

cèles du cou, avaient le plus ordinairement leur siège en dehors du corps thyroïde. Sans contester qu'il en soit parfois ainsi, je me rattache plus volontiers à l'idée opposée, exprimée par Houel dans sa thèse d'agrégation. Pour affirmer qu'un kyste de la région sous-hyoïdienne n'a pas pris son origine dans le corps thyroïde, il faut avoir disséqué la pièce. Sur le malade porteur de la tumeur dont je viens de parler, le kyste occupait le creux sus-claviculaire, envoyait un prolongement considérable dans le médiastin, était transparent, et séparé du corps thyroïde par un espace de plusieurs centimètres. Je n'avais pas même songé au corps thyroïde pendant la vie du sujet : l'autopsie me démontra que c'était bien là son point de départ et que le kyste y était appendu par un long pédicule.

Les rapports du corps thyroïde permettent de comprendre, sans qu'il soit besoin d'y insister, les phénomènes produits par la compression exercée sur les parties voisines dans le cas d'hypertrophie ou de dégénérescence : il en résulte parfois une véritable suffocation, surtout lorsqu'un prolongement s'insinue dans le médiastin entre les deux plans osseux formés par le sternum et la colonne vertébrale, de façon à comprimer la trachée. La section des deux sternomastoïdiens, la destruction avec le caustique, ou bien le dégagement à l'aide d'un crochet, ne produisent, en général, que des résultats temporaires peu satisfaisants. Il faut enlever la tumeur.

L'inflammation et la suppuration du corps thyroïde, de même que sa dégénérescence sarcomateuse et cancéreuse, s'observent assez rarement. On a signalé tout récemment des thyroïdites à bacilles d'Eberth.

Encore plus rare est la tumeur gazeuse du corps thyroïde ou *goître aérien*. Elle se produit sous l'influence d'efforts violents, comme ceux de l'accouchement, par exemple, qui déterminent la rupture de la trachée au niveau de l'isthme du corps thyroïde et l'épanchement consécutif de l'air atmosphérique dans cette glande.

J'ai dit, plus haut, que les kystes du corps thyroïde contenaient souvent un liquide brunâtre ressemblant à du café noir. Lorsqu'on ponctionne ces tumeurs, elles se vident d'abord de leur contenu, mais c'est ensuite du sang pur qui s'écoule par la canule, et qui s'écoulerait indéfiniment si on n'enlevait cette dernière. Aussitôt la canule enlevée, la poche se remplit immédiatement et se distend de nouveau plus qu'avant la ponction. Le traitement de ces kystes est très difficile : autant la ponction et l'injection iodée, le drainage, l'incision même, conviennent à la rigueur aux kystes séreux, autant ces méthodes sont inefficaces ou dangereuses pour les kystes sanguins. Pourtant, Boinet a publié des cas de guérison par l'injection iodée : mais s'agissait-il bien de la variété dont je viens de rappeler le principal caractère? MM. Berger et Onimus ont publié jadis à la Société de chirurgie un beau cas de guérison d'un de ces kystes traité par l'électrolyse. Mais la thérapeutique s'est profondément modifiée depuis cette époque (1881) et le véritable traitement des kystes du corps thyroïde, en général, et surtout des kystes sanguins, est l'extirpation.

Une autre opération, tentée depuis assez longtemps déjà, mais qui n'avait pas conquis droit de domicile : c'est l'extirpation totale du corps thyroïde ou *thyroïdectomie*.

Cette grave opération fut pratiquée d'abord par Billroth, même pour des