

# MEDICINA SPORTIVĂ

Supliment redactat sub îngrijirea Societății medicale de educație fizică — Cluj

TOT CE PRIVEȘTE REDACTAREA ACESTUI SUPLIMENT SE VA TRIMITE PE ADRESA: Dr. Emil Vlădu — Clinica Medicală — Cluj

Clinica Chirurgicală din Cluj  
Director Prof. Dr. AL. POP.

## FRACTURILE PRIN SMULGERE A SPINEI ILIACE ANTERO-SUPERIOARE CA LEZIUNE SPORTIVĂ

De: Dr. PRĂGOIU IOAN și Dr. ADAM EUGEN

Fracturile prin smulgere a spinei iliace antero-superioare au devenit leziuni cu o frecvență tot mai mare, pe măsură ce sportul a început să fie difuzat în masele populare și mai ales grație avântului și bunei organizații ce s'a dat medicinei sportive în ultimul timp. Acest fapt reiese și din datele statistice. Astfel *Balensweig* în 1930 găsește abia 22 de cazuri de smulgeri ale spinei iliace antero-superioare, în toată literatura mondială, până când abia după trei ani *Schlöffel* prezintă o statistică de 66 cazuri. Leziunea nu este numai strict sportivă, deoarece ea se găsește și la muncitori, după cum *Straus* a observat 6 cazuri la minieri, sau poate să survină la diferiți indivizi în ocupațiile de toate zilele.

Îngrijirea deosebită ce se pune la sportivi pentru recuperarea cât mai grabnică și perfectă a integrității lor fizice, a contribuit în mare măsură la descoperirea și tratamentul acestor fel de leziuni, până când muncitorii și mai ales cei asigurați, de multe ori le exploatează pentru obținerea unei rente de invaliditate.

Numărul restrâns al acestor cazuri publicate în literatura noastră medico-sportivă ne-a determinat să expunem în cadrul acestui studiu, un caz personal de smulgere a spinei iliace antero-superioare, tratat în serviciul clinicii chirurgicale din Cluj, de sub conducerea dlui Prof. Dr. Al. Pop.

V. I. 19 ani, tâmplar, premilitar. Este adus în serviciul clinicii chirurgicale în ziua de 24 Noemvrie 1935, cu impotența funcțională a membrului inferior drept. Ca istoric al leziunii este de remarcat faptul, că bolnavul fiind la exerciții premilitare și fiind pus să fugă, după ce a parcurs o distanță de aproximativ 100 metri — cu maximum de sforțare — la un moment dat a simțit o durere vie sub formă de arsură la nivelul spinei iliace antero-superioare drepte. În acest moment sub impresia durerii și neputându-se ține pe pi-

cioare, cade la pământ. Afitudinea de flexare a coapsei drepte pe bazin îi mai atenua durerile. După administrarea unui calmant este transportat cu Salvarea la Clinică.

La examenul local se constată tumefierea regiunii spinei iliace antero-superioare cu sensibilitate mare la palpare. Nu se percep crepitațiuni osoase. Examinat radiologic (figura 1) se constată fractura prin

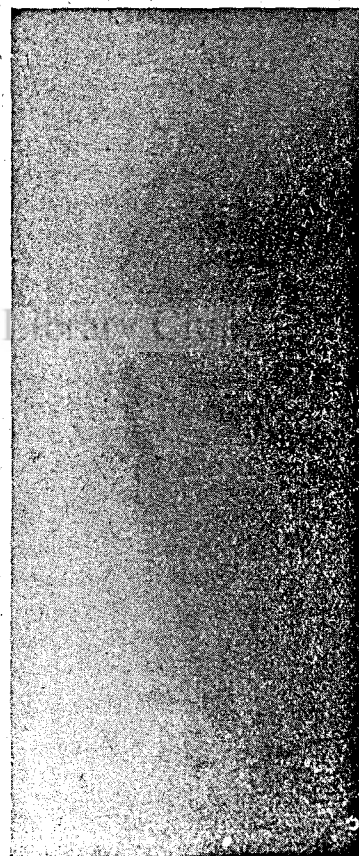


Fig. 1.

smulgere a spinei iliace antero-superioare drepte cu deplasarea ei totală în jos cu aproximativ 2,5 cm. Se imobilizează membrul inferior drept pe o atelă Braun și se aplică comprese umede pe regiunea spinei iliace antero-superioare drepte. După trei săptămâni de imobilizare se reduce complet tumefacția dela acest nivel și dispăre în același timp și sensibilitatea. Se începe masajul și mișcările pasive și active. La șapte săptă-

mâni dela data accidentului, bolnavul își reia meseria și exercițiile premilitare.

