



COMMISSION MÉDICALE

de la Fédération Française de Spéléologie

Feuille de liaison

N° 25

Août 1994

Rédaction: Docteur Thierry COSTE, 24 rue Bintot, 03200 VICHY Comité de lecture: Docteurs
Jean BARIOD, Michel MALLARD, Guy VALENTIN

SOMMAIRE

Editorial,	p 1
Vertiges de l'Europe.	p 2
Vaccinations des spéléos "en déplacement".	p 3
Présentation de la CoMéd.	p 4
Comptes-rendus de secours médicalisés,	p 5
Notes de lecture.	p 8
Comité Directeur CoMéd.	p 9
Réunion annuelle CoMéd.	p 9
Congres. enseignements.	p 10

EDITORIAL

Comme promis dans l'édition précédente, le "Secours" est à l'honneur dans ce 25eme numéro de la Feuille de Liaison de la CoMéd avec la description de quelques médicalisations effectuées pendant les 12 derniers mois. Il est dommage que certains cas, qui me semblaient très intéressants, n'aient pas donné lieu à un compte-rendu médical, ou en tout cas que celui-ci ne me soit parvenu. Malgré cela j'espère que les cas présentés serviront à tous ceux d'entre vous qui seront amenés un jour à participer à des actions de sauvetage. Et notamment par ce qu'ils laissent sous-entendre de la spécificité du secours spéléologique. Pour les autres, il n'est pas inutile de rappeler, me semble-t-il, que la médicalisation souterraine ça existe, et que ça marche.

Thierry Caste

VERTIGES DE L'EUROPE

A ma surprise, à l'occasion d'une visite de grotte lors de la 1ère Conférence Européenne de Spéléologie (Hélécine, Belgique), je fus victime d'un syndrome vertigineux vrai.

Il s'agissait de réaliser la traversée de L'Aisne souterraine (Système de Brétaye, Durbuy, développement 1622 m profondeur 31 m), cavité classée *** dans le cadre des excursions, en raison de son caractère sportif. En effet la difficulté en dehors des étroitures était constituée par plusieurs voûtes mouillantes que j'appellerais plutôt rasantes.

Après avoir emprunté une combinaison néoprène slave de 5mm (sans cagoule) à un confrère allemand, ainsi qu'un casque muni d'un éclairage électrique (acétylène interdit) c'est avec enthousiasme que je me joignais à une équipe de joyeux excursionnistes (dont notre confrère le Dr BOYCOTT), guidée par les inventeurs flamands de cette cavité. La traversée des 500 m de rivière est annoncée en 3 heures.

Dès les premiers mètres, grâce à la sélection naturelle d'une étroiture, l'ami anglais le plus volumineux de l'équipe fit demi-tour et échappa ainsi aux effets pervers de cette ancre souterraine.

Et oui L'aventure va commencer. Car non seulement la cavité est étroite, mais le plafond est très bas au dessus de la rivière. C'est le "must" de nos amis belges ... Quand on passe une voûte mouillante qui s'appelle siphon de la jonction, on "mouille" effectivement. A plusieurs reprises, et parfois sur plus de 10 m il fallait progresser flottant sur l'eau, couché sur le dos, et avancer la tête la première en se propulsant à l'aide des talons. L'étroitesse nous obligeait à retirer le casque et à le tenir entre les cuisses, le nez raclait la voûte, et les lèvres, tel un museau de tanche, cherchaient un peu d'air à aspirer sous la roche à travers un espace sinueux aérien de 2 cm de haut repéré avant de s'engager.

Et là dans l'ombre, une deuxième sélection s'opérait entre les heureux détenteurs d'une cagoule d'une part et les autres, dont je faisais partie...

A la sortie de la plus longue voûte rasante, la majorité des explorateurs sans cagoule fut atteinte d'un malaise subit en se relevant, à type de vertige rotatoire très angoissant.

