisation assez forte, surtout dans la paroi supérieure. La couche glandulaire s'arrête de chaque côté du kyste.

Obj. 5. — *Ocul. 3.* — Tissu lymphoïde en général très altéré, offre un aspect trouble, finement granuleux; remplacé à beaucoup d'endroits par de fortes travées de tissu fibreux. Cette disposition se voit principalement autour du kyste et surtout dans les parois inférieure et supérieure. L'épithélium de la surface a disparu en grande partie. Dans quelques fentes on distingue encore un revêtement épithélial à cellules fusiformes; au-dessous, épithélium cubique reposant sur une fine membrane. Ce dernier existe souvent seul. L'intérieur du kyste est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié, remarquable surtout sur la paroi supérieure et offre plusieurs couches dont les plus superficielles sont formées de cellules aplaties. On a, en somme, l'aspect d'un épithélium corné. Sur les parois inférieure et latérales

on peut encore distinguer un épithélium cylindrique sans cils et à protoplasme granuleux. Le noyau des cellules est peu distinct. Le contenu du kyste est formé de débris de cellules épithéliales de formes multiples, de cristaux de cholestérine, de gouttelettes de graisse, de cristaux d'acide gras sous forme de fines aiguilles et de masses calcaires formant de petites granulations noirâtres. Le tout forme une espèce de bouillie athéromateuse. Paroi supérieure très vascularisée. Cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïde. Epithélium glandulaire à protoplasme granuleux. Noyau mal distinct. Musculature normale.

OBSERVATION LXV. — Jeanr..., 52 ans, portefaix. — D. A. : Pneumonie interstitielle. Stase veineuse dans le cœur droit. Cyanose. Foyers de ramollissement dans le cerveau (partie postérieure du noyau lenticulaire gauche et corne sphénoïdale gauche). Tuberculose des poumons et de la capsule surrénale gauche.

Très forte hyperémie généralisée et hypersécrétion de la muqueuse surtout en arrière du septum. A 6^{mm} de ce dernier existe une tumeur ayant la forme d'une graine de ricin. Son plus grand diamètre est de 13^{mm}, son plus petit transversal de 9^{mm}. Ses bords sont nettement limités; elle fait fortement saillie sur la voûte du pharynx. Sa coloration est rouge violacée. Elle est molle, se laisse facilement déprimer quand on appuie dessus avec un stylet, mais reprend aussitôt sa forme primitive. Sur le bord antérieur, un peu à droite de la ligne médiane, un petit nodule blanc-jaunâtre, de la grosseur d'un grain de millet et résistant à la pression. Autre tumeur semblable à cette dernière du côté gauche, mais plus molle. Nulle part d'orifice. Forte hypersécrétion dans les fosses nasales. Muqueuse de la cloison un peu hypertrophiée du côté droit, dépolie, comme ulcérée. Trompes normales.

OBSERVATION LXVI. — Ray..., Ls, 34 ans, portefaix. — Pneumonie fibrineuse du lobe inférieur gauche. — Endocardite ulcéreuse des valvules aortiques. — Méningite purulente. — Plaques laiteuses sur le péricarde.

La muqueuse de la voûte est recouverte d'une forte

hypersécrétion brunâtre, visqueuse, assez adhérente; elle présente une hyperémie notable immédiatement en arrière du septum, sur une étendue d'environ 15^{mm}. A 9^{mm} de la cloison, tumeur de forme ovale, faisant fortement saillie, d'une longueur de 11^{mm}, d'une largeur de 10 et nettement limitée sur ses bords postérieur et latéraux. En avant, ses limites se confondent insensiblement avec le reste de la muqueuse. Dans les deux tiers postérieurs, elle offre un aspect nacré, blanchâtre; le tiers antérieur est rougeâtre, de même coloration que le reste de la muqueuse. Elle est molle, élastique. Elle siège exactement sur la ligne médiane et affecte une disposition symétrique de chaque côté. A 14^{mm} du vomer, sur le tiers antérieur de la tumeur et à 2^{mm} de la ligne médiane existe du côté gauche un petit orifice de 1^{mm} de diamètre d'où s'échappe une masse gélatineuse, transparente, légèrement brunâtre. Au microscope, on y constate un fin réticulum avec granulations formées par de la mucine coagulée, des gouttelettes de graisse, des cellules de formes très variables, ovalaires, fusiformes, rondes, cylindriques, à cils vibratiles: toutes ayant des prolongements assez longs et souvent anastomosés. En avant du kyste on voit encore deux orifices situés de chaque côté de la ligne médiane et donnant accès dans deux cavités indépendantes l'une de l'autre, profondes chacune de 7 à 8^{mm}. Il n'en sort rien par la pression. Rien à noter dans les fosses nasales.

OBSERVATION LXVII. — Bon..., Marg., 67 ans, ménagère. — D. A.: Hypertrophie du cœur. Endartérite chronique déformante. Pleurésie gauche. Infarctus pulmonaire dans le lobe moyen droit. Atrophie du rein droit. Néphrite interstitielle chronique.

Muqueuse en général lisse, unie, présente un aspect violacé qui se voit également sur la cloison nasale et la partie postérieure des cornets. Voûte rétrécie, présentant tout au plus 12^{mm} de largeur. Petite tumeur siégeant sur la ligne médiane, à 5^{mm} en arrière du septum. Coloration jaunâtre, bords nettement limités. Voûte et partie postérieure des fosses nasales recouvertes d'un enduit purulent jaune-verdâtre liquide. Hyperémie de la muqueuse avoisinant l'ori-

fice des trompes de chaque côté et qui est plus ou moins obstrué par une masse de mucus filant et transparent. Derrière la tumeur, petite cicatrice étoilée d'aspect blanchâtre, provenant peut-être d'un ancien kyste qui se serait vidé et guéri spontanément ou d'une ancienne ulcération. Fossettes de Rosenmüller peu profondes, recouvertes de muco-pus jaunâtre.

OBSERVATION LXVIII. — Bl..., Et., 65 ans, employé aux postes. — D. A. : Carcinome de l'œsophage. Perforation dans les bronches. Pneumonie lobulaire double. Absès du médiastin postérieur.

Voûte occupée par un kyste volumineux, transparent, lobé. Le lobe le plus grand atteint la grandeur d'une grosse graine de ricin et va de la ligne médiane à la fossette de Rosenmüller du côté gauche qu'il remplit en grande partie. Sa forme est plus ou moins ovalaire, son plus grand diamètre est de 12^{mm}. Du côté droit existent à côté de ce kyste principal d'autres petits kystes en relation avec lui. La coloration varie d'une teinte rouge à une teinte brunâtre. En somme, cette masse kystique, prise dans son ensemble, s'étend sur une longueur de 15 et sur une largeur de 18^{mm}. En ponctionnant la tumeur gauche on en retire un liquide filant, transparent, jaune-brunâtre, avec de petits grumeaux blanchâtres. Au microscope on y constate une quantité de petites cellules rondes semblables à du pus, puis d'autres plus grandes dont quelques-unes à noyau et remplies de fines gouttelettes analogues à de la graisse (cellules de Gluge), d'autres gouttelettes transparentes, enfin de très fines granulations dues, sans doute, à de la mucine coagulée. Pas de cellules cylindriques à cils vibratiles. Avec la teinture de iode on n'a aucun des caractères de la réaction amyloïde. Une ouverture faite artificiellement en détachant de l'os les parties molles permet de pénétrer sur la ligne médiane à 1 centimètre derrière la cloison, dans une cavité profonde de 5^{mm}, et dont le contenu est le même que celui qui vient d'être décrit. Muqueuse du septum légèrement hypérémisée, granuleuse. Rien dans les trompes d'Eustache.

OBSERVATION LXIX. — Boc..., Fr., 32 ans, peintre-décorateur.
— D. A. : Tuberculose pulmonaire. Prolapsus rectal.

Muqueuse en général pâle, recouverte de muco-pus jaunâtre, principalement en arrière du septum et entre les deux fossettes de Rosenmüller. Petit foyer d'hypérémie circonscrite immédiatement derrière le septum. A 3^{mm} de celui-ci et à droite de la ligne médiane, qu'elle touche cependant, se voit une petite tumeur arrondie, jaunâtre, de 3^{mm} de diamètre, molle, dépressible et sans ouverture à sa surface. A 9^{mm} derrière la cloison existe directement sur la ligne médiane une cavité profonde de 2^{mm}, à ouverture ovale, dirigée un peu obliquement de gauche à droite et d'arrière en avant. Le plus grand diamètre de cette ouverture est de 3^{mm}, le plus petit de 2. Elle est remplie d'un contenu légèrement jaunâtre. Cette cavité est attenante au kyste, mais sans communication avec lui. Mucus un peu trouble dans les fossettes de Rosenmüller. Muqueuse du septum pâle. Celle des cornets est légèrement rosée; sur le cartilage des trompes elle est hyperémiee, surtout à droite. Rien dans le canal. Voile du palais pâle.

OBSERVATION LXX. — Loub..., Claude, 46 ans. — D. A. : Pneumonie du lobe supérieur droit. Hydronéphrose, rein gauche. Néphrite parenchymateuse rein droit.

Muqueuse légèrement hyperémiee entre le septum et les fossettes de Rosenmüller; pâle ailleurs. Tissu lymphoïde bien développé, à limites assez nettes en arrière et sur les côtés. Voûte recouverte de muco-pus épais, jaunâtre. A 11^{mm} du septum on remarque du côté droit de la ligne médiane une petite tumeur ovale, molle, transparente à teinte un peu jaunâtre. Ses limites sont très nettes. Pas d'orifice à sa surface. Les bords sont un peu hyperémiés. Teinte violacée de la muqueuse de la paroi postérieure; surface un peu irrégulière, granuleuse. Sillons peu profonds dans les fossettes de Rosenmüller, qui sont recouvertes de mucus. Rien de spécial dans le canal des trompes, sauf à droite où on a une espèce d'accolement des parois situé à 25^{mm} de l'orifice pharyngien.

Le contenu kystique examiné au microscope, après immersion dans le liquide de Müller, montre qu'il est formé par une masse gélatineuse, transparente, de couleur caramel. Il renferme une grande quantité de gouttelettes transparentes, de petites cellules rondes ressemblant à du pus, de cellules de Gluge, puis d'autres cellules fusiformes triangulaires, ovalaires, etc., toutes à fins prolongements très élégants. Leur noyau, bien visible, est entouré d'un fin protoplasme granuleux. Enfin, on y voit encore des cellules cylindriques avec ou sans cils et terminées par une queue très effilée. Par l'addition d'acide acétique tout devient plus clair, mais pas de changement dans la conformation des cellules.

OBSERVATION LXXI. — Zacc..., 51 ans. — Tuberculose pulmonaire. Cavernes multiples. Tuméfaction trouble du foie. Dégénérescence graisseuse du cœur.

Muqueuse de la voûte un peu hyperémiee, granuleuse, présente en outre de nombreux petits orifices. Tissu adénoïde bien développé, mais sans limites apparentes bien nettes. Pas trace de sillons ni de bandelettes. A 9^{mm} en arrière du septum existe sur la ligne médiane une petite tumeur jaunâtre, assez dure, présentant 3^{mm} de diamètre, sans ouverture à sa surface. Voûte recouverte d'un enduit purulent, jaunâtre, un peu desséché et se détachant difficilement sous un filet d'eau. Fossettes de Rosenmüller peu marquées et remplies de mucus. Coloration grisâtre sur les cornets inférieurs. Muqueuse de la cloison rose pâle, tout à fait lisse. Rien de spécial aux trompes; orifice obstrué par un peu de mucus visqueux et transparent. La partie supérieure de la paroi postérieure du pharynx présente quelques granulations.

OBSERVATION LXXII. — Larav..., Emile, 35 ans, manoeuvre. — D. A.: Pneumonie droite massive; hépatisation grise. Pleurésie fibrineuse gauche. Œdème pulmonaire. Tuméfaction trouble du sein.

Amygdale pharyngienne bien nette. Du côté gauche trois

bandelettes arquées séparées par des sillons; à droite deux bandelettes séparées par un sillon assez profond. Sur les parties latérales de la voûte d'autres se dirigeant vers les fossettes de Rosenmüller. Sillon médian très profond. A son extrémité postérieure, kyste de la grosseur d'un noyau de cerise, de consistance assez dure, à limites bien nettes et n'offrant pas de coloration différente de la muqueuse avoisinante qui est ici de couleur foncée. Les sillons sont remplis de muco-pus épais, un peu jaunâtre, semblable à celui qui recouvre la voûte en général. Rien dans les trompes et à la muqueuse des fosses nasales. Paroi postérieure du pharynx pâle, lisse. L'os ne présente pas de dépression.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde bien développé et vascularisé, offrant de nombreux sillons ou fentes entourées de follicules clos. Par places fortes travées de tissu conjonctif surtout très nettes autour des parois du kyste. De chaque côté de ce dernier deux fentes profondes, allant jusqu'au tissu conjonctif sous-adénoïdien. La couche glandulaire s'arrête tout près de ces fentes et ne se continue pas au-dessous.

Obj. 5. — *Ocul. 3.* — Epithélium cylindrique stratifié encore visible à la surface du tissu lymphoïde. Au-dessous de la muqueuse beaucoup de cellules adipeuses et de travées de tissu conjonctif dans le tissu réticulé. Les parois du kyste sont formées d'une épaisse coque de tissu fibreux et sont entourées de gros vaisseaux. La paroi inférieure est très mince. A l'intérieur revêtement épithélial cylindrique sans cils. Sur certaines coupes il ne reste que l'épithélium cubique sous-jacent à l'épithélium cylindrique. Le contenu est transparent, finement réticulé, formé d'une grande quantité de cellules adipeuses, de cellules fusiformes, fortement renflées et à noyau entouré de protoplasme granuleux, puis d'autres arrondies ou multipolaires, avec très longs prolongements, enfin des cellules de Gluge. Epithélium glandulaire un peu altéré, granuleux. Tissu conjonctif périlobulaire bien développé. Pas de réaction amyloïde sur les coupes.

OBSERVATION LXXIII. — Hes..., Marie, 43 ans, ménagère. —
D. A. : Tuberculose pulmonaire rénale et intestinale.

Voûte pâle, offre un aspect irrégulier, bosselé, avec nombreuses petites tumeurs disséminées un peu partout dans l'épaisseur du tissu adénoïde. Du côté droit, tout près de la fossette de Rosenmüller, petit groupe de cinq tumeurs d'apparence kystique et transparentes avec points blanchâtres visibles à l'œil. Une de ces tumeurs empiète sur la ligne médiane. Du côté gauche également quelques petites prominenances semblables. Fossettes de Rosenmüller assez profondes et présentant quelques courts sillons. Muqueuse de la cloison et des fosses nasales rosée, unie ; de même pour celle de la paroi postérieure du pharynx. Rien dans les trompes ni au voile du palais. Os normal. Enduit mucopurulent sur la voûte.

En ponctionnant un de ces kystes, on constate qu'il renferme une grande quantité de gouttelettes transparentes, des cristaux de cholestérine formant les grumeaux blanchâtres déjà signalés, des cellules cylindriques à cils vibratiles, puis d'autres multiformes, rondes, étoilées, fusiformes, triangulaires, avec ou sans noyau et toutes finement granuleuses. Plusieurs ont des prolongements. Fines granulations et réticulum formés par de la mucine.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu adénoïde très atrophié, ne forme qu'une très mince couche. Fentes peu nombreuses et peu profondes. Quelques petits espaces clairs provenant de follicules dont le contenu est tombé. Sur la ligne médiane forte dépression allant jusqu'au tissu conjonctif sous-jacent. Pigmentation du tissu lymphoïde, principalement dans la partie qui avoisine la couche de tissu conjonctif. Glandes peu développées.