Controlat la data de 23 August 1927, se constată revenirea completă a funcțiunii membrului inferior drept. Local se palpează o rezistență nedureroasă, ce corespunde calusului osos de vindecare a spinei smulse. Radiologic (fig. 2) se constată o sudare osoasă com-

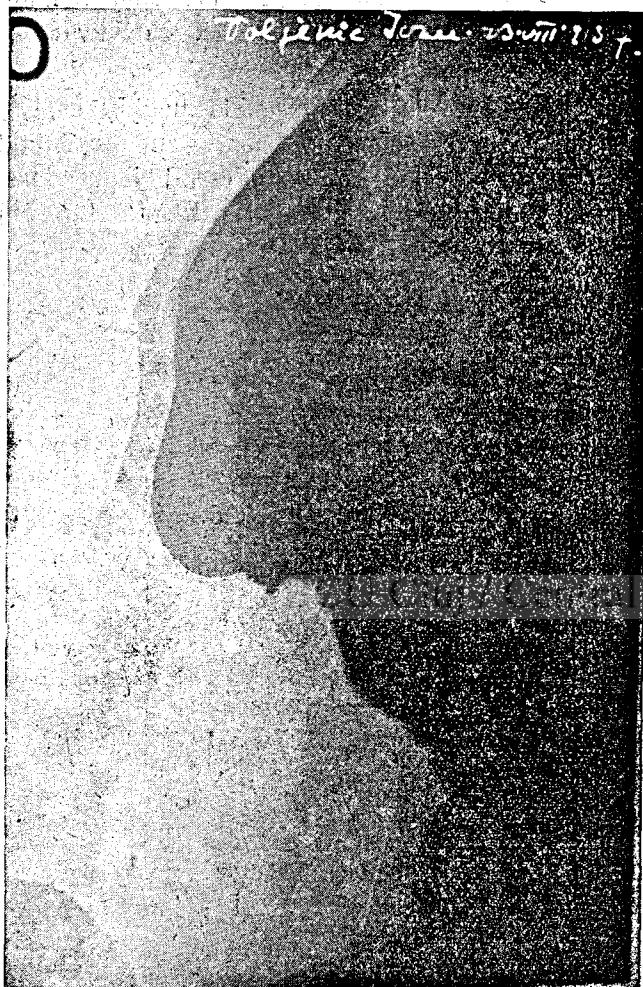


Fig. 2.

pletă și puternică a spinei iliace antero-superioare drepte de restul coxalului.

Sporturile la cari se întâlnește mai frecvent această leziune, sunt în primul rând alergările, mai ales cele rapide și de scurtă durată (100, 200, 400 metri) și jocurile în cari alergarea intră ca element principal (football, rugby și handbal).

Un alt sport la care deasemenea se produce acest accident, este ski-ul (*Horvath*). *Kahnt* descrie un caz de fractură la un săritor.

După descrierea diferiților autori, la fel ca și în cazul nostru, se observă că această afecțiune este mai frecventă la tineri sportivi între 15 și 20 de ani. Aceasta

se datorește în primul rând faptului, că sporturile amintite mai sus se practică cu predilecție la această vârstă și în al doilea rând intervine factorul osteogenic. Spina iliacă se osifică printr'un punct de osificare secundar, care apare între 14 și 16 ani (*Testut*) și care nu se sudează cu restul osului iliac decât între 20 și 22 ani. Din aceste motive termenul de fractură prin smulgere a spinei iliace antero-superioare se poate atribui numai leziunilor survenite după perioada de osificare până când la adolescenți o să avem o decolare epifizară propriu zisă. Această decolare deci la indivizii între 14 și 20 de ani este urmarea unei stări locale normale fiziologice și nicidecum nu se datorește unei turburări în osificare după cum susține *Hartwich*. De aceea și problema unui rachitism tardiv ridicată de acest autor nu este justă, cel puțin la indivizii între vârstele amintite mai sus.

