

l'arbre aérien, par pénétration à travers la barrière épithéliale, des germes apportés par la respiration. Le principe des adénopathies similaires ne doit pas être ignoré. Son application réservera des surprises au clinicien qui en présence de ganglions médiastinaux, recherchera bien méthodiquement l'état des poudons.

Les ganglions isolés sont remarquablement bien tolérés par le médiastin. Ils s'entourent d'une coque dure limitant une sorte de mastic jaunâtre qui finit par disparaître. C'est leur évolution la plus commune.

Mais ils peuvent se développer, se ramollir, s'ulcérer, s'ouvrir dans les organes voisins et produire de véritables cavernes analogues aux cavernes pulmonaires. On pourra les retracer à l'origine d'accidents variés de vomique, de pleurésie, de méningite ou de granulie. C'est une évolution plus rare.

Toujours on est étonné du peu de signes que présente une adénopathie pourtant volumineuse si elle reste cantonnée au ganglion. On sait d'autre part le coup de fouet que donnent à la tuberculose les infections secondaires. Si elles prennent un ganglion déjà malade, elles vont réveiller le foyer latent, provoquer une adénite qui ne se limitera plus aux ganglions. La périadénite va gagner le tissu cellulaire lâche qui le relie et associer dans une même altération et dans une même masse toute la région envahie. Cette périadénite a une importance telle que des ganglions même petits, imperceptibles à l'examen ont entraîné des désordres sérieux en enserrant dans leur sclérose des organes importants du voisinage. Et je ne suis pas loin de croire que nous avons là l'explication d'une forme assez particulière de tuberculose observée à la suite d'infections sérieuses comme celles qu'on a notées à la suite de la dernière épidémie de grippe. Nous aurons peut-être l'occasion de revenir sur ce sujet.

Avant d'aller plus loin, je vous demande la permission de rappeler rapidement la description qu'ont donné Guéneau de Mussy