Ma première réaction fut de croire que la cavité contenait une atmosphère toxique mais mes accompagnateurs me rassurèrent immédiatement: ce syndrome est connu depuis les débuts de l'exploration de cette cavité et il serait provoqué par un spasme artériel labyrinthique induit par l'irruption d'eau froide au niveau tympanique. Je commençais à regretter ma combinaison 7,5 min avec cagoule laissée dans le coffre de ma voiture et qu'on m'avait déconseillé d'emporter à cause de la sévérité des étroitures.

Ce syndrome ressemble étrangement à celui provoqué par l'ORL lors des tests de recherche de nystagmus. Probablement que la position désorientante et la tête en hyperextension, dans une atmosphère stressante ont également contribué à accentuer le phénomène.

A ma connaissance, cette pathologie n'avait pas encore été décrite dans le contexte d'une exploration souterraine.

Michel Mallard

(Pour vos témoignages du même type, merci d'écrire à l'auteur via la CoMéd)

La réponse du spécialiste:

Cette symptomatologie est vraisemblablement en rapport avec la pénétration d'eau froide dans les conduits auditifs des spéléologues qui ne portaient pas de cagoule. En effet, si une stimulation vestibulaire bilatérale n'entraîne généralement aucun syndrome vertigineux, il peut s'agir simplement de la pénétration d'eau de façon asymétrique, ce qui déclenche bien sûr systématiquement un syndrome vertigineux intense, et ce d'autant plus que l'eau est plus froide.

Il me semble donc s'agir d'un phénomène totalement physiologique et sans rapport direct avec la pratique de ce sport.

Olivier Martin

VACCINATIONS DES SPELEOS «EN DEPLACEMENT»

D'après la communication du Professeur Pierre SALIOU Colloque Médico-Sportif des 2èmes jeux de la Francophonie , Paris le 8 juillet 1994.

Cet exposé, en forme de mise au point pratique, axé sur le problème du déplacement d'équipes sportives à l'étranger, nous a permis de nous rappeler que le "bagage immunologique" de tout voyageur allie deux qualités essentielles: extrême légèreté, n'amputant pas le quota de poids imposé par les compagnies aériennes ou la forme physique des porteurs, et, surtout, superbe efficacité. Le spéléo ne se distingue pas des autres sur ce point. Tout au plus la nature de son activité, qui l'éloigne des grands centres urbains, ne fait-il que renforcer l'intérêt d'une bonne protection immunitaire.

Vaccins conseillés dans tous les cas:

Les vaccinations obligatoires en France sont généralement effectuées jusqu'à l'âge de 21 ans. Ce n'est pas toujours le cas, notamment pour les féminines et tous ceux qui échappent au service national. Pour eux et pour tous au delà de 21 ans quels vaccins s'imposent?

Les vaccins antitétanique et antipoliomyélitique, bien sûr, avec un rappel tous les 10 ans. Et ce d'autant plus que, pour la polio, l'efficacité de la vaccination de masse a fait presque disparaître en métropole les réservoirs de virus, et donc les contacts qui entretenaient une certaine immunité.

Vaccin antidiptérique: oui il faut continuer, d'autant plus que se développent actuellement des épidémies dans l'ex URSS et dans le Maghreb.

Autre vaccination fortement conseillée: contre l'hépatite virale B.

Vaccin obligatoire en fonction du déplacement, et de règlements sanitaires internationaux: vaccin anti-amaril (contre la fièvre jaune).

Vaccins conseillés en fonction de la région (en fonction donc des conditions épidémiologiques locales)

Vaccin contre l'hépatite virale A, Contre la fièvre typhoïde,

Contre les méningites à méningocoque A et C (exemple au Pérou c'est le méningocoque type C qui sévit actuellement).

Rage: oui, et pour de nombreuses raisons. Déjà pour nous, spéléos, nous connaissons le risque de transmission lié au contact direct ou indirect avec les chauves-souris. De plus dans de nombreux pays le principal vecteur est le chien domestique, omniprésent. Mais en cas de morsure ou de contact suspect il reste la vaccinothérapie, me direz-vous? Ce serait sans compter sur la faiblesse de l'infrastructure médicale de certains territoires. Il est souvent difficile de disposer de vaccins surs et efficaces.