În general, traectul liniei de smulgere pleacă de sub spină, dela nivelul scobitului nervului femuro-cutanat și se îndreaptă în sus și înapoi spre creasta iliacă. De multe ori poate să intereseze și creasta iliacă. Smulgerea izolată a spinei iliace antero-superioare, cum este cazul nostru, este destul de rară și în aceste cazuri fragmentul smuls are o formă hemisferică cu o parte escavată, de aproximativ 2 cm. În mod obișnuit însă fragmentul detașat pe lângă spina iliacă propriu zisă, mai cuprinde și o parte din creasta iliacă lungă de 6—10 cm.

În ce privește frecvența relativă a acestei afecțiuni față de celelalte fracturi și decolări prin smulgere, *Cords* publică în 1935 statistica următoare: fracturi a micului trochanter 70; fractură a spinei iliace antero-superioare 61; fractură a spinei iliace antero-inferioare 4 și fractura tuberosității ischiatice 7. În plus câte un caz de smulgere a epicondilului humeral (*Rhesin*) și o smulgere bilaterală a olecranului (*Knoll*).

Factorul care declanșează această smulgere a spinei iliace antero-superioare se datorește în mod clasic — după majoritatea autorilor — acțiunii mușchilor, croitor și tensor al fasciei lata. *Löhr*, *Bollag*, *Turco*, din contră invoacă contractura mușchilor oblici abdominali și a fesierului mijlociu. Pe de altă parte *Hanke* consideră dreptul femoral, iar *Rothbart* cvadricepsul, drept cauza acestei smulgeri.

În ce privește mecanismul inim, păreriile autorilor se împart în două mari grupuri. Din prima grupă *Schlöffner* explică acțiunea de smulgere a croitorului și a tensorului fasciei lata prin faptul, că ei nu se relaxează suficient în momentul când antagoniștii lor se contractă. *Hartwich* din contră consideră o relaxare insuficientă a antagoniștilor.

*Wagner* susține două mecanisme:

1. O contractură bruscă pentru a preveni o cădere și

2. La un neantrenat, mușchii principali după o alergare de 50—60 metri au obosit și în acest moment intră în acțiune mușchii ajutători, croitor și tensor a fasciei lata, cari contractându-se izolat, produc smulgerea spinei iliace antero-superioare. *Lindhart* acuză supra-antrenamentul drept cauză favorizantă. În general, la acești autori ideea fundamentală susținută mai ales de *Pirker*, *Mandl*, *Zollinger*, este «turburarea coordonațiunii musculare» sau mai bine zis lipsa de coordonare.

A doua grupă de autori o formează partizanii teoriei lui *Baetzner* în frunte cu *Ascher* și *Cords*. Pentru ei smulgerea spinei iliace și în general majoritatea leziunilor sportive, se datoresc faptului, că se crează un locus minoris rezistentiae, prin osteoporoza produsă în urma eforturilor musculare exagerate. Dar chiar când osul ar fi normal, cauza leziunii este o turburare de echilibru (eine Missverhaltung) între mușchi și os, (*Breitner*), sau o lipsă de dozaj a forței musculare prin faptul, că organismul nu apreciază just rezistența țesutului osos. Din acest fapt se degajă și două concluziuni în ce privește practicarea sporturilor. Prima este, condiția optimă, atât musculară, cât și mai ales psihonervoasă pentru o colaborare cât mai armonioasă a acestor elemente. *Hartwich* și *Cristopher* pentru a învinge inerția musculară, recomandă înaintea unui concurs o scurtă alergare de încălzire (*Warmlauf*). A doua concluzie are în vedere o practică moderată a sporturilor pentru a nu duce la acele microtraumatisme, cari pot fi evitate printr'un antrenament treptat și bine condus, în urma căruia organismul își cunoaște rezistența țesuturilor, iar influxul nervos nu produce supradozarea efortului muscular. Am insistat asupra acestor teorii patogenice căci ele formează ideile fundamentale ale medicinei sportive și în același timp explică mecanismul de producere a acestor leziuni.