Obj. 5. — *Ocul. 3.* — Tissu adénoïde remplacé à beaucoup d'endroits par du tissu conjonctif. Cellules adipeuses le long de la muqueuse. L'épithélium de cette dernière a disparu en grande partie ; là où il existe encore, il est formé de cellules cylindriques à noyau peu distinct et sans cils vibra-

tiles. La dépression située sur la ligne médiane et offrant sur certaines coupes l'apparence d'une véritable cavité, ressemble tout à fait à un kyste de la bourse dont le contenu serait tombé. Tout autour le tissu lymphoïde est légèrement granuleux. Les parois ont perdu leur revêtement épithélial. Les follicules clos sont également un peu troubles, se colorent mal. Les autres petits kystes sont revêtus d'un épithélium cylindrique sans cils et renfermant un contenu transparent avec cellules allongées, d'autres fusiformes, etc., avec fin réticulum et granulations de mucine.

Sur une des coupes, il existait encore dans la cavité médiane des gouttelettes réfringentes (colloïdes). Épithélium glandulaire trouble, altéré. Pas de dilatations des conduits glandulaires. Tissu musculaire pâle, finement granuleux. Gouttelettes graisseuses dans le tissu conjonctif placé entre les fibrés.

OBSERVATION LXXIV. — Prob. . , Christ., 66 ans. — D. A.: Tuberculose pulmonaire. Endartérite chronique déformante.

Tissu lymphoïde bien développé avec sillons et bandelettes affectant la disposition ordinaire de l'amygdale pharyngienne. Limites nettes en avant; en arrière elles se confondent avec la muqueuse de la paroi postérieure. Le sillon médian est beaucoup plus profond que les autres et offre à 6^{mm} en arrière du septum une cavité de 4^{mm} de profondeur, séparée de sa partie antérieure par une cloison oblique. Cette cavité est remplie de pus. Un peu en arrière de cette bourse, à 4^{mm} environ, existe sur la ligne médiane une tumeur jaunâtre de la grosseur d'un petit pois; elle est dure, bosselée, à limites peu nettes, et ne présente pas d'orifice à sa surface. Fossettes de Rosenmüller présentant des sillons et des bandelettes dirigées obliquement et dont quelques-unes vont s'attacher à la partie postérieure du cartilage des trompes. Voûte en général très pâle, recouverte d'une sécrétion purulente, filante. Paroi postérieure du pharynx un peu pâle et granuleuse. Muqueuse des cornets et de la cloison normale. Rien dans les trompes.

Que les kystes appartiennent en propre à la bourse ou qu'ils proviennent d'une occlusion des sillons ou petites cavités que l'on trouve si souvent dans cette région, ils méritent à ce titre seul d'attirer l'attention. Nous n'avons décrit dans ce chapitre que ceux que nous pouvons attribuer réellement à la bourse, tout en mentionnant, en passant, dans nos observations, ceux que l'on rencontre si fréquemment dans le tissu lymphoïde.

Leur grandeur et leur forme sont très variables. En effet, nous en avons rencontré qui étaient de la grosseur d'un petit pois, d'autres de celle d'un gros haricot (obs. LIX) et occupaient une bonne partie de la voûte. Ils étaient tantôt de forme arrondie, tantôt ovalaire ou représentaient assez bien une graine de ricin. La coloration était transparente ou jaunâtre ou rouge violacé; les bords légèrement hyperémiés et leur consistance généralement molle. Ils se laissaient facilement déprimer quand on appuyait dessus avec un stylet, mais revenaient ensuite à leur forme primitive.

J'ai rarement trouvé d'orifice à leur surface, par lequel puisse s'échapper le contenu (LXVI). Parfois ils sont entourés d'un tissu spongieux avec une foule de petites cavités remplies de pus, ou bien un orifice conduit dans une cavité assez profonde placée sur la ligne médiane en avant ou en arrière du kyste et remplie d'un contenu purulent jaunâtre mais non en communication avec lui. Là se pose une question intéressante : celle de savoir si oui ou non on peut considérer cet orifice particulier comme étant l'ouverture de la bourse. Bien que Tornwaldt admette que la plupart du temps on ne trouve pas d'ouverture de la bourse quand il y a

kyste et par conséquent absence de sécrétion sur la voûte, nous ne pouvons être aussi affirmatif et nous pensons qu'il peut y avoir kyste lors même que le conduit de la bourse existe sous forme de petit orifice ainsi que Zahn l'a déjà signalé dans son cas III. En effet, et nous le verrons encore dans l'examen microscopique, la bourse peut être cloisonnée; un kyste peut très bien s'être formé à un endroit alors que le reste de la bourse est en communication avec l'extérieur et par conséquent indépendant de lui. On s'expliquerait ainsi le fait par lequel on ne fait rien sortir par l'ouverture signalée en pressant sur le kyste, alors que le siège, la forme, la profondeur parlent en faveur d'une véritable bourse avec kyste. Il est donc nécessaire de distinguer les cas où il existe un cloisonnement de la bourse, dont une partie formerait le kyste et l'autre reste en communication avec l'extérieur et ceux où il y a kyste avec orifice (cas de Zahn). Enfin, un troisième genre, ce sont les kystes sans communication avec l'extérieur.

Parfois encore nous avons trouvé un reste du sillon médian, et à l'extrémité postérieure de ce dernier un kyste. Cela parle peut-être une fois de plus en faveur de l'idée que nous avons émise précédemment que la bourse pharyngienne peut être indépendante du sillon médian et produire un kyste. L'ouverture formée par ce reste de sillon ne doit par conséquent pas être prise pour celle de cette dernière (obs. LIX, LXXIV).

Le caractère principal des kystes de la bourse est leur grand volume; ceux que nous avons trouvés disséminés sur la voûte sont en général très petits. Il peut arriver aussi qu'il y en ait plusieurs autres autour

du kyste principal et dus probablement aux mêmes causes. Malgré cela, il n'est pas rare de trouver sur la voûte une sécrétion purulente, jaune-verdâtre. Dans ce cas, il y a souvent un peu de catarrhe et la muqueuse est hyperémiée, présente de nombreux orifices par où s'échappe du muco-pus. Une seule fois nous avons trouvé une sécrétion peu abondante (LX). Les cornets et le septum sont quelquefois un peu hyperémiés (LXVII, LXVIII).

Que nous ayons à faire à des kytes de la bourse ou à d'autres plus petits disséminés sur la muqueuse, ce sont toujours des kystes de rétention. Nous avons vu, il est vrai, des canaux excréteurs de glandes dilatés, mais quant à former des kystes proprement dits, jamais. Nous attribuons plutôt l'origine de ces kystes, en général, à une oblitération de la bourse comme cela est déjà admis ou à celle des sillons ou cavités qui se voient sur la muqueuse de la voûte du pharynx et vu la fréquence du catarrhe de cette région, la chose est assez compréhensible. Si les kystes de la bourse atteignent un aussi grand volume, c'est que la disposition anatomique normale y prédispose beaucoup et que la cavité qu'elle forme est plus grande et plus profonde que celles qui se trouvent dans le voisinage. Comme Tornwaldt, nous admettons qu'ils sont dus à un processus inflammatoire et dérivent le plus souvent d'un catarrhe chronique ayant amené l'oblitération de l'orifice de la bourse surtout lorsqu'il est très étroit, mais nous faisons toutes nos réserves sur ce qui touche aux kystes produits par l'oblitération de conduits glandulaires. En tout cas, s'ils existent, ils sont toujours très petits. Il n'est pas impossible non plus, que les ulcérations que

nous avons décrites soient le point de départ de pareils kystes. Pour ce qui concerne leur structure en général, et cela s'applique aussi à ceux de la voûte, nous voyons que la plupart du temps ils sont formés par une paroi de tissu cytogène plus ou moins altéré, trouble, granuleux ou offrant même un fort développement de tissu conjonctif (obs. LXIV). La paroi inférieure est généralement très mince, tapissée extérieurement d'un épithélium cubique ou à cellules aplaties ; l'épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles étant rarement conservé. La paroi supérieure repose sur la couche sous-jacente du tissu conjonctif qui renferme souvent des cellules adipeuses. Elle est souvent très vascularisée.

A l'intérieur, les kystes sont parfois revêtus d'un épithélium cylindrique à cils remarquablement conservés, reposant sur une couche de cellules cubiques, séparée du tissu lymphoïde par une fine membrane. Suivant leur volume, l'épithélium cylindrique disparaît et il ne reste qu'un épithélium cubique ; dans ce cas, le tissu conjonctif est généralement plus développé autour du kyste. Ou bien, dans quelques cas, on peut suivre la transformation de l'épithélium en ce sens qu'à certains endroits l'épithélium cylindrique existe encore, tandis qu'ailleurs et surtout sur la paroi supérieure, il en reste que l'épithélium cubique sous-jacent ; parfois même on voit un épithélium pavimenteux stratifié (voy. fig.). Suivant le contenu, on trouve encore un épithélium cylindrique qui se serait pour ainsi dire aplati par pression et dont les cils auraient disparu. Quand il y a cloisonnement, il peut exister d'un côté un épithélium cylindrique ou cubique, alors que d'un autre côté le revê-

tement épithélial et le contenu ont disparu ; on a dans ce cas l'aspect d'une seconde cavité creusée dans le tissu adénoïde.

La matière formant les kystes varie aussi beaucoup. Ou bien elle peut être transparente et présente de nombreuses gouttelettes colloïdes, ou bien elle est plus compliquée. On y trouve à la fois un fin réseau et de fines granulations de mucine disposées souvent en chaîne, des gouttelettes graisseuses ou réfringentes (colloïdes), des cristaux d'acides gras ou de cholestérine, des débris épithéliaux, soit de cellules cylindriques avec ou sans cils, de cellules cubiques isolées ou agglomérées ; des cellules arrondies ressemblant à des corpuscules lymphatiques ou des globules de pus, des cellules de Gluge, enfin des cellules fusiformes, triangulaires, en massue, etc., avec noyau entouré de protoplasma finement granuleux et qui se terminent souvent par d'immenses prolongements établissant des anastomoses entre elles. Elles rappellent tout à fait celles que F. Buzzi⁹ a décrites et dessinées dans sa thèse. Dans l'obs. LXIV, le contenu était formé d'une espèce de bouillie jaunâtre tout à fait semblable à celle de l'athérone et renfermait même des masses calcaires difficiles à écraser sous la lamelle pour les examiner au microscope.

Dans de petits kystes en voie de formation, disséminés sur la voûte et dont l'épithélium n'était pas encore très altéré, nous avons vu parfois entre les cellules cylindriques à cils vibratiles des cellules caliciformes. Nous avons parlé, avant nos observations, de l'opinion de Zahn au point de vue de la diversité du revêtement épithélial dans le même kyste. Nous ne pou-

vons la confirmer complètement en ce qui nous concerne étant donné que dans de grands kystes c'est sur la paroi supérieure* que nous avons trouvé l'épithélium cubique et sur les parois inférieures ou latérales un épithélium cylindrique souvent très altéré. Il est vrai que sur une de ses préparations, qu'il nous a montrée, nous avons pu constater l'exactitude de son dire.

* Nous désignons sous le nom de paroi supérieure du kyste celle qui repose sur le tissu conjonctif sous-adénoïdien et regarde les parties dures. La paroi inférieure est libre ; c'est celle qui est visible extérieurement.

CHAPITRE IX

Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Parmi les affections de la voûte du pharynx, l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne est certainement une de celles qui depuis les travaux de Meyer, Wendt, etc., a le plus attiré l'attention de ceux qui s'occupent des maladies de la bouche et du nez. Il ne se passe pour ainsi dire plus d'années sans que de nouvelles communications ne soient faites sur le sujet. Beaucoup de symptômes cliniques décrits par les anciens auteurs et attribués par eux à une hypertrophie des vraies amygdales doivent être rattachés à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, inconnue encore à leur époque. A vrai dire, ce n'est que depuis Czermack, avec son application du miroir laryngoscopique, qu'on est parvenu à se faire une idée exacte de certaines tumeurs que l'on trouve si fréquemment dans la région qui nous occupe.

En 1821, Itard²¹, que nous avons déjà nommé ailleurs, cite un cas se rapportant probablement à l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne, bien qu'il parle

de tumeurs polypeuses obstruant les trompes d'Eustache et amenant une sécrétion de mucus considérable.

Ceux de Dupuytren ¹⁶, p. 110 et suiv. (1828) et de Robert (1843) se rattachent également à l'existence de tumeurs semblables, mais la lésion anatomique correspondant à la symptomatologie était encore inconnue à ces auteurs.

En 1837, Bonnet et Perrin ⁵⁵, p. 177, 184, etc., en donnent chacun un cas.

Czermack, en 1860, serait, d'après Meyer ⁵⁰, le premier qui aurait mentionné d'une manière positive cette affection au moyen de l'examen rhinoscopique postérieur. Voltolini s'élève contre cette manière de voir et prétend que les cas signalés par Czermack ne se rapportent pas aux végétations adénoïdes (*Die Rhinoscopie*, p. 157). D'après lui et Trautmann (op. cit.), les cas signalés par Türk et Semeleder seraient douteux.

En 1865, Voltolini ⁵⁴, parle de tumeurs semblables à des stalactites qui pendaient dans l'espace naso-pharyngien chez un homme de 41 ans.

La même année, Clarke ¹⁴, en Angleterre, signale un cas analogue, et Löwenberg ⁵⁹ trois.

Voltolini ⁵⁵ en rapporte de nouveau un en 1867, mais jusqu'à ce moment on ne savait pas encore quelle était la structure microscopique de ces végétations.

Meyer, de Copenhague ⁵¹, en donne pour la première fois une description exacte sous le nom de tumeurs adénoïdes (1868), mais ce n'est que plus tard, en 1873 et 1874, qu'il fait la description microscopique et en reconnaît leur véritable signification. Voltolini lui refuse encore cette priorité (*Die Rhinoscopie*, p. 159). Wendt ⁸⁷ (1874), étudia aussi ces tumeurs sur le cadavre.

En 1875, des cas sont signalés par Guye ²⁷, Politzer ⁶⁵,

Justi³¹, Störek⁷⁶ ; en 1876, par Zaufall⁹⁸, et Michel, de Cologne. Ce dernier auteur en rapporte 92 qu'il a observés dans l'espace de quatre ans. Selon lui, ce nombre parle contre l'opinion de Voltolini qui, comparant ses observations avec celles de Meyer, pense que cette affection serait moins fréquente en Allemagne qu'en Danemark.

Ganghofner²⁵, dans son travail publié en 1877, n'apporte rien de nouveau à ce qui est connu.

Löwenberg⁴⁰ (p. 6 et 7), revient en 1879 sur ce sujet en donnant quelques détails sur la structure de ces tumeurs et s'en rapporte au dessin donné par Cornvil et Ranvier dans leur manuel d'histologie pathologique.

Les communications et les travaux de Lange⁵⁶, de Solis Cohen⁷⁵ (1879), de Trauber⁸¹ (1880), Capart¹¹ (1881), Wehmer⁸⁹ (1882), Moos⁵⁵ (1884), Wiesener⁹⁰, se rapportent plutôt à une modification du manuel opératoire et à une description clinique de la maladie.

Bresgen⁷, 1884 (p. 141 et 142), parle de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne dans le chapitre où il traite celle des vraies amygdales parce que, dit-il, ces deux organes ont beaucoup de ressemblance, et décrit cela comme des tumeurs en massue occupant souvent la voûte du pharynx.

Calmettes¹², et Fränkel²⁰, considèrent les végétations adénoïdes comme une simple hypertrophie de la tonsille de Luschka.

M. Mackenzie⁵⁶ (vol. II, p. 714) donne une très courte description microscopique de ces tumeurs qu'il décrit comme étant revêtues d'un épithélium cylindrique parfois avec cils ; elles sont formées de tissu adénoïde de His et la vascularisation est souvent très forte.

Schaeffer, Max, de Brème⁷⁵, parle de l'hypertrophie

de la tonsille pharyngienne au point de vue clinique. Selon lui, elle peut être : 1° congénitale ; 2° suite de rhinite chronique ; 3° produite par une inflammation du tissu adénoïde. Elle se voit surtout chez les enfants scrofuleux ; elle est fréquente entre cinq et vingt ans. Sur 270 cas il l'a vue 51 fois avec hypertrophie des amygdales vraies ; il a en outre noté 96 cas de surdité, 11 d'otorrhée, 5 d'asthme, 4 avec épistaxis, et un cas de chorée (p. 55).

