

anévrismes, des kystes du cou, des fibromes et sarcomes des aponeuroses du cou, des contractures musculaires partielles d'origine rhumatismale ou hystérique (Verneuil), des gourmes du sternomastoïdien, etc.

Lorsque la tumeur est reconnue de nature ganglionnaire, il s'agit de savoir si elle est bien primitive et isolée; elle pourrait être en effet due à la propagation secondaire d'une tumeur maligne d'un organe voisin: on observe, en effet, des adénopathies du cou secondaires aux cancers du larynx, de l'œsophage, de la langue, du pharynx et surtout aux épithéliomas de l'amygdale. La tumeur ganglionnaire pourrait aussi n'être qu'une lésion accessoire coïncidant soit avec une hypertrophie d'autres ganglions éloignés (adénie de Trousseau), soit avec un état particulier du sang; la leucocythémie. On ne devra donc jamais négliger la palpation des divers ganglions: il faut explorer la rate par la palpation et la percussion; l'examen du sang est nécessaire pour ne point méconnaître la leucocythémie.

Le diagnostic vraiment important est celui de la nature de la tumeur ganglionnaire: il n'est guère facilité par les caractères mêmes de la tumeur. Ce n'est ni dans la forme, ni dans l'aspect, ni dans la consistance, ni dans les troubles fonctionnels qu'on trouve des renseignements utiles. L'évolution de la tumeur a plus d'importance: les tumeurs nettement inflammatoires arrivent vite à leur volume pour rester ensuite stationnaires ou diminuer rapidement, dès qu'on les traite. Les tumeurs tuberculeuses montrent une tendance précoce à la suppuration. Les cancers des ganglions s'accroissent sans suppurer, ne s'ulcèrent que très tardivement et leur ulcération se fait mécaniquement quand le volume est devenu énorme.

Les circonstances étiologiques qui ont accompagné le début de l'engorgement ganglionnaire, doivent être relevées avec soin: au début des adénopathies inflammatoires, on retrouve presque toujours la lésion qui a servi de porte d'entrée à l'irritation lymphatique. Ces lésions sont très variables (croûtes du cuir chevelu, ulcération du nez, stomatites, angines, inflammations d'origine dentaire et en particulier éruption de la dent de sagesse; maladies infectieuses comme scarlatine, oreillons, diphthérie). Parmi les autres notions étiologiques, les antécédents héréditaires et personnels du sujet constituent un élément précieux de diagnostic: une adénopathie développée chez un sujet qui offre des lésions tuberculeuses est à peu près sûrement tuberculeuse. Un tempérament arthritique doit toujours faire redouter une tumeur maligne; l'hérédité cancéreuse offre aussi une probabilité qu'il ne faut pas négliger. Enfin, il ne faut pas oublier que les adénopathies douteuses finissent trop souvent par évoluer vers la tuberculose, sinon vers le cancer.

Lorsque le diagnostic est à peu près complètement établi, quel