După cum am amintit, afecțiunea poate surveni fie dintr'o mișcare brutală, o contractură bruscă a mușchilor la începutul unei alergări, sau poate fi rezultatul unei mișcări reflexe pentru a preveni o cădere, (*Steinthal*). Mai frecvent însă smulgerea se produce în timpul alergării într'un moment de sforțare, cum este la cazul nostru. Unii pretind, că alergătorul la un moment dat mărindu-și pasul, se produce o hiperextensie, care produce smulgerea (*Ruppert*). Același lucru s'ar petrece și la salturi și sky.

În toate cazurile primul simptom este durerea bruscă intensă, cu o senzație de arsură (sfășiere) la nivelul spinei iliace antero-superioare. Imediat apare

## Instalație completă

pentru practica medicală, toate aparatele și instrumentele necesare, între altele

**Siemens—Reiniger—Veifa Gross  
Heliodor Röntgen, Pantostat,**

aparate pentru diatermie, lampa de cuarț, *Sollux*, în stare ireproșabilă, de vânzare.

A-SE ADRESA SUB

**„INSTALAȚIE COMPLETĂ“**

LA ADMINISTRAȚIA REVISTEI

impotența funcțională, bolnavul cade ca lovit la pământ, cu coapsa flexată pe bazin, atitudine care îi micșorează suferința. La examenul local se constată tumefierea regiunii spinei smulse. La palpate uneori se poate simți fragmentul osos smuls, iar *Leveuf* pretinde că s'ar obține și crepitațiuni osoase. Uneori găsim spina detașată cu 2—3 cm. în jos și putem s'o repunem în urma manoperei de flexiune puternică a coapsei pe bazin. Dacă reușim să ridicăm bolnavul în poziție verticală, observăm un semn interesant și anume accidentatul nu poate pași înainte, până când mersul înapoi »ca racul« este posibil și puțin dureros. Examenul accidentatului se completează totdeauna cu o radiografie, care ne indică în mod precis, poziția fragmentului smuls, mărimea și forma lui. Sunt o serie de cazuri semnalate de *Mandl*, cari din punct de vedere clinic prezintă toate semnele unei smulgeri a spinei iliace antero-superioare, iar la examenul radiologic nu se observă smulgerea spinei. Evoluția ulterioară ne arată că a fost o mică smulgere periostală care ulterior se calcifică.

O afecțiune asemănătoare și care se poate produce în condițiuni identice, formează rupturile musculare ale croitorului, cari se manifestă printr'un hematom și la palpate se găsește o ancoșă în traectul muschiului.

Tratamentul smulgerii spinei iliace antero-superioare este de două feluri, fiecare având partizanii săi.

1. Tratamentul conservator constă în repaus la pat cu membrul inferior respectiv imobilizat în poziția de relaxare completă a mușchilor croitori și al fasciei lata, adică în flexiune și ușoară rotație internă. Această poziție se obține fie așezând membrul inferior pe o atelă Braun cum s'a procedat în cazul nostru, fie fixându-l pe o atelă gipsată. Timpul de imobilizare în medie este de 3 săptămâni (*Hartwich*), după care se va începe treptat masajul apoi mobilizarea pasivă și activă.

2. Tratamentul chirurgical sângerând este terapia de elecție — pentru alți autori. Ei fixează spina smulsă cu câteva fire de catgut de periostul osului iliac. După aceasta se imobilizează membrul respectiv în felul descris mai sus, însă numai pen'ru 10 zile (*Hartwich*). Abstracție făcând dela riscurile operatorii, această metodă este de preferat, deoarece obținem o refacere anatomică și o vindecare mult mai rapidă. *Bollag* în cazul lui a extirpat porțiunea de os smulsă și după 3 săptămâni a obținut o vindecare perfectă.

Oricare ar fi metoda de tratament, toți autorii sunt de acord a recunoaște benignitatea evoluției acestei afecțiuni. Se citează cazul lui *Westerborn*, unde după o asemenea fractură prin smulgere, s'a produs o pseudoartroză și ca urmare mișcările de flexiune a coapsei au rămas limitate. *Lambotte* deasemenea semnalează pseudo-artrozele ca urmare destul de frecventă a acestei leziuni, ceea ce însă nu pare a corespunde realității, deoarece și în cazul nostru cu toate că a fost o deplasare mare a spinei smulse, s'a obținut o consolidare perfectă a ei cu osul iliac.