Trautmann⁸², de Berlin, a publié cette année un grand travail relatant l'observation clinique de 190 cas d'hypertrophie de la tonsille avec 15 autopsies. D'après lui, elle peut remplir complètement la voûte du pharynx, former une espèce de rideau derrière les choanes ou remplir les fossettes de Rosenmüller. Il nie que cette hypertrophie puisse s'étendre à d'autre tissu et en particulier à celui qui entoure l'orifice pharyngien des trompes comme l'ont admis Schwartz⁷⁴ (p. 100), Justi³¹ (p. 12, 16), Bresgen⁷ (p. 142), Zaufall⁹³, Mackenzie³⁶ (vol. II, p. 711), Bezold⁴. Dans ses propres autopsies, Trautmann ne confirme pas les données de ces auteurs, bien que Gerlach²⁵ et Teutleben⁷⁸ (p. 160) aient parlé d'une amygdale tubaire.

Cette hypertrophie est fréquente chez les enfants tuberculeux ou nés de parents syphilitiques ; l'influence du climat jouerait aussi un grand rôle. Les manifestations cliniques portent principalement sur les voies auditives et respiratoires. Sur 150 cas, il a noté 18 fois des saignements de nez, 87 fois des maux de tête à la suite de troubles circulatoires, 72 fois hypertrophie des vraies amygdales ; inflammation de l'oreille moyenne, etc., etc. (p. 28). Il n'a noté qu'un seul cas de polype

chez une femme de 23 ans (polype muqueux sur le cornet moyen de chaque côté).

Comme altérations concomitantes, il dit que les cornets sont souvent dépolis, hypérémiés, granuleux. La sécrétion est muco-purulente et souvent difficile à détacher, ainsi que l'a déjà signalé Bresgen. Les recherches microscopiques ne lui ont rien donné comme cause de la maladie, et il n'y aurait que le tissu lymphoïde qui prendrait part à l'hypertrophie.

Il existe souvent de gros follicules qui, quelquefois, se vident et forment des cavités grandes comme un pois. Il n'a jamais trouvé de bacilles tuberculeux dans le tissu lymphoïde et pas d'abcès rétropharyngien comme Meyer ⁵², mais il cite un cas de méningite à la suite d'une otite moyenne suppurée dépendant d'une hypertrophie de la tonsille pharyngienne. Nous avons déjà donné le résultat de ses recherches microscopiques dans un autre chapitre, et il n'y aurait que peu de différence avec l'amygdale pharyngienne normale.

Selon Moure ⁵⁷, les coupes de ces sortes de néoplasmes ne diffèrent en rien de celles des amygdales hypertrophiées. L'hyperplasie porte sur tous les éléments des follicules clos, sur le tissu réticulé qui les entoure et les relie les uns aux autres. Ces tumeurs sont uniquement composées de tissu adénoïde (p. 269).

Chatellier ⁵⁸, en France, vient également de donner une bonne description de la structure microscopique de ces tumeurs. Selon lui leur volume varie beaucoup et elles forment tantôt une masse sous forme délinée, tantôt des excroissances polypiformes. Elles sont formées à leur surface par un épithélium cylindrique à cellules allongées et terminées en pointe, légèrement

granuleuses et avec noyau très visible. Au dessous de cette couche, des cellules de remplacement de forme ovoïde et situées entre les prolongements terminaux des cellules cylindriques. Leur noyau est gros et entouré d'une mince zone de protoplasma. La substance adénoïde proprement dite est formée par un réseau de fibrilles entrecroisées au milieu desquelles se trouvent noyées les petites cellules rondes.

Les vaisseaux sont très nombreux et offrent des calibres très variables.

D'après le même auteur, ces tumeurs sont fréquentes dans l'enfance; l'hérédité et la scrofule y jouent un grand rôle. Un autre facteur important à considérer, c'est que les inflammations répétées et subaiguës survenant dans le jeune âge chez un sujet prédisposé sont les vraies causes de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne (*ib.*, p. 20).

OBSERVATION LXXV. — Hom..., 2 ans. — D. A. : Tuberculose méningée et pulmonaire.

On remarque en arrière du vomer entre les deux fossettes de Rosenmüller et le point correspondant à peu près au tubercule pharyngien de l'apophyse basilaire, un bourrelet de forme ovalaire et de la grosseur d'une cerise. La surface de ce bourrelet n'est pas très régulière; on y voit trois ou quatre bandelettes à direction arquée et à convexité tournée en dehors. Avec un stylet les bandelettes se laissent facilement écarter et montrent une inégalité de profondeur entre les sillons. Le plus profond est celui qui occupe la ligne médiane et permet d'enfoncer le stylet jusqu'à 8^{mm}. Il divise cette proéminence en deux parties à peu près symétriques. Ceux qui sont situés sur les parties latérales sont beaucoup moins profonds. La consistance de ce bourrelet est tout à fait molle. La muqueuse présente une coloration rosée très

foncée. Beaucoup de mucus trouble dans les sillons latéraux et le sillon médian. Cette amygdale remplit une bonne partie de l'espace compris entre les deux cartilages des trompes.

OBSERVATION LXXVI. — Pac..., 19 ans, domestique. — Tuberculose méningée.

Tumeur molle, ovulaire, occupant une bonne partie de l'espace compris entre le cartilage des trompes et le vomer en avant. Elle présente plusieurs sillons et bandelettes de forme arquée et disposées symétriquement autour du sillon médian, qui a 8^{mm} de profondeur. L'aspect général de la tumeur est celui que nous offre la surface du cerveau, c'est-à-dire qu'on peut en écarter les lamelles comme les feuillets d'un livre. Quelques sillons sont divisés en deux par des cloisons transversales allant d'une bandelette à l'autre. Coloration rosée de la muqueuse. Beaucoup de mucus visqueux et transparent à sa surface. Pas de kyste appréciable à l'œil. Cette malade présentait un facies scrofuleux assez caractéristique.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu lymphoïde très développé et offrant plusieurs languettes laissant entre elles des fentes profondes. Dans ces languettes plusieurs espaces clairs ou des cavités renfermant un contenu transparent. Nombreux follicules clos. Vascularisation assez forte dans le tissu connectif sous-adénoïdien. Couche glandulaire très nette.

Obj. 5. — Ocul. 5. — Tissu adénoïde bien conservé, ne présente pas de différence de structure avec le tissu normal. Plusieurs fentes ou cavités revêtues de leur épithélium cylindrique, mais sans cils. Par-ci par-là quelques petits kystes revêtus d'un épithélium cylindrique simple, et au-dessous une couche de cellules cubiques séparée du tissu lymphoïde par une mince membrane de tissu connectif. Le contenu de ces kystes est transparent, formé d'un fin réticulum avec granulations et de petites cellules rondes. Dans d'autres, il est composé également d'un fin réticulum avec cellules fusi-

formes rondes, triangulaires, etc. ; la plupart avec prolongements. Elles renferment un noyau entouré de protoplasma granuleux. Dans quelques kystes, gouttelettes réfringentes, colloïdes et cellules de Gluge. Couche glandulaire normale. Quelques conduits excréteurs un peu agrandis et remplis de petites cellules rondes semblables à du pus. Dans les parties dilatées, il est difficile de constater la présence de l'épithélium. Le canal au début est revêtu d'un épithélium cubique très net. Section de nerfs dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien.

OBSERVATION LXXVII. — Dum... , Jules, 15 ans. -- Pyémie. Abscès multiples dans le rein. Hémorrhagie méningée.

Fort développement de l'amygdale pharyngienne qui occupe une bonne partie de la voûte. Elle est formée comme d'habitude de lamelles et de sillons placés symétriquement autour de la médiane sur laquelle se trouve un sillon de 10^{mm} de longueur. Il forme une espèce de cavité conique, à sommet dirigé vers l'os et de 7^{mm} de profondeur. Les limites postérieures de l'amygdale sont très nettes ; sur les parties latérales elles empiètent légèrement sur les fossettes de Rosenmüller avec lesquelles elles se confondent insensiblement. Contenu muco-purulent dans tous les sillons, particulièrement dans celui du milieu. Coloration rosée de la muqueuse.

OBSERVATION LXXVIII. — Gay..., J.-Louis, 68 ans. — D. A. : Bronchite aiguë. Néphrite parenchymateuse. Endartérite chronique déformante généralisée.

Amygdale pharyngée légèrement hypertrophiée, formée de quatre lamelles dont deux de chaque côté de la ligne médiane et séparées par des sillons de 6 à 9^{mm} de profondeur. Le plus profond est le médian. Ce dernier présente à son extrémité postérieure une poche séparée de la partie antérieure par une petite cloison transversale. Cette poche est remplie d'un contenu purulent. L'orifice des trompes est libre. Hypertrophie de la muqueuse de la partie postérieure du cornet inférieur gauche qui présente un aspect

rugueux, chagriné. Paroi postérieure du pharynx normale. Les fossettes de Rosenmüller offrent de chaque côté plusieurs sillons très courts et des bandelettes de tissu lymphoïde partant des parties latérales de l'amygdale et allant rejoindre la partie postérieure de la muqueuse recouvrant le cartilage des trompes. Muqueuse de la cloison un peu hyperémiee. Pas d'hypersécrétion dans les fosses nasales.

OBSERVATION LXXIX.—Dub..., J., 7 ans.—D. A. : Fièvre typhoïde. Néphrite interstitielle. Bronchite catarrhale. Hypérémie de la pie-mère.

Amygdale pharyngée très développée à bandelettes et sillons arqués placés symétriquement autour d'une fente longue de 11^{mm}, profonde de 10 et occupant la ligne médiane. A l'extrémité postérieure de ce sillon médian existe une petite poche séparée du reste par une petite cloison transversale. Elle a une forme en entonnoir, mais est cependant moins profonde que le sillon médian. Muqueuse en général hyperémiee et recouverte de mucus visqueux, transparent. Rien dans les fosses nasales et à l'orifice des trompes.

OBSERVATION LXXX. — Dem..., 3 mois. — Athrepsie.

Hyperthrophie de l'amygdale pharyngienne qui présente plusieurs bourrelets et sillons légèrement arqués. Les sillons latéraux sont peu profonds. Le médian l'est davantage et en même temps plus long. Ses parois sont obliques de dehors en dedans. Des parties latérales de la tonsille partent des bandelettes formant entre elles de très courts sillons ou de petites cavités et se dirigeant obliquement vers les fossettes de Rosenmüller. La muqueuse de la voûte est légèrement hyperémiee, un peu irrégulière, chagrinée. Mucus trouble, visqueux à la surface. Orifices des trompes perméables.

Examen microscopique. — Gross. diamètres.

Tissu lymphoïde très net formé d'un fin réticulum, dans les mailles duquel sont emprisonnées une masse de petites

cellules arrondies. Beaucoup de follicules clos le long de la muqueuse et autour des fentes. Sur la ligne médiane sillon allant jusqu'au tissu conjonctif sous-jacent sur lequel il empiète profondément. Les parois en sont très irrégulières, présentent de nombreux bourgeons faisant saillie à l'intérieur. Forte vascularisation surtout le long de la muqueuse. La couche glandulaire s'arrête de chaque côté de la ligne médiane. Les lobules, contrairement à ce que l'on voit chez l'adulte, sont groupés entre eux et forment pour ainsi dire une couche continue. Dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien beaucoup de cellules adipeuses; il en est de même dans le tissu connectif qui entoure les glandes situées autour du cartilage des trompes. La paroi postérieure de ce dernier montre encore du tissu adénoïde sur une assez grande étendue.

Obj. 5. — Leitz. Ocul. 3. — Epithélium cylindrique à cils vibratiles sur la partie postérieure du cartilage des trompes, au-delà même de l'endroit où cesse le tissu adénoïde. Audessous, tissu conjonctif et couche glandulaire. Dans les fentes situées sur la voûte du pharynx épithélium cylindrique à cils vibratiles. Autour de ces dernières le tissu lymphoïde paraît cependant un peu granuleux, altéré. Beaucoup de follicules offrent le même aspect. La plupart des vaisseaux qui rampent dans le tissu adénoïde ont une paroi formée d'un simple endothélium. La fente médiane n'est séparée du tissu conjonctif sous-jacent que par une mince lame de tissu lymphoïde. Epithélium glandulaire un peu trouble. Beaucoup de canaux excréteurs peuvent être suivis jusque dans le tissu réticulé; ils sont tapissés d'un épithélium cylindrique sans cils et sont remplis de petites cellules semblables à du pus. Sur la muqueuse des cartilages l'épithélium est remarquablement conservé. Beaucoup de canaux arrivent jusqu'à la surface. Rien à la musculature de la voûte.

OBSERVATION LXXXI. — Mon. . . , Louis, 22 ans. — D. A. : Syphilis. Substance grise des cornes antérieures de la moelle très hypérémie. Néphrite. Myocardite.

Le développement du tissu lymphoïde de la voûte atteint

chez ce sujet un volume que nous n'avons pas encore rencontré jusqu'ici. Il fait fortement saillie en arrière de l'orifice postérieur des fosses nasales qu'il obstrue plus ou moins. Cette hypertrophie de l'amygdale occupe une étendue antéro-postérieure de 30^{mm} et s'étend latéralement jusqu'aux fossettes de Rosenmüller, qu'elle occupe complètement. La tumeur se présente en général sous forme de lames ou d'appendices polypiformes disposés très irrégulièrement les uns par rapport aux autres. Elle n'atteint pas directement l'orifice des trompes, mais celles-ci sont recouvertes à leur entrée de beaucoup de mucus visqueux. Muqueuse en général pâle, soit à la voûte, soit autour des trompes, soit dans les fosses nasales. A 13^{mm} du vomer existe sur la ligne médiane un orifice de 3^{mm} de diamètre, conduisant dans une cavité profonde de 11^{mm} et à parois très irrégulières. Elle est remplie d'une grande quantité de mucus, épais, jaunâtre, qui sort cependant assez facilement par la pression. Par-ci par-là quelques petits points transparents ou blanchâtres gros comme une tête d'épingle et probablement de nature kystique ou dus à des follicules agrandis.

Ce sujet présentait de son vivant une surdité assez prononcée et respirait continuellement avec la bouche ouverte. Les autres amygdales étaient fortement hypertrophiées.

OBSERVATION LXXXII. — Monn..., Laurence, 21 ans. — Tuberculose pulmonaire

Amygdale pharyngienne très développée formée de chaque côté de deux ou trois bandelettes arquées à convexité externe et se rencontrant en avant et en arrière du sillon médian. Limites du tissu adénoïde très nettes en avant; en arrière elles se confondent insensiblement avec le reste de la muqueuse de la paroi postérieure; latéralement elles s'étendent jusque dans les fossettes de Rosenmüller, envahies presque complètement. A 6^{mm} en arrière du septum se voit une ouverture allongée, limitée par deux bourrelets de tissu cytogène donnant accès dans une cavité de 4^{mm} de profondeur, de forme conique, à sommet dirigé vers l'os et remplie d'un contenu jaune-blanchâtre, purulent. Sur le bourrelet

gauche, petit kyste transparent à bords légèrement hypé-
rémiés. La muqueuse de la voûte est un peu irrégulière,
granuleuse, recouverte d'un enduit jaunâtre, purulent et
assez adhérent. Sur les trompes, mucus filant et transpa-
rent. La muqueuse avoisinant les orifices et recouvrant leur
cartilage a une teinte un peu foncée; de même pour celle
de la cloison et des cornets. Voile du palais un peu irrégu-
lier sur sa face postérieure, mais pas d'hypérémie.

Le sillon médian formant une espèce de bourse allongée
va jusqu'à l'os dans lequel existe une dépression de 5^{mm} de
longueur sur 2 de profondeur et remplie de tissu fibreux.
En enlevant ce dernier avec le rugine on remarque dans
l'os quatre ou cinq orifices très petits donnant probablement
passage à des vaisseaux.