Vaccinations particulières: vis a vis de deux arboviroses. Encéphalite japonaise (cf Feuille de Liaison n°24, p 3),

Encéphalite d'Europe centrale, dont on a moins entendu parlé, mais qui est d'autant plus d'actualité pour nous qu'elle est présente dans les pays de l'ex "Europe de l'est" où de nombreuses expéditions française se sont rendues ces dernières années.

Ces vaccins ne sont pas disponibles en France, mais ils peuvent parfois être importés.

On peut également penser à se vacciner contre la grippe, non pas pour le danger qu'elle représente pour un sujet jeune et en bonne santé, mais avouez que quand on a préparé une expédition depuis plus d'un an rien n'est plus râlant que de la passer fiévreux, au camp, dans son duvet.

Enfin rappelons que se vacciner contre le choléra n'est jamais indiqué. Contre cette maladie seules les règles d'hygiène se révèlent pleinement efficaces

Thierry Caste

PRESENTATION DE LA COMED

La commission a élaboré un fascicule de présentation de la CoMéd: mode de fonctionnement, annuaire des responsables, bibliographie complète des publications de la CoMéd depuis sa création (10 pages).

Ce fascicule est destiné à faire connaître la commission et à permettre aux nouveaux arrivants d'avoir les références des travaux.

Les médecins CoMéd sont invités à le distribuer dans leurs régions.

Il est disponible sur demande chez le Docteur Jean BARIOD, 67 avenue de la République, 39300 CHAMPAGNOLE (Minitel 3612: 84-52--26-77).

COMPTES-RENDUS DE SECOURS MEDICALISE

D'après les rapports établis par les docteurs France Rocourt, Thierry Delecour, Bruno Mercier et Guy Valentin.

Intervention médicalisée du mercredi 25 août 1993, dans la grotte Claire, à Méjannes le Clap (30):

Le 25 août vers 19 h 10 alerte pour un malaise cardiaque au bas du premier puits de la grotte Claire.

A 20 h 15 le Docteur Valentin arrive auprès de la victime, enveloppée dans une couverture de survie, au pied du puits de 6 m.

C'est une femme de 35 ans qui a présenté une crise d'angor d'effort lors de la remontée à l'échelle. TA 12/7, pouls régulier à 80. Malgré l'arrêt immédiat de la remontée et le repos, il persiste une gêne thoracique qu'une bouffée de Natispray fait disparaître totalement.

Evacuation en civière pour éviter le moindre effort. Sortie de la victime à 21 h 15.

En conclusion, cette personne de 35 ans, ayant des antécédents médicaux importants, dont une insuffisance coronarienne suivie depuis l'âge de 18 ans et traitée par Sopro, a présenté une véritable crise d'angor d'effort lors de cette remontée alors qu'elle avait effectuée les jours précédents des randonnées pédestres assez importantes. Ceci peut s'expliquer par une caractéristique propre au karst de la région des garrigues où en été il y a une raréfaction de l'O₂, ou plutôt une augmentation de la teneur en CO₂, ceci étant bien connu des spéléos locaux qui se souviennent généralement avoir été une ou deux fois "gazés" au CO₂ avec dyspnée, céphalées fronto-orbitaires persistant quelques jours, suivant, probablement, l'importance du taux de CO₂.

Accident dimanche 12 septembre 1993, dans la galerie de Pâques Sud du Trou qui Souffle:

Vers 15 h 45, un homme de 30 ans, spéléologue confirmé, chute en progressant sur des blocs, et se fracture le fémur droit.

Dés 18 h 18, le SAMU 38 est alerté, avec indication de ce diagnostic lésionnel.

La première équipe médicale rejoint le blessé à 23 h 45 (h+8), confirme une fracture du tiers inférieur du fémur droit, sans autre lésion. Le blessé était déjà bien isolé du sol et sous une "tortue". Il n'a pas froid, mais a très soif, son pouls est bien frappé.

