

et l'épaule portant à faux; nous avons même dans un cas ajouté "un poids" en passant une ficelle dans le plâtre, au-dessus du coude; le poids pend hors du lit et le malade le porte seulement quand il est couché. Dans la journée nous autorisons le blessé à se lever et à marcher en lui recommandant de reprendre la position horizontale aussi souvent et aussi longtemps que possible.

L'appareil est laissé en place pendant vingt-cinq jours (adultes), il est très bien supporté et dans quatre cas nous avons obtenu des résultats esthétiques remarquables.

Ajoutons que dans le traitement des fractures de la clavicule on n'oubliera pas de veiller aux "complications" (lésions vasculo-nerveuses). Quant aux "autres variétés" (fractures des extrémités), les ligaments voisins rendent le déplacement peu marqué et les mêmes principes et les mêmes méthodes sont encore applicables.

Les fractures simultanées des "deux clavicules", qui sont très rares, nécessitent le décubitus dorsal avec un coussin entre les deux omoplates; on y ajoute l'immobilisation des bras contre la poitrine à l'aide d'une écharpe.

## Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 20 AVRIL 1909

**MEMBRES PRÉSENTS :** MM. Benoit, Parizeau, Décarie, Rhéaume, Guérin, Fournier, F. de Martigny, St-Jacques, Boucher, St Pierre, Malouf, O. Mercier, Marien, Cléroux, Bourgoïn, Bourgeois, Racicot, Rivet, Hingston, Ianoie, Rousseau, Hamelin, Verner.

**PROCES-VERBAL.** Les minutes sont adoptées.

**PRESENTATIONS DE MALADES.** M. Benoit présente une petite malade, de 18 ans, née myxoédémateuse qui pèse 30 livres et mesure 27 pouces 1-2 en hauteur. Elle ne parle pas et se traîne à peine, reconnaît sa mère, à qui elle sourit, s'amuse avec des jouets, demande par des signes et des pleurs sa nourriture, qu'elle ne goûte pas d'ailleurs et digère péniblement. Sur sa tête volumineuse, poussent en touffes disséminées des cheveux épais et lourds. Son front bas et étroit, ses lèvres épaisses et pendantes, sa bouche entr'ouverte, son facies bouffi et cireux, son regard humide et sans vie, tout imprime à la physionomie le vrai cachet de l'idiotie. Enfin, ajoutés à cet ensemble, des doigts boudinés, des bourrelets lipomateux à l'origine du cou, l'ensellure lombaire, des éruptions eczématoïdes, complètent la symptomatologie. !

Le Dr Benoit va tenter ici la médication opothérapique, qui peut améliorer, mais non guérir sa malade.

MR BOURGOÏN amène un enfant de 3 ans, qui présente aux genoux et aux hanches une mobilité anormale, attribuable, dit-il, au relâchement ligamentaire rachitique, hypothèse que semble confirmer la concomitance des signes suivants: obésité, chapelet costal, et hypertrophie des épiphyses radiales et cubitales.

M. MARIEN croit plutôt à une double luxation coxo-omale, associée à de la paralysie infantile. Néan-

moins, le diagnostic n'est pas facile, de prime abord, et demande le contrôle de la radiographie.

Pour MM. GUERIN, DÉCARIE et BOURGOÏN, l'absence d'atrophies musculaires et de contractures secondaires, comme aussi la conservation des mouvements normaux permettent d'exclure la paralysie infantile. M. Bourgoïn doit préciser par l'examen radiographique, dont il promet de faire rapport.

### GOÏTRE EXOPHTALMIQUE (PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT).

M. BENOIT traite la question au point de vue médical. Les manifestations cliniques du goitre indiquent une perturbation profonde de la nutrition, imputable suivant les auteurs à des causes variées, mais toujours hypothétiques. Le système nerveux qui sert d'intermédiaire pour plusieurs symptômes joue certainement un grand rôle, qu'ont mis en lumière certains théoriciens pour trouver dans l'altération du bulbe ou du sympathique l'explication de tous les phénomènes morbides. Mais la lésion bulbaire n'explique pas les troubles paraplégiques et psychiques, de même que l'altération du sympathique ne rend pas compte de l'état normal de la pupille, au cours de la maladie de Basedow. Aussi, de plus en plus, l'opinion se rattache aux théories thyroïdiennes; à l'hyperthyroïdation avec Mobius ou à la dysthyroïdation avec Gauthier (de Charolles), et suivant l'une ou l'autre de ces hypothèses, le syndrome provient d'une intoxication, causée par la fabrication ou exagérée ou pervertie d'iodothyreine, dont l'action se porte sur le système nerveux d'abord, et secondairement sur les viscères. Enfin, au dire de Moussu, le myxoedème relève d'une insuffisance thyroïdienne et le goitre exophtalmique d'une insuffisance parathyroïdienne. ...

C'est dire que la question n'est pas résolue et ne peut inspirer qu'une thérapeutique palliative.

Comme calmants les meilleurs: citons le repos au lit, les sachets de glace, la saignée, les sangsues.

Comme sédatifs du cœur: la digitale et le strophanthes.

Comme nervins: les bromures à hautes doses, le valérienat d'ammoniaque la belladone.

La quinine, l'antipyrine, le phosphate de soude ont été conseillés et rejetés tour à tour. On semble mettre plus de confiance aujourd'hui dans le salicylate de soude.

L'opothérapie n'a pas réussi.

La sérothérapie donne de meilleures espérances, parce qu'elle s'adresse davantage à la cause présumée du mal; Ballet et Enriquez ont été les premiers à utiliser les sérums de moutons éthyroïdés; Mobius en Allemagne a suivi, et de nombreux travaux publiés depuis font voir la réelle valeur de cette thérapeutique.

Enfin, le traitement électrique local est préférable aux médicaments; la galvanisation et la faradisation sont les deux méthodes en usage.

M. ST JACQUES, rapporteur en chirurgie, passe en revue la thérapeutique externe du goitre exophtalmique: les injections médicamenteuses intra-glandulaires, l'exothyropexie et la sympatricectomie, sont des méthodes qui à côté d'améliorations certaines ont donné beaucoup de mécomptes et tendent de plus en plus à être délaissées. Il n'en est pas ainsi de la thyroïdectomie partielle et de la ligature des thyroïdiennes, procédés, qui entre les mains de Kocher et de ses disciples, comptent à leur cré-