Sur les cent sujets que nous avons examinés, nous
n'avons trouvé que huit fois une hypertrophie de la
tonsille pharyngienne. Nous n'avons eu malheureuse-
ment dans le matériel mis à notre disposition qu'un
nombre très restreint d'enfants et comme cette affection
est fréquente dans le jeune âge, il est probable que le
nombre des cas en eût été passablement augmenté. Le
plus jeune sujet que nous ayons examiné avait trois
mois, le plus âgé 68 ans. Les six autres étaient âgés
de 7 à 21 ans, ce qui confirme assez bien l'opinion de
Schaeffer et des autres auteurs relativement à l'époque
de la vie où l'on trouve le plus souvent cette hypertro-
phie. Trois de ces malades sont morts tuberculeux
(2 ans, 19 ans, 21 ans), un quatrième était syphilitique.

Quant au volume que peut atteindre une pareille
amygdale, il varie beaucoup. Dans les cas que nous
rapportons il allait de la grosseur d'une petite cerise
jusqu'à celle d'une noix (LXXXII). Dans cette dernière
observation, la voûte était complètement obstruée par
la tumeur. Tantôt cette dernière avait une forme plus

ou moins régulière, arrondie ou ovale, tantôt elle se présentait sous la forme d'une masse diffuse sans limites bien nettes et formée de petits appendices piri-formes ou en massue et remplissant la voûte et les fossettes de Rosenmüller.

Généralement le sillon médian, quand il existait, était plus profond que les autres et même séparé en deux dans quelques observations par une cloison transversale, de sorte qu'on avait encore à faire à une véritable bourse d'où s'échappait un contenu muco-purulent.

La coloration de la muqueuse était tantôt rosée et recouverte d'un mucus plus ou moins transparent, tantôt un peu hyperémie et irrégulière (LXXX).

Dans l'observation LXXXI nous avons trouvé à la surface de la muqueuse de petits points transparents ou blanchâtres dus probablement à des follicules clos ou des canaux glandulaires agrandis ou même peut-être à de petits kystes; nous ferons toutefois observer que nous n'avons macroscopiquement jamais trouvé de kyste typique. Une fois nous avons vu la muqueuse du cornet inférieur gauche hypertrophiée et un peu irrégulière; la cloison était également hyperémie (LXXVIII).

Dans l'observation LXXXI, qui est celle d'un sujet syphilitique, il y avait une forte hypertrophie des vraies amygdales.

Dans ces deux derniers cas il y avait du muco-pus sur la voûte et un léger catarrhe. L'opinion de ceux qui veulent que l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne prédispose ou soit la cause d'un catarrhe chronique pourrait donc trouver dans ces faits un appui favorable.

Le voile du palais était granuleux à sa face postérieure dans une seule observation (LXXXII). Nous n'avons, à part l'hypérémie, remarqué aucune altération dans les fosses nasales proprement dites.

Bresgen a signalé des croûtes à la surface de l'amygdale, et Tornwaldt dit que la sécrétion est souvent difficile à détacher. Dans toutes nos observations, les matières recouvrant la voûte étaient plus ou moins liquides. Cela n'infirme pas absolument l'opinion de ces deux auteurs, vu le petit nombre de cas que nous rapportons, mais nous croyons cependant que l'existence de pareilles croûtes doit être une chose assez rare dans le sujet qui nous occupe.

Quant à l'opinion de Trautmann sur la non existence d'une amygdale tubaire, en opposition à Teutleben, nous ferons remarquer que le tissu adénoïde s'étend sur une assez grande étendue en arrière du cartilage des trompes. De plus, nous avons trouvé (observation LVI) sur le cartilage gauche une tumeur molle grosse comme une petite noisette et analogue comme consistance au tissu lymphoïde. S'il est admis qu'il existe réellement du tissu cytogène à cet endroit, il n'y a donc rien d'impossible que quelquefois il puisse également subir un processus hypertrophique.

Nous n'avons pas trouvé de polypes sur les cornets.

Au point de vue microscopique, nos recherches confirment en grande partie celles de Trautmann et de Chatellier. La surface de l'amygdale hypertrophiée est souvent revêtue d'un épithélium cylindrique, quelquefois à cils vibratiles encore visibles, principalement dans les petites fentes ou sillons. Ou bien il n'existe qu'un épithélium cylindrique stratifié, ou enfin un épithélium

cubique avec noyau entouré de protoplasma granuleux. Au-dessous une fine membrane formant séparation avec le tissu lymphoïde. Dans ce dernier on aperçoit de nombreux follicules, surtout le long de la muqueuse et autour des sillons. Plusieurs même sont plus ou moins désagrégés, d'autres ont perdu leur contenu et forment de petits espaces clairs. Mais nous ne les avons jamais vus atteindre un bien grand volume comme Trautmann l'indique. Par-ci par-là quelques petits kystes revêtus d'un épithélium cylindrique un peu aplati et sans cils, à contenu transparent analogue à celui que nous avons déjà plusieurs fois décrit. La vascularisation est en général forte surtout le long de la muqueuse et dans la couche de tissu conjonctif sous-adénoïdien où l'on voit souvent dans les mailles des cellules adipeuses. Le tissu réticulé est par places trouble, finement granuleux et rappelle tout à fait les altérations que nous avons décrites dans le catarrhe chronique, ou bien dans d'autres cas il semble tout à fait normal. Les conduits excréteurs des glandes peuvent être agrandis, mais nous n'avons pas pu constater de kyste glandulaire.

L'hypertrophie atteint surtout le tissu adénoïde, et s'il y a altération des tissus en général, elle se rapproche de celle que nous avons décrite dans le chapitre du catarrhe chronique.

CHAPITRE X

Atrophie du tissu adénoïde.

Bien que jusqu'ici ce sujet n'ait pas encore été traité d'une manière spéciale comme tel dans les ouvrages sur les maladies du pharynx, nous croyons cependant nécessaire au point de vue de l'anatomo-pathologie d'en faire une étude à part vu la fréquence avec laquelle nous avons rencontré une pareille atrophie. Peut-être certains symptômes cliniques décrits sous le nom de catarrhe sec sont-ils en relation avec cet état particulier du tissu lymphoïde ? Morell Mackenzie, en parlant du catarrhe sec du pharynx dit (vol. II, p. 700) que l'on voit sur la muqueuse des traînées de mucus brunes-noirâtres ou noirâtres et souvent desséchées. S'il y a déjà ozène, on a des masses desséchées (*Secretklumpen*) de couleur blanchâtre ou vert sale, parfois brune ou noire ; leur consistance est assez solide ; elles sont humides et molles à leur périphérie, mais desséchées et dures (*compact*) au centre. Après avoir nettoyé la muqueuse, celle-ci prend au bout de quelque temps un aspect pâle et

paraît atrophiee. Souvent cette affection est accompagnée d'un processus semblable dans la muqueuse du nez ou bien peut rester limitée à la partie rétro-nasale du pharynx. Elle accompagne fréquemment l'ozène et se voit chez les personnes qui ont un pharynx spacieux.

Bresgen⁷ prétend que cette affection se voit seulement dans l'âge adulte et chez les personnes qui souffrent depuis longtemps d'une pharyngite chronique. Si elle a un caractère fétide, elle dépend d'une rhinite chronique comme maladie primitive (p. 132).

Quant aux altérations de la muqueuse, elles se rapprochent selon M. Mackenzie de celles du catarrhe sec du nez*. Or, dans ce dernier cas, Gottstein a trouvé chez un sujet atteint d'ozène, à part un peu d'amincissement de la muqueuse, que l'épithélium était normal. Sous l'épithélium une couche de cellules rondes, petites, ou d'autres fusiformes et peu abondantes. A cette couche de cellules qui n'est pas partout de la même épaisseur, fait suite une couche de tissu conjonctif fibrillaire qui montre différents stades de développement sur diverses coupes. Les vaisseaux étaient bien formés et la membrane interne des artères épaissie. Les glandes étaient nombreuses, le contenu trouble et infiltré; le tissu conjonctif abondant. Gottstein pense donc avoir à faire sans aucun doute à un cas de rhinite chronique avec transformation plus ou moins avancée, infiltration partielle et atrophie des glandes muqueuses.

Krause³⁴, parle de l'état (*Beschaffenheit*) granuleux

* Coryza sec conduisant souvent à l'ozène. Voy. Mackenzie, vol. II, p. 455 et suiv.

de l'épithélium, atrophie de la muqueuse et dégénérescence de ce tissu en tissu conjonctif; les vaisseaux seraient diminués de nombre, leur lumière plus ou moins obstruée suivant l'épaississement de la membrane adventice ou des plis (*Faltung der Interna*) de leur membrane interne. Les glandes avaient en partie disparu et montraient dans ce qui en restait, la dégénérescence graisseuse ou granuleuse (Mackenzie, vol II, p. 458).

Nous verrons qu'au point de vue de l'anatomie pathologique beaucoup de faits avancés par ces auteurs se rapprochent de ce que nous avons vu et décrit comme atrophie du tissu adénoïde de la voûte.

Nous avons réuni 18 cas provenant tous de sujets plus ou moins âgés. Le plus jeune avait 47 ans; le plus vieux 83. La majorité était entre 50 et 70.

OBSERVATION LXXXIII. — Juq. . . , 75 ans, ménagère. — Bronchite chronique et emphysème. Dilatation du cœur droit.

Muqueuse de la voûte pâle, présente de nombreuses traînées blanchâtres ressemblant à du tissu cicatriciel. Le tissu lymphoïde est fortement atrophié surtout dans la partie médiane. On dirait que la muqueuse repose directement sur l'os. A sa surface quelques petites tumeurs transparentes disséminées, grandes comme des grains de millet. Un peu de mucus sur la voûte et les fossettes de Rosenmüller. Le canal de la trompe d'Eustache gauche n'est pas perméable.

Dans le contenu d'un des kystes on remarque beaucoup de cellules cylindriques à cils vibratiles, quelques gouttelettes réfringentes et une substance transparente avec de très fines granulations (mucine).

OBSERVATION LXXXIV. — Olliv. . . , 75 ans, ménagère. — D. A. : Tuberculose pulmonaire.

Muqueuse de la voûte pâle, recouverte d'une légère

couche de mucus plus ou moins filant et transparent. Pas de granulations à la surface. Tissu lymphoïde très atrophie, de même aspect partout, n'offrant ni saillies ni dépressions, et paraissant reposer directement sur l'os. Par-ci par-là quelques orifices très petits d'où s'échappe, quand on détache de l'os les parties molles, un contenu gélatineux renfermant beaucoup de cellules cylindriques avec ou sans cils, d'autres fusiformes, à noyau entouré de protoplasma granuleux et terminés par un prolongement très long et ténu. Quelques-unes de ces cellules sont anastomosées entre elles. Enfin, des gouttelettes transparentes. En nettoyant la muqueuse, on remarque sur la ligne médiane un petit orifice allongé de 2^{mm}, et conduisant dans une cavité de 1^{mm} 1/2 de profondeur.

Obj. 5. — Ocul. 3. — Forte atrophie du tissu lymphoïde qui est dans cette préparation plus ou moins trouble, finement granuleux. Il a perdu son revêtement épithélial à la surface, mais dans les fentes il existe encore un épithélium cylindrique à cils vibratiles reposant sur une couche de cellules plus ou moins cubiques. Petit kyste revêtu d'un épithélium cylindrique, mais sans cils et renfermant de nombreuses cellules arrondies granuleuses, noyées dans un fin réticulum de mucine. Il existe encore d'autres kystes qui sont simplement revêtus à leur intérieur d'un épithélium cubique ou polygonal reposant sur une fine membrane le séparant du tissu lymphoïde. Parfois dans le même kyste il existe à la fois l'épithélium cylindrique et l'épithélium cubique; souvent même les cils vibratiles sont encore visibles. Dans le contenu plusieurs cellules multipolaires et cellules de Gluge. Couche glandulaire bien conservée. Cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien. Rien de spécial à la musculature.

OBSERVATION LXXXV. — Dust..., 79 ans. — Bronchite chronique. Endartérite chronique déformante généralisée.

Muqueuse grisâtre, décolorée, avec atrophie notable des parties molles de la voûte qui offre un aspect assez régulier

et uniforme. En arrière du septum et sur la ligne médiane petit orifice allongé donnant accès dans une cavité très peu profonde. La grandeur réelle de cette dernière est masquée par une mince membrane formant une espèce de voile et présentant l'orifice décrit ci-dessus. Elle est remplie d'un mucus qui n'offre rien de spécial. La voûte est étroite et n'a que 15^{mm} de largeur. Petite dépression dans l'os en avant du tubercule pharyngien et correspondant à la cavité ci-dessus.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Atrophie considérable du tissu lymphoïde, qui n'est plus réduit qu'à une très mince couche. Sur la ligne médiane, sillon profond allant jusqu'au fibro-cartilage et divisant la coupe en deux parties symétriques. Nombreuses taches de pigment sanguin dans le tissu réticulé. La couche glandulaire est réduite à quelques lobules isolés et entourés de beaucoup de tissu fibreux. La musculature de la voûte offre un aspect jaunâtre avec granulations pigmentaires autour du noyau (atrophie brune?), mais pas trace de dégénérescence graisseuse.

Obj. 5. — Ocul. 3. — L'épithélium de la surface, ainsi que la membrane sous-épithéliale, ont disparu à plusieurs endroits. Là où l'épithélium existe encore et principalement dans les fentes il est comme d'habitude formé de cellules cylindriques à cils. Parfois ces derniers ont disparu et il ne reste que des cellules cylindriques granuleuses désorganisées et à noyau peu distinct. Le tissu réticulé lui-même présente de nombreuses cellules adipeuses ou est remplacé par de fortes travées de tissu conjonctif. Dans le fond de la fente médiane petites cellules rondes ressemblant à du pus et cellules cylindriques dont quelques-unes à cils. La vascularisation n'est en général pas très forte. Beaucoup de vaisseaux situés dans les travées de tissu conjonctif signalées plus haut offrent un fort épaissement de leurs parois. Épithélium glandulaire bien conservé.

OBSERVATION LXXXVI. — Roch. . . , Julie, 55 ans. — Abscess froid osseux de la cuisse et du sacrum. Dégénérescence graisseuse du foie. Tuberculose pulmonaire.

Muqueuse un peu hyperémiee, teinte légèrement violacée. Hypersécrétion sous forme de pus jaune-verdâtre, assez adhérent et formant croûte. Sur une étendue de 10^{mm} à partir du septum et une largeur de 10^{mm} également, le tissu lymphoïde paraît, principalement du côté gauche, avoir complètement disparu. La couche sous-jacente présente alors à cet endroit une coloration jaune-blanchâtre qui contraste singulièrement avec les parties de la muqueuse encore recouvertes de tissu cytogène. Du côté droit existent encore des bandelettes séparées par des sillons laissant voir dans leur profondeur le même tissu blanc-jaunâtre dont nous avons déjà parlé. Il en est de même de la dépression qu'on remarque sur la ligne médiane et dont la partie postérieure présente un aspect blanc-nacré brillant. Atrophie du tissu lymphoïde dans les fosses de Rosenmüller. Trompes d'Eustache perméables.

OBSERVATION LXXXVII. — Chem. . . , François, 47 ans, plâtrier. — D. A. : Sclérose ou plaques disséminées. Escharres multiples. Cystite chronique.

Muqueuse un peu hyperémiee; le tissu adénoïde est très atrophié. La voûte offre un aspect uniforme sans saillies ni cavités; tout au plus existe-t-il de chaque côté de la ligne médiane deux orifices très-petits d'où s'échappe un peu de mucus transparent. Rien dans les trompes. Les fossettes ne présentent ni bandelettes, ni sillons.