Pose d'une perfusion de 500 cc de sérum glucose 10%, injection de 10 mg de Valium et d'une ampoule de Baralgine, puis installation sur le brancard spéléo avec duvet pour blessé, Heat-pack et pose d'un Pénilex. Enfin administration d'un comprimé de Palfium. Parallèlement des travaux d'équipement et de dynamitage sont effectués par les équipes techniques.

Le 13 à 3 h début du brancardage. Renfort médical vers 6 h 30, injection IV d'une ampoule de Nubain.

Vers 15 h 30 arrêt à un point chaud, nouveau bilan. Une plaie de la face externe de la cuisse en regard de la fracture est traitée par pansement bétadiné. Analgésie par Droleptan 5 mg et phénopéridine 1,5 mg. Antibiothérapie commencée vers 18 h: Spécilline 5 M, Tibéral 1 g.

Alimentation par boissons salées et sucrées. Perfusion de 500 cc de Ringer lactate.

Vers 18 h reprise du brancardage, injection d'un mg de phénopéridine. Arrêt à 20 h au sommet des toboggans argileux.

Les importants travaux de dynamitage en cours vont devoir être interrompus le 14 à 3 h en raison de l'accumulation de gaz toxiques. Ils ne pourront reprendre qu'à 14 h.

Le blessé va bien, urine bien. Il recevra Specilline 5 M et Tiberol 1 g à 8 h et 18 h, puis Clamoxyl 1 g et Tibéral 1 g le 15 à 8 h. Parallèlement, 1,5 l de sérum glucose 10%, et 1 l de Ringer lactate sont perfusés.

Le 15, vers midi: immobilisation avec de la mousse à cellules fermées et solidarisation avec le membre sain. Injection de 2,5 mg de Droleptan et d'1 mg de phénothiazine. Reprise du brancardage vers 12 h 30; nouvelle injection de phénothiazine 0,75 mg vers 16 h. Sortie de la victime le 15 à 20 h 20 (h+76). Son état général et hémodynamique est satisfaisant.

Suites hospitalières: mise en traction puis ostéosynthèse par clou centromédullaire et plaque le 18 septembre.

Ce secours a nécessité la mise en route de gros moyens de désobstruction pour élargir dans un premier temps quelques passages entre le lieu de l'accident et la salle du Soupierail, puis une zone, heureusement proche de l'entrée, étroite sur 400 m de longueur. Ces travaux ont imposé l'immobilisation du brancard du lundi 13 à 20 heures au mercredi 15 à 12 heures 30.

L'immobilisation a été plus longue que prévue en raison de l'accumulation de gaz toxiques (CO, oxydes d'azote): les conditions météorologiques déplorables ont provoqué l'arrêt du courant d'air naturel de la cavité. Cette accumulation de gaz a nécessité la mise en place d'un extracteur par les sapeurs pompiers, et provoqué un début d'intoxication chez 6 sauveteurs. Equipe médicale mobilisée: Barré, Chatelard, Rocourt, Chollet et Blanchard.

Accident du 2 avril 1994, commune de Caudiés de Fenouillet (66):

Le 2 avril, à 14 h 40, le Docteur Mercier est prévenu de la survenue d'un accident spéléologique. Une femme de 35 ans, sans antécédent pathologique connu, serait victime d'une fracture du fémur à la suite de la chute d'un bloc du plafond de la cavité. Pas de perte de connaissance, mais elle souffre énormément et se plaint d'avoir froid. Elle se trouve à - 150 m, au sec sous couverture de survie.

Le Docteur Mercier rejoint la victime à 19 h 45. Elle est consciente, souffre peu après avoir reçu un Temgésic sublingual, mais se plaint toujours du froid malgré les couvertures de survie. Son hémodynamique est satisfaisante (TA 11/6, pouls 84). Après deux tentatives infructueuses de pose de voie veineuse, l'amélioration du confort de la victime est privilégié: tente de survie, réchauffement avec les lampes acétylènes, alimentation et hydratation, poursuite de l'analgésie par Temgesic.

Le 3 à 3 h 30, arrivée d'une deuxième équipe médicale. Mise en place d'un cathéter court pour administrer du Plasmion, et 200 mg de Profénid dans 100 cc de sérum salé (effet antalgique remarquable en un quart d'heure).

