

et sa symptomatologie se perd dans les signes généraux et locaux qui dominent la scène.

On est porté à parler de scrofule, mais quelle que soit l'opinion que l'on professe à l'égard de l'action de la scrofule dans le déterminisme de la tuberculose ou de la part prise par la tuberculose dans la production de la diathèse scrofuleuse, il semble bien acquis que la scrofule comme le dit Gallois " n'est pas une maladie, " c'est un drame clinique dans lequel entrent en scène successivement les personnages les plus divers : parmi eux le bacille de Koch finit par jouer le grand rôle. "

" Après les lésions cutané-muqueuses multiples, souvent tuberculeuses de nature ou ayant ouvert la barrière à l'infection, " on voit arriver la scène ganglionnaire qui réalise une sorte de " microbisme latent et préparé aux lésions viscérales. "

L'adénopathie trachéo-bronchique n'est pas à la vérité l'apanage exclusif de la tuberculose. En effet les maladies infectieuses et les affections de l'appareil respiratoire sont susceptibles de provoquer des fluxions ganglionnaires dans le médiastin, mais ces fluxions disparaissent rapidement après la cessation de l'infection qui les a provoquées. Et devant la persistance des troubles physiques ou fonctionnels, on doit accuser la tuberculose, sans oublier toutefois, les tumeurs primitives et secondaires, les tumeurs parasitaires ou anévrysmales magistralement exposées l'an dernier par notre excellent maître le Dr Rousseau.

Parrot a énoncé un principe général dit des " adénopathies similaires ". D'après lui, les ganglions trachéo-bronchiques seraient toujours secondaires à une lésion pulmonaire. Et si l'examen ne révèle pas telle lésion, ajoute cet observateur, c'est que nos moyens cliniques ne nous permettent pas de la déceler.

La loi de Parrot, si elle répond le plus souvent à la réalité des faits, a pourtant été quelquefois prise en défaut et les observations ne manquent pas où le ganglion a été infecté sans effraction de