OBSERVATION LXXXVIII. — Arm. . . . Bern, 59 ans, berger. — Tuberculose pulmonaire et intestinale

Le tissu lymphoïde sur la partie médiane de la voûte a, pour ainsi dire, complètement disparu; tout au plus en reste-t-il des traces sous forme de bandelettes séparées par des sillons à fond jaunâtre et dont le plus caractéristique occupe la ligne médiane. On aperçoit pour ainsi dire directement la couche du tissu fibreux sous-adénoïdien. Dans les

fossettes de Rosenmüller petites cavités peu profondes. Muqueuse de la voûte en général pâle, recouverte d'un mucus visqueux transparent. Rien dans les trompes, sauf un peu de mucus à l'entrée. Petits foyers circonscrits d'hypérémie sur le cornet droit. Muqueuse de la cloison normale.

OBSERVATION LXXXIX. — Barr..., Marie, 57 ans. — Carcinôme du gros intestin. Néphrite interstitielle. Pneumonie catarrhale droite. Infarctus pulmonaires. Foyers de ramollissement dans le cerveau.

Muqueuse pâle. Atrophie du tissu adénoïde, particulièrement sur la ligne médiane et en arrière du septum où il existe une forte dépression. Pas de limites nettes entre le tissu réticulé de la voûte et la paroi postérieure. Dans l'espace compris entre le septum et les fossettes, beaucoup de pus desséché jaunâtre, formant une espèce de croûte; la paroi postérieure du pharynx est également recouverte d'une matière semblable. Dans les fossettes de Rosenmüller et sur la partie postérieure des fosses nasales, matière muco-purulente, mais un peu plus claire que celle de la voûte. Sur la cloison et les cornets inférieurs, teinte jaune-blanchâtre avec de petits foyers d'hypérémie circonscrite. Mucus visqueux et transparent à l'orifice des trompes. Celles-ci sont perméables.

OBSERVATION XC. — D..., Françoise, 70 ans, lessiveuse. — D. A.: Endocardite et endartérite chroniques. Endométrite hémorragique. Emphysème et bronchite chronique. Anasarque généralisée. Synéchie cardiaque.

Forte atrophie du tissu réticulé, principalement en arrière du septum. Il existe sur la ligne médiane une large dépression dont le fond paraît formé directement par le tissu conjonctif sous-jacent. Muqueuse pâle, recouverte de croûtes jaunâtres plus ou moins desséchées. Mucus trouble dans les fossettes de Rosenmüller où il existe encore quelques traces de bandelettes et de sillons peu profonds. Quelques-unes passent comme un pont depuis les parties latérales de la voûte jusque sur la paroi postérieure du cartilage des

trompes. Orifices de ces dernières recouverts de mucus filant et transparent. Rien à la cloison, ni sur les cornets, qui sont plutôt pâles.

OBSERVATION XCI. — Bor..., Marie, 68 ans. — Néphrite interstitielle chronique. Œdème pulmonaire. Endartérite chronique déformante.

Tissu cytogène très peu développé; il semble que les tissus sous-jacents ne sont recouverts que par une mince membrane. Muqueuse en général pâle, mais légèrement hyperémiee sur le milieu de la voûte où elle est dépolie et recouverte de beaucoup de pus jaunâtre desséché sous forme de croûte. Rien de spécial dans les fossettes de Rosenmüller. Trompes d'Eustache perméables, recouvertes à leur orifice pharyngien de mucus transparent. Polypes muqueux sur les cornets inférieurs. Cloison normale.

OBSERVATION XCII. — Bau..., Jean, 75 ans. — Tuberculose pulmonaire et génito-urinaire.

Muqueuse pâle. Substance adénoïde atrophiée. En arrière du septum forte dépression formant une espèce d'enfoncement ayant à peu près 9^{mm} de largeur sur 5 de longueur. Les bords sont mousses et les parois disposées obliquement. Pas traces de sillons ni de bandelettes. Les fossettes de Rosenmüller ont pour ainsi dire disparu et la paroi supérieure du pharynx forme un angle droit avec les parois latérales. Peu de sécrétion. Rien dans les fosses nasales et les trompes qui sont perméables.

OBSERVATION XCIII. — Masse..., Pierre, 83 ans. — Bronchite chronique. Emphysème. Endartérite chronique déformante. Néphrite interstitielle chronique.

Tissu adénoïde très atrophié. Ni bandelettes ni sillons. Muqueuse pâle, décolorée. Peu de sécrétion. Paroi postérieure du pharynx un peu granuleuse, irrégulière. Rien dans les trompes. Muqueuse de la cloison tout à fait normale. Forte hypertrophie des cornets inférieurs à leur partie postérieure. Ils ont un aspect framboisé. Fossettes de Rosenmüller peu profondes.

OBSERVATION XCIV. — X..., 63 ans. ?

Voûte un peu hypérémisée. Tissu adénoïde peu développé, sans bandelettes ni sillons. Muqueuse de la cloison légèrement hypertrophiée, hypérémisée par places. Par contre, les cornets inférieurs sont fortement hypertrophiés, hypérémisés et irréguliers. Le cornet moyen gauche est également augmenté de volume, appuie contre la cloison et obstrue plus ou moins la fosse nasale gauche. Pas d'hypersécrétion nulle part.

OBSERVATION XCV. — Thal..., Nicolas, 75 ans. — Fracture comminutive du coude. Bronchite aiguë; néphrite interstitielle chronique. Œdème pulmonaire gauche. Embolie graisseuse du poulmon.

Muqueuse de la voûte pâle. Tissu adénoïde atrophié, particulièrement dans la partie médiane; en effet, à la place où existe l'amygdale pharyngienne dans quelques cas, on remarque une forte dépression triangulaire à sommet dirigé en arrière et à base formée par le vomer. La hauteur de ce triangle est de 15^{mm} environ. A 10^{mm} en arrière du septum, petite excavation à ouverture arrondie, profonde de 2^{mm} et remplie d'un liquide purulent, jaunâtre. La voûte est recouverte en bonne partie d'une sécrétion analogue. Fossettes de Rosenmüller peu profondes, avec un ou deux sillons très courts. Sur le cartilage des trompes léger piqueté hémorragique. Septum nasal un peu hypérémisé. Polypes muqueux sur les cornets moyen et inférieur gauches. Peu de mucus dans les fosses nasales. Trompes perméables. Mucus filant et transparent à l'entrée.

OBSERVATION XCVI. — Luq..., Pierrette, 70 ans. — Pneumonie fibrineuse lobes supérieur et moyen droits.

Atrophie du tissu lymphoïde de la voûte qui présente un aspect uniforme. Muqueuse légèrement hypérémisée et recouverte de mucus filant et trouble. Petite dépression sur la ligne médiane remplie de mucus de même nature. Hypérémie des fosses nasales, surtout sur les cornets inférieurs dont la muqueuse est fortement hypertrophiée et granu-

leuse. Les fossettes de Rosenmüller sont à peu près complètement effacées et les parois latérales forment, pour ainsi dire, un angle droit avec la voûte. Rien de spécial dans les trompes. Paroi postérieure du pharynx pâle, lisse. Face antérieure de la luette un peu hyperémiee; rien à la face postérieure.

OBSERVATION XCVII. --- Délo..., Marie, 75 ans. — Fibromyôme de l'utérus. Etranglement interne par brides.

Voûte un peu violacée. Tissu lymphoïde atrophie. Surface uniforme; pas de sillons ni de bandelettes. Petit kyste à droite de la ligne médiane et à 5^{mm} en arrière du septum. Enduit jaunâtre, épais, purulent, recouvrant la voûte. Muqueuse du cartilage des trompes un peu irrégulière, blanchâtre, recouverte de mucus transparent. Paroi postérieure du pharynx plissée, lâche. Fosses nasales tout à fait normales. Quelques petites granulations transparentes sur la face postérieure du voile du palais.

OBSERVATION XCVIII. — Chamb..., Marie, 70 ans. — Pneumonie catarrhale gauche. Néphrite interstitielle. Rétrécissement aortique. Endartérite chronique déformante.

Paroi supérieure du pharynx pâle, blanchâtre, un peu irrégulière. Pas de sillons ni de bandelettes. Tissu adénoïde considérablement atrophie, forme une excavation triangulaire à sommet dirigé en arrière et à base formée par le vomer. Dans les fossettes de Rosenmüller il existe encore des traces de bandelettes avec sillons remplis de mucus. Petit orifice ovalaire à 6^{mm} en arrière du septum et donnant accès dans une cavité qui a tout au plus 1^{mm} 1/2 de profondeur, et de laquelle sort un peu de matière jaunâtre, grumeleuse, semblable à celle qui recouvre la voûte en général. Par-ci par-là quelques gouttelettes de pus paraissent sourdre des canaux glandulaires. Fosses nasales un peu hyperémies et irrégulières. Rien dans les trompes et sur le voile du palais. Paroi postérieure un peu pâle et irrégulière, présente de très petites granulations.

OBSERVATION XCIX. — Cont..., Jean, 60 ans, cultivateur. — D. A.: Pleuropneumonie fibrineuse double. Plaques laiteuses sur le cœur. Néphrite interstitielle chronique.

Muqueuse de la voûte très pâle en général et rugueuse. Tissu lymphoïde très atrophié. Sur la ligne médiane, à 4^{mm} en arrière du septum forte dépression allongée et à parois très obliques. Quelques kystes grands comme un grain de millet à la surface de la muqueuse. Le plus grand a 2^{mm} 1/2 de diamètre et siège sur le bord gauche de la dépression signalée plus haut. Les autres sont disséminés sur le reste de la muqueuse. Ils sont en général transparents. Un seul a une teinte jaunâtre; il est dur, résistant. Le plus grand renferme de la mucine, quelques gouttelettes transparentes et des cellules rondes et finement granuleuses; pas de cellules cylindriques à cils. Rien dans les fossettes ni dans les trompes. Muqueuse de la cloison et des cornets pâle; celle de la paroi postérieure également. Voile du palais un peu granuleux. Os rugueux, mais sans dépression.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu lymphoïde peu développé, présente de nombreuses travées de tissu conjonctif, avec gros vaisseaux encore remplis de globules sanguins. Sur la ligne médiane fente très profonde, divisée en deux sur certaines coupes, par une cloison transversale de tissu adénoïde. Les bords de cette fente sont irréguliers, présentent plusieurs petites saïlles à l'intérieur. Il y a là une espèce de bourse dont le fond est séparé du tissu conjonctif sous-jacent par une assez forte couche de tissu réticulé.

Obj. 5. — Ocul. 3. — L'épithélium de la muqueuse a disparu en grande partie; tout au plus reste-t-il quelques traces de la membrane qui le sépare du tissu cytogène. Dans ce dernier plusieurs fentes encore revêtues de leur épithélium cylindrique à cils vibratiles ou souvent même sans cils. Canaux glandulaires agrandis par places et remplis de globules de pus. La fente médiane est tapissée dans le fond par un épithélium cubique, dans les coupes où existe la membrane transversale signalée plus haut. Celle-ci est

encore revêtue en partie d'un épithélium cylindrique à cils encore visibles. Mais la plupart du temps l'épithélium est déjà altéré et en voie de désorganisation. La cavité ainsi formée renferme des débris informes, des gouttelettes transparentes, des cellules rondes finement granuleuses, d'autres fusiformes, allongées, etc., en somme tous les caractères d'un contenu kystique. Cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien et entre les fibres musculaires. Épithélium glandulaire normal. Pas de réaction amyloïde sur les coupes avec la teinture d'iode et l'iodméthyle.

OBSERVATION C. — Roug..., Françoise, 58 ans, ménagère. — Néphrite interstitielle chronique.

Hypérémie de la voûte. Tissu lymphoïde peu développé. Quelques granulations blanches-jaunâtres, molles, à limites nettes à la surface de la muqueuse. Petit kyste transparent mou à 3^{mm} en arrière du septum, sur la ligne médiane. D'autres plus petits disséminés tout autour. Nous avons à peu près la même apparence que dans la pièce précédente. Mucus dans les fossettes de Rosenmüller; quelques sillons peu profonds et courts. Paroi postérieure lisse. Rien dans les trompes d'Eustache. Muqueuse nasale également très atrophiée; on dirait que les os ne sont recouverts que par une mince membrane qui est, en outre, un peu irrégulière, chagrinée. Pas de mucus dans la cavité. Voile du palais normal. Sur la voûte, l'os ne présente rien de spécial.

Examen microscopique. — Gross. 10 diamètres.

Tissu lymphoïde très peu développé. Sur la ligne médiane petit kyste cloisonné et rempli d'un contenu jaunâtre trouble. Couche glandulaire bien conservée et s'arrêtant sur les côtés du kyste médian. Fortes travées de tissu conjonctif allant presque jusqu'à la surface du tissu lymphoïde. Vascularisation bien marquée.

Obj. 5. — Ocul. 3. — Le long de la surface l'épithélium a disparu sur presque toutes les coupes; dans les fentes on voit encore des cellules cylindriques, mais sans cils; au-dessous des cellules cubiques reposant sur une très fine

membrane. Le tissu lymphoïde est remplacé à beaucoup d'endroits par des cellules adipeuses ou des travées de tissu fibreux très vascularisé; il est en général trouble, finement granuleux. Follicules rares. Dans les kystes revêtement épithélial cylindrique sans cils; leur contenu est transparent, renferme beaucoup de gouttelettes réfringentes, colloïdes, mais sans débris épithéliaux. Le kyste médian qui est cloisonné forme deux cavités dont l'une est revêtue encore d'un épithélium cylindrique avec cils vibratiles et renferme une quantité de petites cellules rondes, granuleuses ressemblant à celles du pus et quelques gouttelettes transparentes. L'autre cavité a perdu sur la plupart des coupes son revêtement épithélial; sur une seule j'ai pu voir à une place bien limitée les restes d'un épithélium cylindrique très altéré. Les parois étaient formées par une épaisse coque de tissu conjonctif fibrillaire. Conduits glandulaires agrandis et remplis de cellules de pus. Epithélium glandulaire un peu trouble. Nombreuses cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-adénoïdien; gouttelettes graisseuses autour des fibres musculaires. Les parois des vaisseaux sont en général très épaissies.

Sans admettre qu'il y ait analogie complète entre le catarrhe sec de la cavité naso-pharyngienne et ce que nous avons décrit anatomiquement sous le nom d'atrophie du tissu adénoïde, il n'en est pas moins vrai qu'il existe entre les deux affections plusieurs points de ressemblance. En effet, à l'exemple de Morell Mackenzie et de Bresgen, nous avons trouvé la plupart du temps la muqueuse de la voûte atrophiée, pâle, rarement hyperémiee (4 cas). Elle était le plus souvent recouverte de mucus plus ou moins trouble ou de pus ou même de croûtes sales, desséchées et adhérentes (obs. LXXXVI, LXXXIX, XC, XCI). La muqueuse était quelquefois un peu irrégulière ou présentait quelques

très petits kystes. Dans deux cas (XCI, XCV), il y avait des polypes sur les cornets ; dans six autres, nous avons noté une altération des cornets ou de la cloison, soit sous forme de simple hyperémie, soit d'hypertrophie et irrégularité de la muqueuse. Malgré un examen attentif, nous n'avons jamais trouvé d'ulcérations dans les fosses nasales pouvant se rattacher à l'ozène. Dans l'observation C, la muqueuse nasale était tout à fait atrophiée ; cela appuyerait l'opinion de Mackenzie. Quoi qu'il en soit, nous sommes plutôt tenté de considérer cette atrophie du tissu adénoïde de la voûte comme un processus physiologique de régression semblable à celui qui se voit généralement chez les vieillards pour d'autres tissus, et pouvant exister indépendamment de toute affection, bien qu'on trouve quelquefois un léger catarrhe avec cette atrophie.

Au microscope, on constate généralement que l'épithélium de la muqueuse a disparu ou est seulement visible dans les fentes ou cavités du tissu réticulé ; il présente quelquefois encore des cellules cylindriques à cils. Mais, en général, le noyau est mal distinct et entouré d'un protoplasma granuleux, surtout très net dans l'épithélium cubique sous-jacent aux cellules cylindriques. Il ne serait donc pas aussi normal que l'admet Gottstein pour le catarrhe sec du nez.