Pose d'une atelle plâtrée, après un essai d'atelle résine qui ne durcira jamais.

Enfin, déplacement de la victime, dans la civière, vers une zone moins exposée à une montée des eaux.

Vers 6 h 45 un premier essai de transfert de la victime échoue suite à une sensation de vertige et de malaise apparaissant lors des tentatives de verticalisation. Mise en place d'une deuxième voie veineuse, et décision d'effectuer les déplacements à l'horizontale si possible. Nouveau départ vers 7h 30, déplacement pendant 20 minutes.

Mise en place d'une sonde urinaire, ramenant 600 cc (la patiente n'arrivait pas à uriner par elle-même) et injection de 10 M d'unités de pénicilline.

Poursuite du remplissage: à 10 h ont été perfusés 1 litre de Plasmlon, 500 cc de sérum glucosé à 5%, 200 cc de sérum physiologique.

Il est décidé d'utiliser un pantalon antichoc car une verticalisation probablement prolongée est nécessaire. Un renfort spécialisé est demandé, il est sur place à 15 h. L'état de la victime est satisfaisant: pouls 88, TA 12/8, température 36,2 C.

A 16 h 30, sous couvert d'une perfusion de Droleptan et de Nubain, le pantalon antichoc est gonflé à 30 mm, puis l'évacuation est commencée.

Sortie de la victime de la cavité à 20 h.

Accident du 16 avril 1994, Ria-Sirach (66)

Alerte à 20 h 30. La victime présenterait un traumatisme du thorax et de l'épaule gauche après une chute de 6 m. La cavité est sans difficulté particulière pour un secours. Contact avec le blessé vers 22 h, il est à 150 m de l'entrée, un médecin est déjà près de lui. L'équipe médicale elle-même est sur place à 22 h 30. Il n'existe pas de signe de détresse respiratoire, ni d'emphysème sous cutané, simplement une douleur thoracique intense à gauche avec gêne respiratoire et une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, mais la mobilisation douce est possible.

La décision est prise d'effectuer l'évacuation en civière, sans autre conditionnement. Le blessé sort de la cavité à 24 h. Le bilan médical définitif fait état d'une fracture de l'omoplate gauche et des arcs postérieurs de 3 côtes gauches.

Intervention au gouffre Berger les 6 et 7 juillet 1994

Le 6 juillet à 10 h 10 alerte du P.G.H.M. pour un accident à la cote - 200 dans le réseau Alex Pitcher: homme de 24 ans, chute d'une dizaine de mètres, victime consciente souffrant de douleurs lombaires.

A 13 h 47 l'équipe médicale (F. Rocourt, A. Barre) rejoint la victime.

Point chaud d'excellente qualité installé par les témoins; blessé non déplacé, à la base du puits, en sous-vêtements dans un duvet, isolé du sol et sous une tente de fortune (couvertures de survie).

Sa conscience est normale (a eu un traumatisme crânien avec perte de connaissance d'une dizaine de minutes). Bonne hémodynamique (pouls bien frappé à 75 par minutes, conjonctives bien colorées). Douleurs costales basses à l'inspiration. Abdomen souple, non douloureux. Douleur aiguë à la palpation appuyée de L1 et L2 sans signe neurologique périphérique. Douleur à la palpation du calcaneum gauche. Oedème de la lèvre inférieure.

Mise en place d'une voie veineuse de sécurité (Ringer lactate), d'un Pénilex (urines claires), et prélèvements sanguins.

A 17 h conditionnement du blessé dans le brancard, avec le duvet pour blessé et un Heat-Pack, et déplacement à l'abri des chutes de pierres. Alimentation orale.

Le 7 juillet à 1 h 48, début du brancardage. Injection d'un mg de phénopéridine en raison de violentes douleurs lors de la verticalisation du brancard.

A 3 h 30 relève de l'équipe médicale (Th. Delecour, A. Chollet).

