

la percussion du foie dénote une hypertrophie notable de cet organe et que l'étendue de la matité splénique dénote une augmentation de volume de la rate, il n'y a pas à hésiter : on est en présence d'une *leucocythémie* dont le diagnostic se confirmera par l'examen numérique des globules sanguins.

Cet examen du sang a une grande importance dans l'*adénie*, véritable leucocytose ganglionnaire sans hypertrophie de la rate ni du foie. Le diagnostic d'avec le *lymphome malin généralisé*, de Wunderlich, n'est pas toujours facile à faire.

Certaines masses polyganglionnaires ne sont que des adénites chroniques simples, comme l'évolution le prouve; des *adénopathies pseudo-tuberculeuses*, comme les appelle Ricard, persistent vingt et trente ans sans que l'état général en souffre.

Les polyadénites tuberculeuses sont en général faciles à distinguer par leur mode de formation : ordinairement les ganglions se prennent successivement (1) et dans un même groupe ganglionnaire on sent, à côté de ganglions durs, d'autres plus volumineux et de consistance différente; souvent la peau adhère à ces masses qui finissent généralement par s'ulcérer. Cependant la grappe ganglionnaire peut s'arrêter dans son évolution et on est en présence du type des polyadénites chroniques des tuberculeux, polyadénites indolentes et qui forment au cou de véritables colliers.

C'est dans ce dernier cas que la tuberculose ganglionnaire est difficile à différencier du lymphadénome, du lympho-sarcome, de la syphilis et même de certaines adénites chroniques simples.

A propos du lymphadénome, voici ce qu'écrivait Pierre Delbet : « Lorsque les ganglions tuberculeux ne sont ni ramollis ni caséux, on ne peut cliniquement les distinguer du *lymphadénome* et l'examen microscopique n'est même pas suffisant, les inoculations sont nécessaires pour poser le diagnostic de tuberculose ». Le diagnostic est parfois impossible, il le serait d'autant plus, d'après P. Delbet, que la tuberculose ganglionnaire est l'une des formes anatomiques du lymphadénome. Dans les formes généralisées, le diagnostic clinique du lymphadénome est plus facile à faire. Le traitement arsenical peut être employé à titre d'épreuve.

Dans le *lympho-sarcome*, affection rare, l'évolution est différente de celle du lymphadénome : les ganglions se fusionnent très rapidement et adhèrent vite aux tissus ambiants, surtout aux tissus profonds; dans les cas de tuberculose ganglionnaire, au contraire, ils adhèrent surtout aux tissus superficiels et à la peau.

Certaines *adénopathies tertiaires* en voie de ramollissement forment des masses analogues, sous le doigt, aux masses tuberculeuses. Mais

(1) Lejars, dans les cas d'hésitation sur la nature d'une adénite chronique inguinale, insiste sur l'engorgement du premier ganglion iliaque externe qu'il appelle ganglion repère, comme appartenant plutôt aux adénites tuberculeuses.

l'évolution des accidents, l'interrogatoire du malade, le traitement spécifique établissent aisément le diagnostic.

Les *tumeurs malignes primitives* des ganglions peuvent, à un moment de leur évolution, être difficiles à distinguer des autres adénites. Le diagnostic de *néoplasme primitif* ne peut se faire que *par exclusion*, et souvent encore il faudra cliniquement faire des réserves sur la possibilité d'un néoplasme viscéral latent. Les tumeurs de lobes thyroïdiens aberrants et les carcinomes branchiogènes étant écartés, le siège ganglionnaire de la tumeur étant reconnu, on doit éliminer :

1° L'adénite chronique simple. — Ce qui est facile par l'évolution de l'affection.

2° L'adénite tuberculeuse. — Ce diagnostic est parfois difficile, tant que le ganglion n'est pas ramolli et ulcéré; il est le plus souvent facilité par ce fait que, dans les cas d'adénite tuberculeuse, le malade est entaché de tuberculose pulmonaire.

3° L'adénite syphilitique. — L'adénite néoplasique et l'adénite syphilitique peuvent être facilement confondues au début, mais la marche de l'affection et les résultats du traitement les feront distinguer l'une de l'autre.

4° Le lymphadénome. — Ce diagnostic est de beaucoup le plus difficile, en raison de la nature maligne du lymphadénome. Cependant les autres caractères cliniques viendront éclairer le chirurgien.

Avant d'affirmer la nature primitive de la localisation néoplasique, il faut explorer tous les organes du malade avec un soin minutieux pour écarter l'adénite secondaire aux cancers latents (1).

Quant à la nature du néoplasme, le *sarcome* pourra être soupçonné chez les jeunes gens ou les enfants, mais en général ce diagnostic ne peut être fait qu'après l'extirpation du ou des ganglions.

Les *polyadénites secondaires néoplasiques* sont plus faciles à reconnaître que les néoplasmes primitifs des ganglions : trois règles sont à formuler cliniquement :

1° Dans tout néoplasme, il faut explorer la région ganglionnaire voisine (sein, aisselle), et dans les néoplasmes abdominaux rechercher l'adénopathie sus-claviculaire ;

2° Étant donnée une adénopathie suspecte, principalement une adénopathie sus-claviculaire, il faut chercher s'il n'existe pas une lésion néoplasique viscérale ;

3° L'adénopathie qui accompagne un néoplasme n'est pas fatalement une adénopathie néoplasique.

Il faut se garder de prendre des ganglions normaux pour des ganglions dégénérés; chez certains individus, en effet, on trouve des ganglions durs, nombreux, dans différentes régions : c'est là une

(1) Un cas de Troisième : cancer de l'estomac dix-neuf mois avant la mort, névralgie sus-claviculaire très douloureuse, extirpation du ganglion, cessation de la névralgie. Mort seize mois après.