Ce qui frappe surtout sur ces coupes, c'est le peu de développement du tissu lymphoïde, qui est parfois réduit à une couche excessivement mince. Il est généralement trouble, finement granuleux, se colore souvent mal avec le picrocarmin ; les follicules sont rares ou ont disparu ; il est souvent même remplacé par de fortes travées de tissu conjonctif vascularisé ou par des cel-

lules adipeuses. Maintes fois, nous avons remarqué un fort épaissement des parois vasculaires qui rappelait assez bien les lésions de l'endarterite chronique déformante.

Dans l'observation LXXXIV, nous avons en outre remarqué des taches de pigment sanguin dans le tissu adénoïde.

Généralement, la couche de tissu conjonctif sous-jacente au tissu lymphoïde est augmentée, souvent présente de nombreux vaisseaux.

L'épithélium glandulaire est le plus souvent normal ou un peu granuleux, mais la couche glandulaire elle-même peut être fortement atrophiée, les lobules espacés et entourés de beaucoup de tissu conjonctif, avec cellules adipeuses dans les mailles, surtout dans la couche sous-adénoïdienne.

Nous avons trouvé la musculature tantôt normale, tantôt trouble, granuleuse, un peu brunâtre, rappelant l'atrophie brune, ou bien présentant entre ses fibres de fines gouttelettes graisseuses. Nous n'avons pas vu ces dernières dans la fibre même.

Quant aux kystes, ils étaient analogues à ceux que nous avons déjà décrits.

CHAPITRE XI

Appendice.

Papilles *.

Dans plusieurs de nos observations, nous avons fait mention de petites papilles, parfois visibles à l'œil nu, mais toujours très petites, que l'on trouve à la surface des coupes, et cela principalement dans les cas de cataracte aigu ou chronique, ou lorsqu'il y a ulcération ; en un mot, chaque fois qu'il y a un processus inflammatoire quelconque.

Ces papilles sont tantôt simples, tantôt composées, c'est-à-dire qu'il y en a deux ou trois réunies ou soudées ensemble et revêtues du même épithélium. Elles sont pour la plupart du temps formées de cellules cubiques ou polygonales avec noyau entouré de protoplasma granuleux. Les cellules les plus superficielles sont aplaties et forment plusieurs couches superposées.

Il n'est pas toujours permis de suivre les vaisseaux jusqu'à leur surface ou à leur intérieur ; cependant

* Voir Obs. III, VII, XXI, XXIX, XLIII, LIV, LVI, LX, LXI.

nous avons pu voir la vascularisation caractéristique pour les papilles très nettement, dans quelques préparations.

Dans d'autres cas, nous avons vu la papille formée par une espèce de bourgeon de tissu adénoïde à l'intérieur duquel était un vaisseau qui arrivait jusqu'au sommet, se recourbait en anse ou l'entourait à la manière d'une spirale. Il n'était pas rare non plus d'y voir une petite trainée de tissu conjonctif. Le centre de la papille était alors formé de petites cellules rondes, semblables à celles du tissu lymphoïde, et la surface était tapissée par un épithélium cylindrique sans cils plus ou moins bien conservé et à noyau entouré de protoplasma granuleux. Pareil épithélium cylindrique, même stratifié, n'est pas rare entre deux papilles.

Souvent même on dirait que la papille eile-même repose sur un épithélium cylindrique ou cubique, tel que celui qu'on voit sur la muqueuse en général.

Enfin l'épithélium peut avoir disparu en partie sur ces petites productions ; les vaisseaux arrivent alors directement à la surface et paraissent tout à fait libres ; ils sont pour ainsi dire dénudés, si l'on veut bien nous permettre l'expression.

Nous croyons avoir à faire là à un fait intéressant, et nous nous expliquerions volontiers, par l'existence de ces papilles, la production de petites hémorrhagies venant de la voûte du pharynx et la provenance des filets de sang que l'on trouve si fréquemment dans les crachats de personnes souffrant de pharyngite chronique ou même aiguë. Les petits vaisseaux, souvent dénudés, qu'elles renferment seraient facilement rompus sous l'influence des accès de toux ou des efforts

que font les malades pour détacher les matières qui se trouvent accumulées sur la voûte.

Ces productions que nous n'avons, autant que nos recherches nous l'ont permis, trouvées signalées nulle part d'une manière détaillée et complète méritent d'attirer l'attention des pathologistes et des cliniciens.

D'après Zahn *, de pareilles papilles se voient aussi assez fréquemment sur des polypes muqueux du nez et cela à des endroits qui sont sujets à des irritations répétées. Ces dernières doivent en être considérées assurément comme la cause probable.

Pour ce qui nous concerne, nous attribuons aussi l'existence de pareilles papilles sur la voûte du pharynx à des inflammations chroniques ou même chaque fois qu'il y a eu processus irritatif quelconque.

Si l'on admet qu'elles existent à l'état normal, il n'en est pas moins vrai qu'elles doivent subir un agrandissement notable quand il y a irritation et peuvent être souvent le point de départ de tumeurs papillomateuses dans cette région.

* Communication orale.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les principaux faits qui ressortent de ce travail, nous voyons d'abord que les affections de la voûte du pharynx ne sont point rares dans notre pays ; nous dirons même qu'elles y sont très fréquentes. Nous laissons aux cliniciens et aux spécialistes le soin de rechercher quelles sont les causes dont elles dépendent le plus souvent.

Nous avons signalé la fréquence de l'existence de la bourse pharyngienne et surtout attiré l'attention sur le fait qu'il faut faire une distinction entre la bourse proprement dite et le sillon central qui existe toutes les fois que le tissu adénoïde est un peu développé.

Qu'il y ait quelquefois communication entre les deux, la chose est possible, mais, pour les raisons que nous avons indiquées dans le chapitre III, nous disons que bourse et sillon sont deux choses tout à fait différentes.

La bourse est toujours située en arrière du sillon central, et si celui-ci manque, elle reste représentée par

une simple cavité en entonnoir à ouverture variable. Sa direction est d'*arrière en avant*.

Elle peut être remplacée par un kyste, alors que le sillon central reste encore libre.

Quant à ses relations embryogéniques avec l'hypophyse du cerveau, nous nous en tenons, jusqu'à nouvelles preuves, à l'opinion de Luschka.

A propos de l'amygdale pharyngienne, nous avons confirmé les recherches de Trautmann, Schæffer, etc., au point de vue de la fréquence de son existence et de son hypertrophie dans le jeune âge et chez l'adolescent, mais nous pouvons dire qu'on peut la rencontrer, exceptionnellement, même assez développée chez l'adulte.

Elle est souvent accompagnée de catarrhe.

Si nous passons à la pathologie proprement dite, nous estimons qu'il y a lieu d'admettre, au point de vue anatomo-pathologique, un catarrhe aigu de la voûte du pharynx. Il se voit surtout dans les maladies aiguës et fébriles; il se traduit par une hyperémie, un gonflement et une hypersécrétion de la muqueuse, ainsi que Paulsen l'a déjà démontré cliniquement.

Le catarrhe chronique est, parmi les affections de la voûte pharyngienne, une des plus fréquentes à Genève. Au point de vue microscopique, nous y avons signalé le premier, croyons-nous, la présence de cellules caliciformes entre les cellules cylindriques qui tapissent les sillons ou les cavités de la voûte. Ces cellules peuvent contribuer à l'hypersécrétion.

Nous confirmons l'opinion de Tornwaldt, qui attribue à la bourse pharyngienne une hypersécrétion propre, mais généralement secondaire à une autre af-

fection déjà guérie ou en voie de guérison. Ce catarrhe de la bourse n'est pas non plus rare chez nous. Ses lésions anatomiques ne diffèrent pas de celles du catarrhe chronique en général, sauf qu'elles sont plus limitées.

Indépendamment des ulcérations spécifiques ou tuberculeuses, on rencontre parfois sur la voûte du pharynx des ulcérations même assez grandes, mais bien localisées et pouvant dépendre d'un catarrhe chronique. Elles peuvent se manifester depuis la forme d'une simple érosion de la muqueuse jusqu'à celle d'une véritable ulcération atteignant le tissu adénoïde.

La bourse et le sillon central sont souvent intéressés; leurs parois sont très irrégulières et leur fond est formé par une mince couche de tissu lymphoïde plus ou moins altéré, qui fait séparation avec le tissu conjonctif sous-jacent.

Ces ulcérations, en général peu profondes, sont remarquables par leur forte hypérémie. Les vaisseaux paraissent parfois dénudés.

Indépendamment des papilles, nous considérons ces ulcérations comme une des causes des petites hémorragies de la voûte; elles peuvent nous expliquer la présence de filets de sang dans les crachats de personnes souffrant de pharyngite, à la suite de la rupture de ces petits vaisseaux.

Les kystes de la bourse sont en général très grands et occupent une place bien déterminée.

La bourse étant simple ou cloisonnée, les kystes seront, par conséquent, simples ou cloisonnés.

Trois cas se présentent : ou une partie de la bourse a subi la transformation kystique et le canal reste libre;

ou le kyste est complètement fermé ; ou il présente une ouverture. Ce dernier cas est le plus rare.

Le contenu de ces kystes est tantôt transparent, tantôt forme une véritable bouillie athéromateuse.

Le premier nous y avons signalé la présence de cellules multipolaires anastomosées entre elles.

Leur revêtement épithélial varie beaucoup ; il peut même y avoir les trois formes d'épithélium dans un seul kyste, ainsi que Zahn l'a démontré. Nous différons toutefois de ce dernier auteur en ce sens que nous y avons trouvé l'épithélium pavimenteux plutôt sur la paroi supérieure que sur l'inférieure. La cause de notre divergence vient-elle peut-être du volume des kystes que nous avons examinés ?

Ils peuvent être produits par un catarrhe ayant amené l'oblitération du conduit de la bourse, ou des petites cavités de la voûte.

Dans les petits kystes, il peut y avoir des cellules caliciformes entre les cellules cylindriques.

Nous avons signalé la fréquence de l'atrophie du tissu lymphoïde de la voûte chez le vieillard et démontré quelles étaient ses principales altérations : fort développement du tissu conjonctif ; épaissement de la membrane des vaisseaux ; atrophie de la couche glandulaire ; altération du tissu musculaire, etc.

Enfin, nous avons décrit, le premier, très en détail, les petites papilles que l'on trouve sur la paroi supérieure du pharynx chaque fois qu'il y a eu processus irritatif, et expliqué leur cause dans la production de petites hémorragies ou leur point de départ de tumeurs papillomateuses de cette région.

Tels sont les principaux faits que nous avons mis

en lumière et que nous ne faisons que résumer à titre de conclusion, renvoyant pour les détails à nos propres observations. Il reste sans doute encore bien des lacunes à combler, mais si nous avons pu attirer un instant l'attention sur notre modeste travail et pu provoquer de nouvelles recherches, nous aurons atteint notre but.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBRECHT. — Société anatomo-pathologique de Bruxelles.
Séance du 3 mars 1884. — Presse médicale belge. Nov.
1884. — Archives de laryngologie de Max Semon, 1885.
2. ARNOLD, F. — Handbuch der Anatomie des Menschen. Frei-
burg i/Breisgau. Herder, 1847.
3. BEVERLY ROBINSON. — Practical Treatise on Nasal Catarrh.
New-York, 1880.
4. BEZOLD. — Berlin. Klinische Wochenschrift, 1883, N° 33. S. 55.
5. BONNET et PERRIN. — Bulletin général de thérapeutique mé-
dicale et chirurgicale. Tome XIII. Paris, 1837. P. 177,
184, 206, 216.
6. BOSWORTH. — Manual of Diseases of the Throat and Nose.
New-York, 1884. P. 179 et suiv.
7. BRESCEN, M. — Grundzüge einer Pathol. und Therapie der
Nasen-Mundrachen und Kehlkopfkrankheiten. Wien und
Leipzig. Urban und Schwarzenberg, 1884.
8. BRESCEN. — Der chronische Nasen und Rachencatarrh. Wien
und Leipzig, 1883.
9. BUZZI, F. — Un cas de kystome ovarique simulant un myxôme.
Th. de Genève, 1885.

10. CADIAT. — Du développement de la partie céphalo-thoracique de l'embryon ; de la formation du diaphragme et des plèvres, du péricarde, du pharynx et de l'œsophage. Journ. de l'Anat. et de la Physiologie normales et pathol. de Ch. Robin et Pouchet. Vol. 14. 1878. Paris, Baillière.
11. CAPART, de Bruxelles. — Communicat. au Congrès de Londres, 1881.
12. CALMETTES. — Les végétations adénoïdes du pharynx nasal. Gaz. méd., N° 26. Paris, 30 juin 1884.
13. CHATELLIER. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx. Paris, 1886.
14. CLARKE. — London Hospit. Reports, Vol. I, p. 211.
15. CZERMACK. — Der Kehlkopfspiegel und seine Verwaltung für Physiol. und Medicin., II. Auflage Leipzig, 1863. Engelmann.
16. DUPUYTREN. — Répertoire d'Anatomie, p. 110 et suiv. 1828.
17. DÜRSY. — Zur Entwicklungsgesch. des Kopfes. Tübingen 1869.
18. FLECHTER INGALS. — The medical Review. Chicago. Vol. IX, N° 5. Fév. 1884.
19. FRÄNKEL, B. — Allgem. Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraums, des Rachens und Kehlkopfs in Ziemssen's Handbuch der speciel. Patholog. und Therapie. Bd. IV. I Hälfte. Leipzig, 1876. Vogel.
20. FRANKEL, B. — Über. aden. Vegetat.-Deutsche med. Wochenschrift, 1884. N° 41 et suiv.
21. FRANKEL, B. — Schlundkopfkrankheiten in Eulenburg's Real Encyclop. der gesamt. Heilkunde Bd. XII. Leipzig und Wien, 1882. Urban und Schwarzenberg.
22. FREY. — Traité d'histologie. Trad. par Spillmann. Paris, Savy, 1878.
23. GANGHOFNER. — Über. aden. Geschwülste in Nasenrachenraum. Prag. med. Wochens., N° 14, 15. 1877.
24. GANGHOFNER. — Über Tonsilla und Bursa pharyngea. Sitzungsbericht der k. Akademie der Wissenschaft. Bol. LXXVIII. III Abth. Oct. 1878.

25. GERLACH. — Zur Morphologie der Tub. Eustachi. Sitzungsbericht der Erlang. physiol. und med. Societät. Leipzig, 1875.
26. GOTTESTEIN. — Breslauer ärztl. Zeitsch. Sept. 1879. No 17 et 18.
27. GUYE. — International med. Congress. Brussel, 1875.
28. HENLE. — Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen. Braunschweig, 1866. Vieweg.
29. ITARD. — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition. Paris, 1821.
30. JUSTI. — Deutsche med. Wochenschrift, No 4. 1876.
31. JUSTI. — Volkmann's Vortrag, No 125. 1875.
32. KÖLLIKER. — Handbuch der Gewebelehre. 1867. S. 392. Trad. française de Sée. 1868.
33. KÖLLIKER. — Entwicklungsgesch. des Menschen und der höheren Thiere. Leipzig, 1879. Trad. française, 1879-82. Paris.
34. KRAUSE. — Virchow's Archiv. Bd. 85. Heft, 2.
35. LACAUCHIE, A.-E. — Traité d'hydrotomie ou des injections d'eau continues dans les recherches anatomiques. Paris, 1853. Pl. II, fig. 10, 11. Pag. 23.
36. LANGE, V. — Kopenhagen. — Die aden. Veget. in Nasenraumenraum feb. 80. — Monatschrift für Ohrenheilkunde Jahrg. XIV, No 2.
37. LENNOX BROWNE — The Throat and its Diseases. London, 1878. P. 153 et suiv.
38. LEWIN. — Kritische Beiträge zur Therapie und Patholog. der Larynxsyphilis. Charité Annalen, 1866. VI. Jahrg. und Larynxsyphilis in Eulenburg's Real Encyclop. Bd. VIII. Wien und Leipzig Urban und Scharzenberg, 1881.
39. LÖWENBERG. — Archiv für Ohrenheilk. Bd. II. 1865. S. 116, 117.
40. LÖWENBERG. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Paris, 1879. Delahaye.
41. LÖWENBERG. — Des végétations adénoïdes de la cavité pharyngo-nasale, 1881. Ext. du Journal de thérapeut.
42. LUSCHKA. — Der Schlundkopf des Menschen. Tübingen 1868. Laupp.