A 14 h sortie du blessé. Au total il lui a été administré 4 mg de phénopéridine, il a reçu 1 l de Ringer lactate et 500 cc de Plasmion.

Son bilan lésionnel définitif: traumatisme crânien avec perte de connaissance brève, fracture tassement de L2 sans signe neurologique.

Suites hospitalières: laminectomie et pose de plaques de Roy Camille.

NOTES DE LECTURE

Toxicité des lampes à acétylène utilisées en spéléologie, dans la rubrique "Consultations médicales/ toxicologie", Concours Médical du 15/01/1994, p. 121

Cette rubrique propose des questions de confrères, avec réponses des spécialistes concernés. Pour le cas qui nous intéresse, les questions étaient:

"Durant mes loisirs, je suis amené à encadrer un petit groupe d'une dizaine de personnes pour des sorties spéléologiques. Je me demande si l'acétylène que dégage nos lampes à carbure lorsqu'on les déchaule, parfois dans de petites cavités, peut être dangereux ou toxique pour un organe ou un autre tellement ce gaz volatil est malodorant. S'il y avait une toxicité potentielle, quels en seraient les signes annonciateurs?" Dr M., 24

Après un rappel sur le fonctionnement d'une lampe à acétylène, le P' CONSO signale que l'inhalation de petites quantités de ce gaz peut provoquer céphalées, asthénie et troubles de la vigilance, mais l'effet narcotique ne se manifeste qu'à partir de 10% de C₂H₂ dans l'air inspiré durant au moins trente minutes. Par ailleurs, l'odeur désagréable est liée à des impuretés du carbure de calcium (hydrogène sulfuré, phosphoré, ou arsenié, et ammoniac) dégagées en très faibles quantités (moins de 0,5% de l'acétylène).

Nous ajouterons que les troubles de vigilance sus-cités peuvent être dangereux en spéléologie, et qu'au moins deux cas d'intoxication à l'acétylène sont cités dans la littérature spéléologique (FENIES 1952 et VALENTIN 1980). Signalons aussi sur ce sujet l'intéressant article de F. BIANCHI-DEMICHELI paru en 1986: "Le gaz acétylène, Stalactite, La Chaux de Fonds, 36 (2), p. 94-95". Rappelons enfin au Y' M. qu'en déchaulant dans une poche poubelle les émanations sont rarement incommodantes.

DATRY A.: Mycoses tropicales, Myco Top 12, 1992, Lab. JANSSEN éd., 24 p.

Ce fascicule fait un survol rapide des principales mycoses tropicales. On y trouve ainsi traitées le mycétome fongique, les phycomycoses, la maladie dermatophytique, les blastomycoses, les histoplasmoses, la sporotrichose, les chromomycoses et la coccidioïmycose. En quelques lignes sont abordés épidémiologie, diagnostic et traitement de chacune de ces pathologies, le tout étant agrémenté d'une iconographie de qualité. Enfin, une bibliographie de 81 entrées termine le fascicule. Outre les rappels sur la fameuse histoplasmosse américaine, cette publication a le mérite de nous rappeler de manière synthétique la diversité des mycoses tropicales auxquelles peut être confronté le spéléologue (et son médecin!) en expédition lointaine.

MALLARD M.: Le cri d'alarme d'un médecin spéléologue devant la pollution des eaux souterraines, Actes XIX Congrès National F.F.S. Montpellier 1991, p193-195.

Notre Collègue décrit dans cette communication la première thèse de médecine consacrée à la spéléologie, oeuvre d'un certain Michel THEODOLOU, en 1933. Ce travail, d'un intérêt historique certain, mettait déjà l'accent sur les risques de pollutions souterraines, et permet d'évaluer l'état des connaissances dans le domaine de la protection des eaux karstiques dans la France d'il y a soixante ans.

Jean-Michel Ostermann

COMITE DIRECTEUR COMED

Le Docteur François COUSSEMENT a été nommé le 24 septembre 1994 Médecin Coordinateur National, membre du comité directeur de la Commission Médicale de la Fédération Française de Spéléologie, en remplacement du Docteur Jean-Louis HEIB

La composition du comité directeur CoMéd est donc la suivante:
Docteur Thierry COSTE: Président

Docteur Jean-Michel OSTERMANN: Président Adjoint

Docteurs Jean BARIOD, François COUSSEMENT, Agnès DELERON, Michel MALLARD et Guy VALENTIN: Médecins Coordinateurs Nationaux.

