l'avait déjà indiqué, et comme nous-même l'avons rappelé dans le cours de la discussion, à propos de deux opérations de cette nature que nous eûmes à pratiquer, l'envahissement des ganglions est souvent difficile à reconnaître par le simple examen superficiel de la région sus-hyoïdienne. Dans un grand nombre de cas, alors que l'ablation large de la langue avait nécessité la dissection sus-hyoïdienne, on avait constaté que les ganglions, masqués par la glande sous-maxillaire, présentaient tous les caractères macroscopiques et microscopiques de l'épithélioma, malgré leur petit volume, et qu'ils avaient été complètement méconnus par l'exploration extérieure.

Ainsi, de même que l'on voit des cancroïdes encore peu étendus du bord de la langue s'accompagner d'une dégénéressence très accentuée des ganglions sus-hyoïdiens, de même, on rencontre des épithéliomas, qui, ayant envahi une grande partie de la langue, n'ont provoqué, du côté des ganglions, qu'une induration légère et impossible à reconnaître par les explorations cliniques. Ces deux cas se rencontrent souvent dans la pratique sans qu'ou puisse savoir d'où vient cette différence, et cependant le cancroïde semble être toujours de même nature.

Enfin, si nous rapprochons de cette différence entre les modes d'évaluation de l'infection ganglionnaire ce fait important qu'à l'ablation d'un épithélioma peu étendu succède assez souvent une récidive rapide dans les ganglions, ne devonsnous pas en conclure que, dans le plus grand nombre des cas d'épithélioma lingual, les ganglions sont déjà envahis, alors que nous nous décidons à pratiquer une opération.

La logique veut donc qu'en présence d'une lésion d'apparence encore minime, on ne se contente pas d'enlever simplement la partie malade et que, fidèle au précepte de l'ablation large, on aille avec Kocher à la recherche des ganglions dégénérés, et qu'on pratique, selon l'expression consacrée, un nettoyage complet du plancher de la bouche.

La question, telle qu'elle vient d'être posée, n'a été qu'ef-