43. LUSCHKA. — Über den Canalis cranio-pharyngeus. St-Petersburg. med. Zeitsch. Bd. XIV. S. 133. 1868.
44. LUSCHKA. — Das aden. Gewebe der pars nasalis des menschlich. Schlundkopfes, in Max Schultze. Archiv. 1868.
45. LUSCHKA. — Môme article que le précédent, dans le Journ. de l'Anat. de Ch. Robin. Vol. VI. 1869.
46. LUSCHKA. — Die Schleimhaut des Cav. Laryng. Archiv de Schultze, 1869.
47. LUSCHKA. — Der Hirnanhang und die Steissdrüse. Berlin, 1860. S. 38.
48. MANDL. — Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx. Paris, 1872.
49. MAYER, F.-J.-C. — Neue Untersuchungen aus dem Gebiete der Anatomie und Physiol. 1842. S. 8, 9, und Notizen von Froriep, No 287. April, 1840.
50. MEYER, W. von. — Über aden. Veget. in der Nasenrachenhöhle, 1873-74. Archiv für Ohrenheilk. Bd. 7, 8.
51. MEYER, W., von. — Hospitals Tidende, No 4 et 11. 1868. Copenhagen.
52. MEYER, W., von. — Archiv für Ohrenheilk. Bd. XIX. S. 302.
53. MICHEL. — Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums. Berlin, 1876. Hirschwald.
54. MICHEL. — Die Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle, etc. Leipzig, 1880.
55. MOOS. — VI. Versammlung befreundete Ohrenärzte in Strassburg, 1884.
56. MORELL-MACKENZIE. — Krankheiten des Halses und der Nase. Berl. 1884. Übersetz. von Semon, 2 Bd.
57. MOURE, G. — Manuel pratique des maladies des fosses nasales, etc. Paris. Doin. 1886.
58. MOURA-BOUROULLEU. — Traité pratique de Laryngoscopie et de Rhinoscopie. Paris, 1885.
59. MÜLLER, J. — Archiv für Anatomie, Physiol., etc. 1838. S. 482.
60. PAULSEN. — Kiel. Zur Entzündung des Nasenrachenraums. Monatsh. für Ohrenheilk. No 7. 1884.
61. PERRIN. — Virchow's Archiv. Bd. 94. Heft 1.

62. PERRIN. — Voy. BONNET.
63. POLITZER. — Stenograph. Bericht, 1875. Cité par Trautmann.
» Communication personnelle et orale. Vienne, 1886.
64. POUCHET et TOURNEUX. — Précis d'histologie humaine. Paris.
Masson, 1878.
65. ROBIN. — Note sur la muqueuse de la voûte du pharynx.
Journ. de l'Anat., 1869. Vol. VI.
66. RUMBOLD. — Hygien and Treatment of Catarrh. St-Louis,
1881, II Part. P. 237 et suiv.
67. RUHLE. — Über Pharynxkrankheiten in Volkmann's Vorträge.
No 6. Leipzig, 1870.
68. SAPPEY, Ph. — Traité d'Anatomie descriptive. 4 vol. Paris,
1879. Delahaye.
69. SANTORINI, Joh.-Dom. — Septemdecim tabulae edidit. M. Giardi.
Parnac, 1775. P. 54.
70. SEMELEDER. — Die Rhinoscopie und ihrer Werth für die
ärztliche Praxis. 1862. Leipzig.
71. SERTOLI, E. — Sitzungsberichte der k. k. Akademie der
Wissenschaft. Wien, 1886.
72. SCHLEFFER, M. — Brehm. — Chirurgische Erfahrungen in der
Rhinologie und Laryngologie, 1875-1885. Wiesbaden,
v. Bergmann. S. 35.
73. SCHEFF. — Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhle und des
Rachens. Berlin, 1886. Hirschwald.
74. SCHWANTZE. — Patholog. Anat. V. Klebs. S. 100.
75. SOLIS COHEN. — Diseases of the Throat and Nose. New-York.
1879. 2^e edit. P. 253 et suiv.
76. STÖRCK, C. — Naturforscher Versammlung zu Graz, 1875.
77. STÖRCK, C. — Klinik der krankheiten des Kehlkopfes der
Nase und des Rachens. Stuttgart, 1880. Enke.
78. STRICKER. — Handbuch der Gewebelehre. Leipzig, 1871.
P. 371.
79. TEUTLEBEN. — Die Tubentonsille des Menschen. Archiv für
Ohrenheilk. Bd. VIII. S. 160.
80. TORTUAL. — Über den Bau des menschlich. Schlund-und
Kehlkopfes. Leipzig, 1846. S. 43, etc.

81. TRAUBER. — Cincinnati. Lancet and Clinic, April, 1880.
82. TRAUTMANN, F. — Anatomische, patholog. und klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille, etc. Berlin, 1886. Hirschwald.
83. TRÖLTSCHE. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1873. Vogel, Leipzig.
84. VOLTOLINI. — Wiener med. Zeitung, 1865. S. 33.
85. VOLTOLINI. — Die Anwendung der Galvanocaustik. 1867.
86. VOLTOLINI. — Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie. Breslau, 1879. Morgenstern.
87. WENDT, A.-H. von. — Die Krankheiten der Nasenrachenkölle und des Rachens. Leipzig, 1874. Ziemssen's Handbuch der speciel. Patholog. und Therapie. Bd. VII.
88. WENDT et WAGNER. — Mème ouvrage que le précédent, 2^e édit. Leipzig, 1878. Vogel.
89. WEHMER. — Vortrag. Frankfurt a/O. April, 1882.
90. WIESENER. — De adenoid. Vegetationes, etc. Nordisk. medicinska Arkiv. Bd. XIII, N^o 4.
91. WINSELOW. — Exposition anatomique de la structure du corps humain. Paris, 1732. Desprets et Dessesserts.
92. WOAKES. — Deafness, Giddiness and Noises in the Head. London, 1880. 2^e edit. P. 178 et suiv.
93. ZAHN. — Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXII. Separatabdruck, Beiträge zur Geschwulstlehre. XIII. S. 395.
94. ZAHN. — Communication orale.
95. ZAUFBALL. — Über die Verwendbarkeit der Nasenrichter zur chirurgische Eingriffen in Nasenrachenraum. Vortrag in Prag. med. doct. Colleg. 17 Nov. 1876.
96. TEDENAT. — Sur les végétations adénoïdes. Paris, 1885.
97. TORNWALDT. — Über die Bedeutung der Bursa pharyngea, etc. Wiesbaden, 1882.
98. LOUIS. — Recherches sur la phthisie. P. 181. 1843.

* Ouvrages consultés ou trouvés cités par d'autres auteurs, alors qu'une partie de ce travail était déjà achevée.

99. GRISOLLE. — Traité de pathologie interne. 1857.
100. MORGAGNI. — De Sedibus et causis morborum; Venetii, 1764. Epist. anat. med. XIX, art. 50. Epist. anat. med. XXVIII, art. 12.
101. JULLIARD, G. — Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire. Thèse de Paris, 1865.
102. RICORD. — Leçons cliniques faites à l'hôpital du Midi.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Page.
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	
Chapitre I. Cavité naso-pharyngienne. — Anatomie normale	7
II. Amygdale et bourse pharyngiennes. — Historique	11
III. § 1. Amygdale pharyngienne, anatomie, structure	21
§ 2. Bourse pharyngienne	25
§ 3. Développement	28
DEUXIÈME PARTIE	
De quelques maladies de la voûte du pharynx	35
Chapitre IV. Catarrhe aigu	37
Observations	38
Résultats et discussion	43
V. Catarrhe chronique	45
Observations	47
Résultats et discussion	67
VI. Hypersécrétion de la bourse pharyngienne.	73
Observations	76
Résultats et discussion	99

VII. Ulcérations de la voûte et de la bourse	103
Observations	105
Résultats et discussion	112
VIII. Kystes de la bourse	115
Observations	117
Résultats et discussion	133
IX. Hypertrophie de l'amygdale	139
Observations	144
Résultats et discussion	150
X. Atrophie du tissu adénoïde	155
Observations	157
Résultats et discussion	167
XI. Appendice. — Papilles	171
RÉSUMÉ GÉNÉRAL	175
BIBLIOGRAPHIE	181

EXPLICATIONS DES PLANCHES

Planche I.

FIG. 1.

Représente topographiquement la place de l'amygdale pharyngienne sur la voûte du pharynx. — Pièce provenant d'un enfant âgé de 2 ans.

A. P. Amygdale pharyngienne. Les parties blanches représentent les bandelettes de forme arquée et les traits noirs les sillons.

s. c. Sillon central ou médian, le plus profond et presque toujours rectiligne. — *a. p.* Ouverture pharyngienne de la trompe d'Eustache. — *c. m.* Cornet moyen. — *s. n.* Septum nasal. — Autour de l'amygdale se voit un petit pointillé représentant les pores de la muqueuse ou orifices glandulaires débouchant sur la voûte.

FIG. 2.

Coupe de l'amygdale pharyngienne.

m. Epithélium de la muqueuse tapissant le tissu adénoïde ainsi que les sillons ou dépressions. — *t. a.* Tissu adénoïde. — *s. c.* Sillon central ou médian fermé ici par une mince couche de tissu lymphoïde et formant une cavité. — Dans les coupes passant par la bourse, lorsqu'elle existe, on a une disposition semblable. — *f. s.* Fond ou paroi supérieure du sillon médian. — *s. l.* Sillons latéraux. — *v.* Vaisseaux sanguins. — *f. c.* Follicules clos. — *c. g.* Couche glandulaire. — On voit qu'elle s'arrête assez loin de la ligne médiane. —

c. c. Conduit excréteur des glandes, ici entouré de beaucoup de tissu conjonctif. — *t. m.* Couche musculaire, section longitudinale et transversale. — *t. c. a.* Tissu conjonctif sous-adénoïdien ; il forme ici une couche assez dense. — *t. c.* Travaux de tissu conjonctif allant dans le tissu lymphoïde. On y voit un petit vaisseau. (Sujet âgé de 24 ans.)

FIG. 3.

Représente la coupe topographique d'un grand kyste.

K. Kyste dont le contenu est tombé. L'épithélium n'est pas indiqué. — *m.* Épithélium de la muqueuse. Il a disparu sur une certaine étendue. — *t. a.* Tissu adénoïde. — *t. a. i.* Mince couche de tissu adénoïde formant la paroi inférieure du kyste. — *t. a. p.* Couche de tissu adénoïde formant la paroi supérieure du kyste ; les espaces blancs représentent des vaisseaux. — *t. c.* Tissu conjonctif qui a pris un fort développement et a presque remplacé le tissu adénoïde autour du kyste. Il arrive tout près de la paroi inférieure. — *v.* Vaisseaux sanguins ; ils sont surtout nombreux sur la paroi supérieure du kyste et dans le tissu conjonctif avoisinant. — *t. m.* Couche musculaire, coupe longitudinale et transversale.

Planche II.

FIG. 4.

Représente les parois et le contenu d'un kyste vu à un fort grossissement.

t. a. Tissu adénoïde. — *m. s.* Membrane sous épithéliale ici assez développée et formée du tissu conjonctif. — *c. p.* Épithélium cubique ou polygonal, stratifié. — *c. c.* Cellules épithéliales détachées de la paroi et faisant partie du contenu du kyste. — *c. m. p.* Cellules multipolaires, triangulaires, fusiformes, en massue, etc., avec noyau entouré de fines granulations et terminées par de longs prolongements. —

c. l. Corpuscules lymphoïdes. — *c. r.* Gouttelettes réfringentes, colloïdes. — *g. m.* Granulations de mucine disposées en chapelet.

G. Cellules de Gluge.

V. Vaisseaux sanguins.

FIG. 5.

Coupe d'un petit kyste.

e. v. Épithélium cylindrique à cils vibratiles reposant sur une très fine membrane. Entre les cellules cylindriques se voient d'autres petites cellules ovalaires: cellules de remplacement. — *t. a.* Tissu lymphoïde. — *t. c. a.* Tissu conjonctif sous-adénoïdien. — *V.* Vaisseaux.

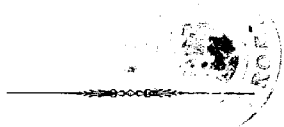
Le contenu est à peu près le même que dans la figure précédente; nous n'avons dessiné seulement que les cellules multipolaires *c. m. p.* pour montrer leurs anastomoses.

FIG. 6.

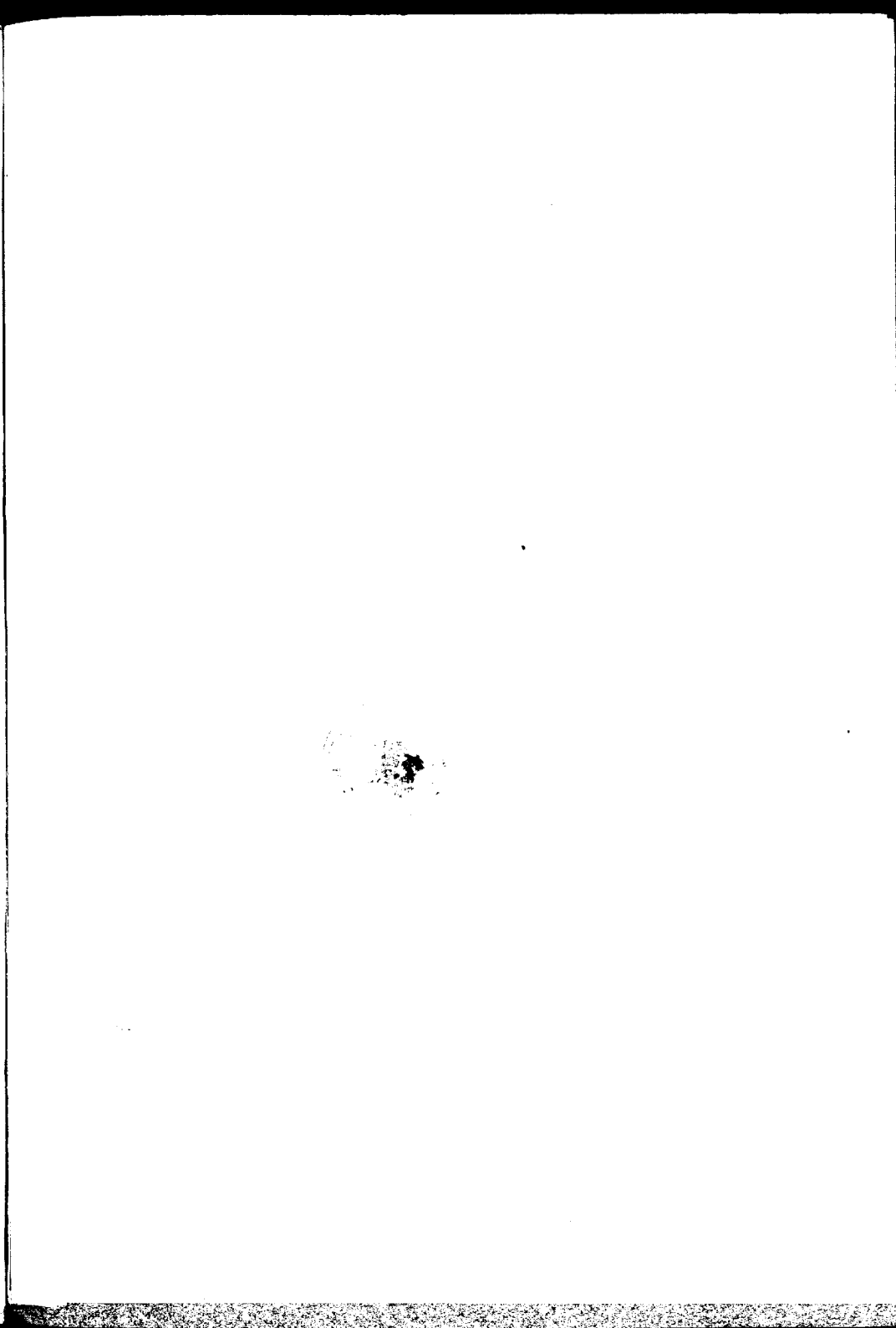
Représente une coupe de papilles et provient d'une préparation colorée au picrocarmiu.