REUNION ANNUELLE DE LA COMED Dordogne, 24 et 25 septembre 1994

Organisée, cette année, par le Docteur Ostermann dans cette magnifique région qu'est le Périgord, cette réunion sera comme chaque année l'occasion de faire le point sur ce qu'est devenu la CoMéd au fil des ans, et quels sont ses projets, ses ambitions, mais aussi quels sont ses moyens.

Ce peut être aussi, mais cela dépend surtout de vous, l'occasion de se rassembler, de se rencontrer. Et, si vous le souhaitez, de vous faire participer plus profondément à la vie de votre fédération.

J'espère que, pour le moins, les "locaux" vont se mobiliser et nous rendre visite.

Pour tout renseignement complémentaire contactez Jean-Michel Ostermann, 24800 CORGNAC SUR L'ISLE.

QUESTIONNAIRE 94 A (une réponse annuelle est souhaitée)

Prénom:

Profession exacte:

Adresse:

Téléphone: Fonction fédérale:

Désirez-vous recevoir (ou continuer à recevoir) la Feuille de Liaison de la CoMéd ?

OUI

NON

CONGRES, ENSEIGNEMENTS

Diplôme de traumatologie sportive, année universitaire 1994-1995, université Pierre et Marie Curie - Paris VI, faculté de médecine Pitié-Salpêtrière.

Enseignement d'une durée de 1 an, réservé aux docteurs en médecine de nationalité française, aux médecins étrangers titulaires ou en cours de DES ou de DIS, aux étudiants en médecine ayant accompli le stage pratique de fin d'étude, aux internes des CHR aux étudiants en médecine de 2ème cycle d'études médicales titulaires du CSCT, aux candidats admis par le directeur de l'U.F.R.

Son but est d'approfondir les connaissances théoriques et pratiques concernant les différents aspects de la Traumatologie du Sport.

Demandes d'inscription par écrit au Secrétariat du D.U. de Traumatologie du Sport, Service de Rééducation Neurologique, 47 bd de l'hôpital, 75651 Paris Cédex 13. Joindre: lettre explicative, C.V., copie des diplômes et une enveloppe 24x32 timbrée à 16 francs

12^{ème} journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière: Lésions cartilagineuses en pratique sportive.

Elle aura lieu le samedi 5 novembre 1994 de 8 h à 18 h à la Maison de la Chimie, Centre International de Congres, 28 rue Saint Dominique, Paris 7e

Pour tout renseignement ou pour s'inscrire (date limite 27 octobre, adresser un chèque de 400 f à l'ordre de l'A.D.R.E.T.S.): secrétariat du D.U. de Traumatologie du Sport, Dr J. Rodineau, Service de Rééducation, Hôpital de la Salpêtrière, 47 bd de l'hôpital, 75013 Paris.

PUBLICATIONS COMED ACTUELLEMENT DISPONIBLES

Le Compte-Rendu de la 10ème réunion nationale de la CoMéd, Chalain 90. Participation demandée de 30 francs en timbres français ou par chèque.

Quelques exemplaires des Feuilles de Liaison n 19, 21, 22, 23 et 24.

Participation demandée de 7,50 francs en timbres français ou par chèque par fascicule.

BON DE COMMANDE DES PUBLICATIONS CoMéd

Nom: Prénom:

Adresse:

Je désire recevoir exemplaire(s) du compte-rendu de la réunion nationale

de la CoMed F.F.S. Chalain 1990 au prix unitaire de 30 francs Je désire recevoir ... FL n°19, ... FL n° 21, ... FL n° 22, ... FL n° 23, ...FL n° 24

t) Je vous adresse donc francs en timbres postes

t) Je joins un chèque de francs à l'ordre de la Commission Médicale.