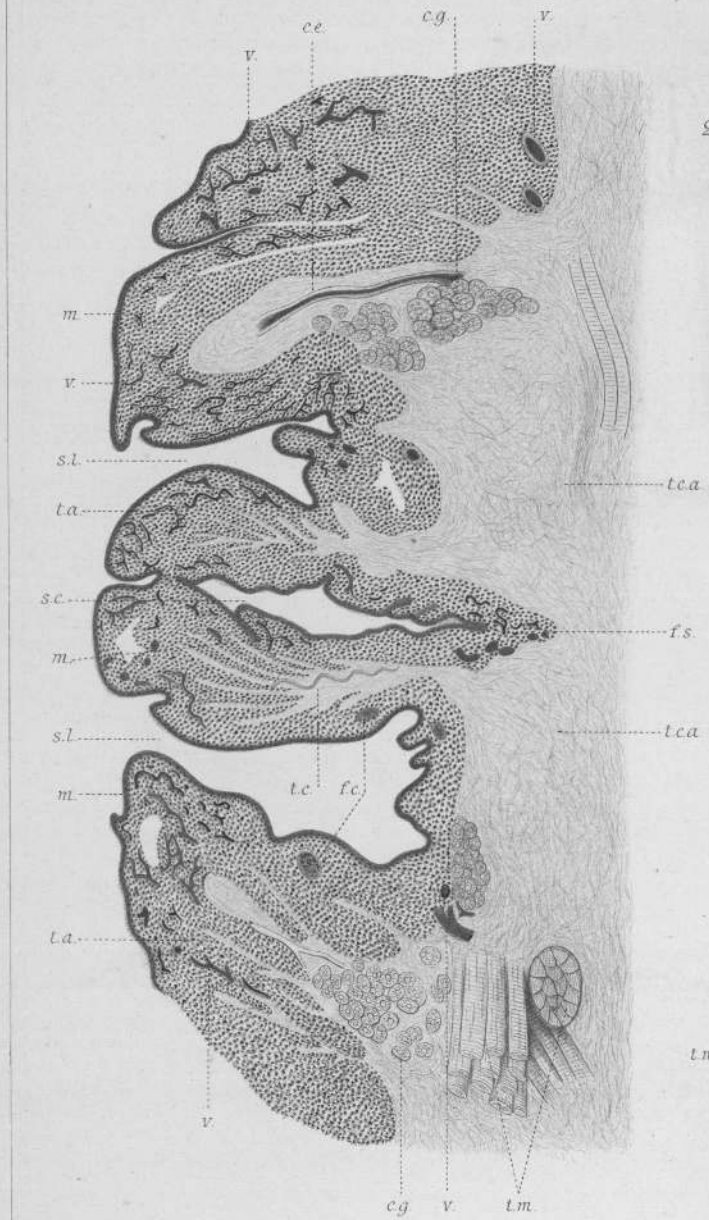
P. P. Papilles. Les unes sont formées d'un épithélium cubique ou polygonal au centre et avec cellules aplaties à la surface; d'autres paraissent formées par un épithélium cylindrique stratifié ou à cellules fusiformes. Quelques-unes montrent des vaisseaux recourbés en anse. Le tissu conjonctif entourant les vaisseaux n'est pas représenté ici.

V. Vaisseaux sanguins; plusieurs rampent sous la muqueuse. — *e.* Épithélium cylindrique simple. — *e. c. s.* Épithélium cylindrique stratifié; il est très net entre certaines papilles. — *m. s.* Membrane sous-épithéliale. — *t. a.* Tissu adénoïde. — *t. c. l.* Tissu conjonctif lâche.

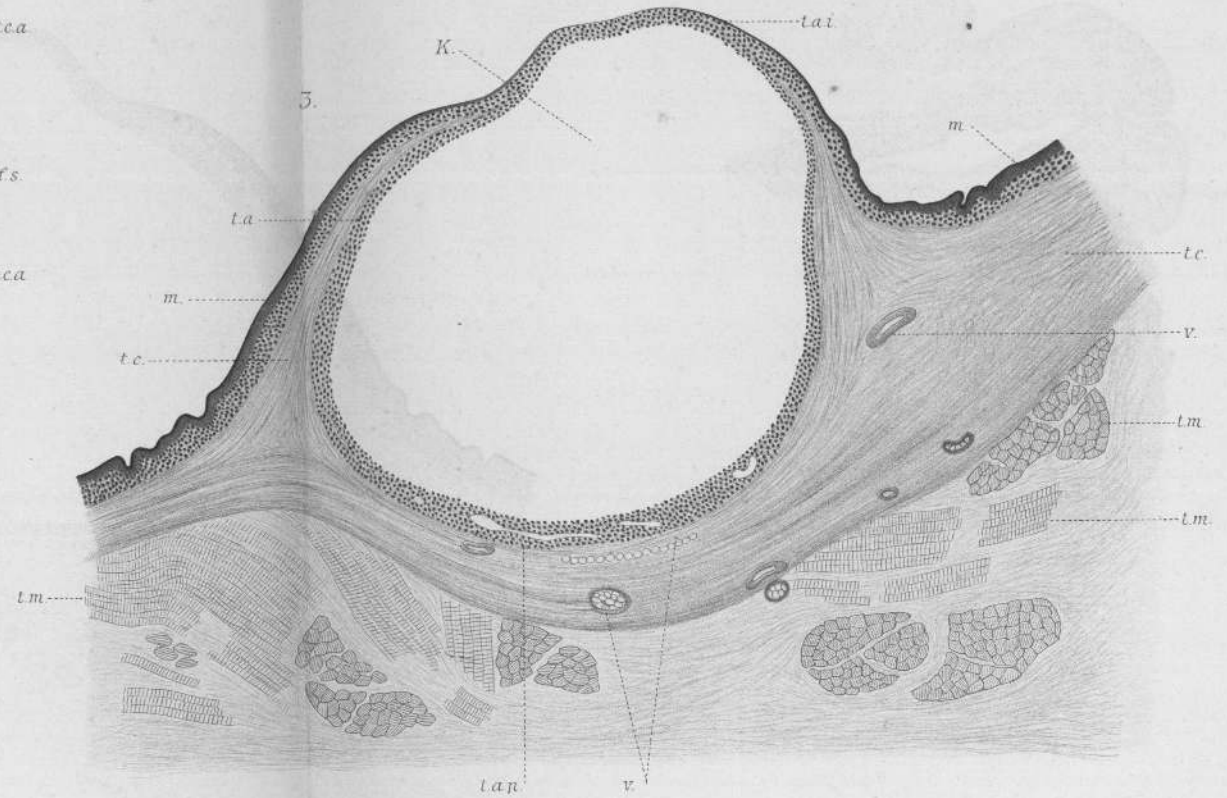
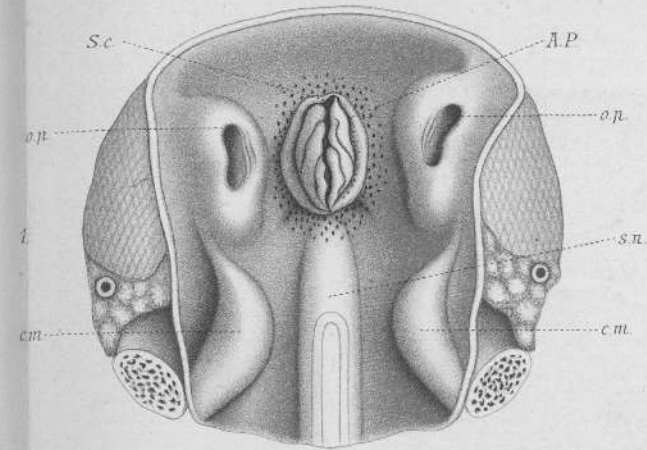




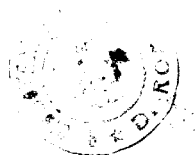




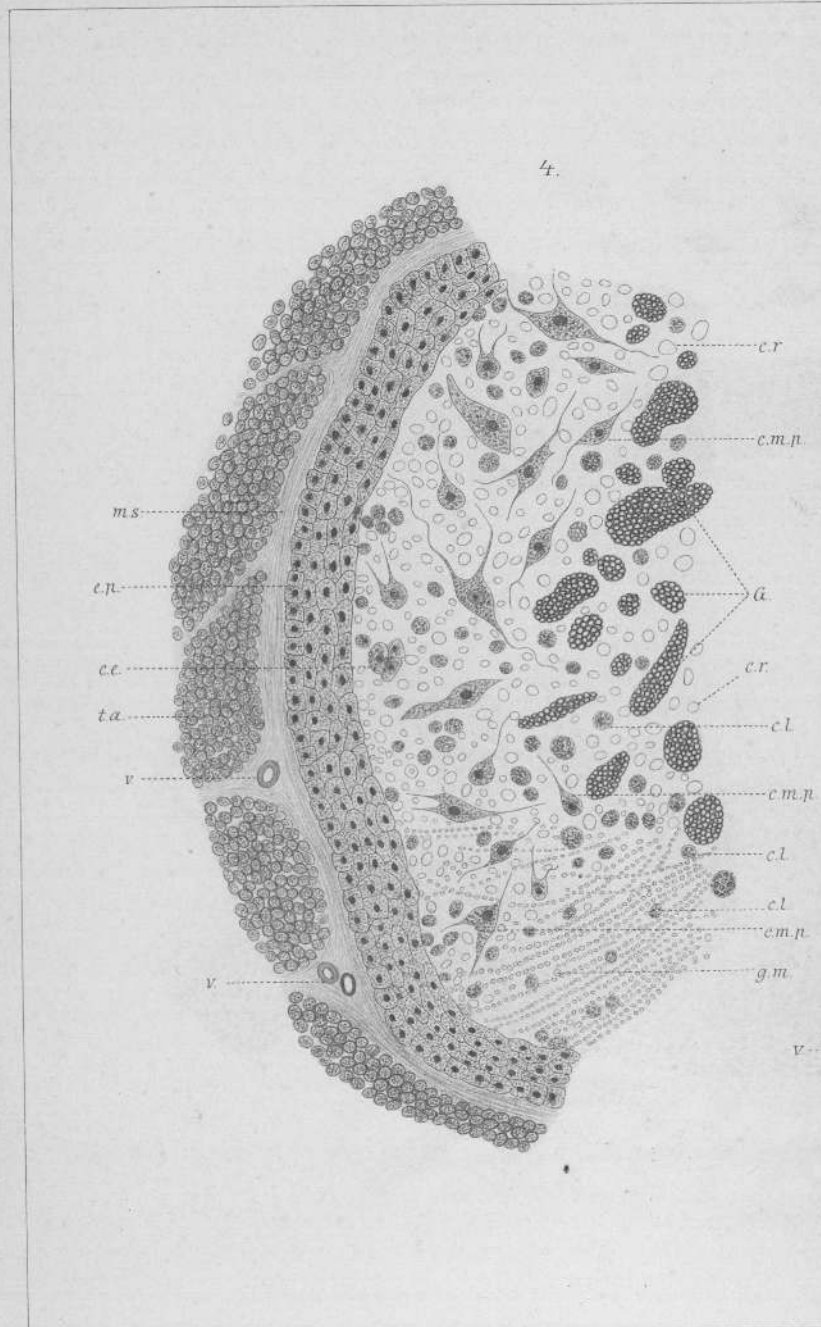
Dr. Warynski del.



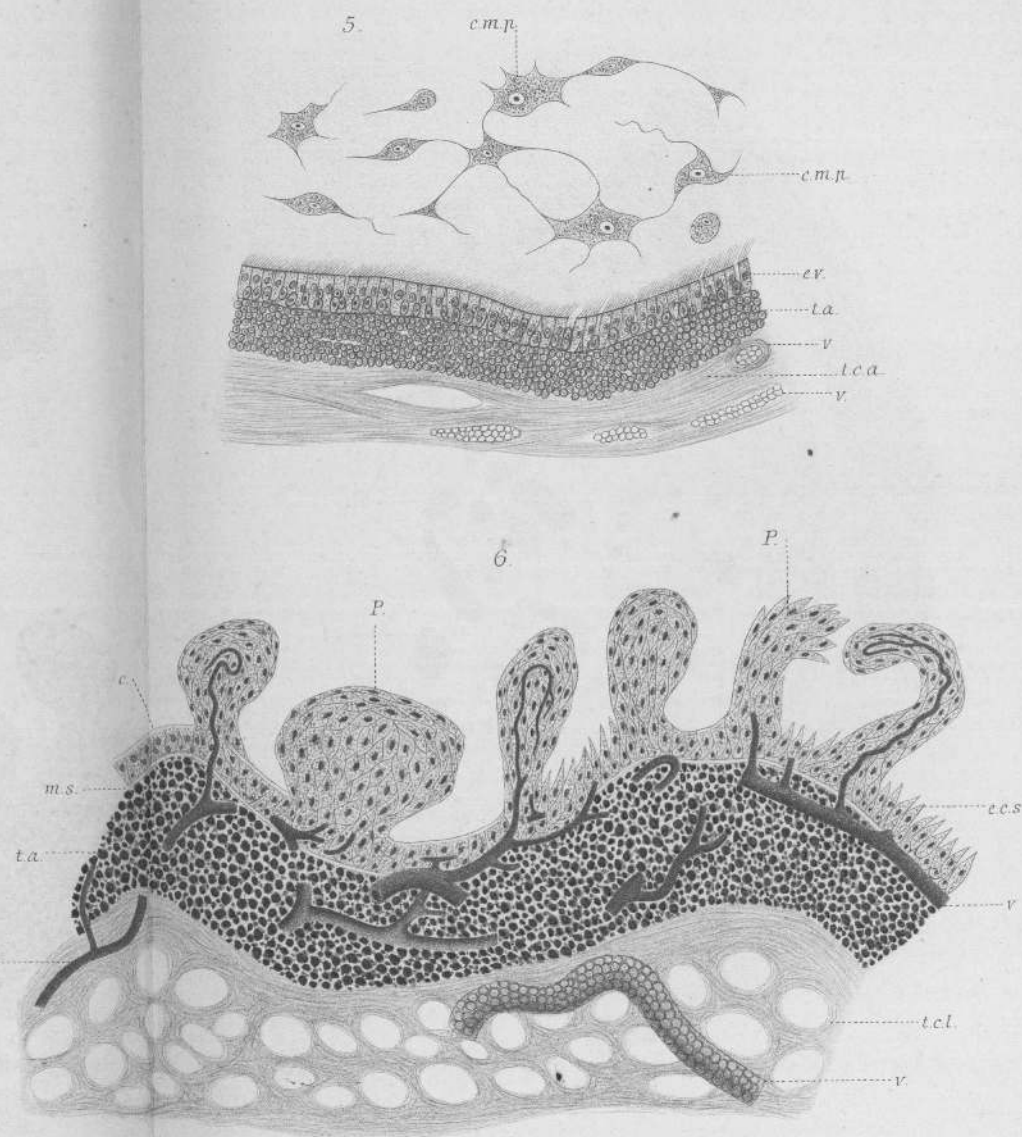
Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a. M.







Dr. Warynski del.



Lith. Anst. v. Werner & Winter, Frankfurt a. M.



14013