În general deci, membrul afectat își recuperează integral funcțiunea și după 3—4 săptămâni dela suprimarea imobilizării bolnavul poate să-și reia treptat ocupația sau sportul favorit.

### Bibliografie.

*Bollag L.*: Abriss der Spina iliaca ant. sup., eine typische Sportverletzung. Schweiz, Med. W. schr. Vol. I. p. 178—1933. — *Breitner B.*: Sportschäden und Sportverletzungen. Neue Deutsche Chirurgie Bd. 58 Stuttgart 1935. — *Cristopher F.*: Fraktur spina ant. sup. ilei. J. Amer. Med. Assoc. Vol. 100 p. 113, 1933. — *Gallagher I. R.*: Fraktur Spina il. ant. sup. Am. J. of Surg. Vol. 102 p. 85. — *Garré Küttner-Lexer*: Handbuch der praktischen Chirurgie. Vol. 4. Stuttgart 1937. Die Hanke isolierte Abriss-Fraktur spinae iliaca anterior superior als Skilautverletzung. Chirurg. Nr. 4 p. 23 1932. — *Hartwich A.*: Praktikum der kleinen Sportverletzungen. Wien 1935. — *Hoffheinz S.*: Abriss spina il. ant. sup. Ref. Münch. Med. Wochschr. p. 411. 1932. — *Löhr W.*: Überden Epiphisen Abriss der Spina iliaca anterosuperior, eine typische Sportverletzung beim Schnelllauf D. Med. Wochenschr. Vol. I. pag. 958. 1930. — *Lozinskaja A.*: Das Symptom des

„Krebstanges“ beim Abriss der Spina iliaca anterior-superior. Orthop. I. No. 5 p. 70. — *Mandl F.*: Pathologie der Funktion. Über die Schäden gesteigerter Körperfunktion durch den Sport. Wien Med. Wochenschr. No. 48 1934. — *Ombredanne-L. P. Matheu*: Traité de Chirurgie Orthopedique. Tom. 5. 1937. — *Pirker H.*: Bruch der Oberschenkeldiaphyse durch Muskelzug. Arch. Klin. Chir. Vol. 175 No. 1 1933. — *Robertson*: Fraktur spina il. ant. sup. J. Bone Surg. Vol. 17. p. 1045. — *Rothbart L.*: Abrissfraktur spina il. ant. sup. Zbl. Chir. p. 781 1932. — *Schlöffel W.*: abris spinae il. ant. sup. Sportverletzung Tezä Leipzig 1933. — *Turco A.*: Il distacco della spina iliaca anteriore superiore (Trauma sportivo). Policlinica ser. prop. Vol. I. p. 1308 1931. — *Wachsmuth-Wölk*: Über Sportunfälle und Sportschäden. Leipzig 1935. — *Wagner*: Über Frakturen durch Muskelzug. Arch. Clin. Chir. Vol. 171 Pag. 503 1932.

### PRĂGOIL et ADAM E.: Les fractures par arrachement de l'épine iliaque antero-supérieure, chez les sportifs.

Les auteurs décrivent un cas d'arrachement de l'épine iliaque antero-supérieure droite survenu pendant des exercices sportifs, chez un jeune homme de 19 ans. La lésion décrite se comporte au point de vue radiologique, comme un décollement épiphysaire. Le traitement conservateur appliqué, a donné une guérison complète avec consolidation osseuse de l'épine arrachée.

### PRĂGOI I. und ADAM E.: Die Abriszfraktur der spina iliaca ant. sup. Sportverletzung.

Die Verfasser beschreiben einen Fall von Abriszfraktur der rechten spina iliaca ant.-sup. bei einem 19 jährigen Jüngling während einer Sportübung (Sprinten). Der beschriebene Fall gestaltet sich vom radiologischen Standpunkte als eine Epiphysenlösung. Die konservativ angewandte Behandlung gab eine vollkommene Heilung mit Kallusbildung.

Clinica Medicală din Cluj

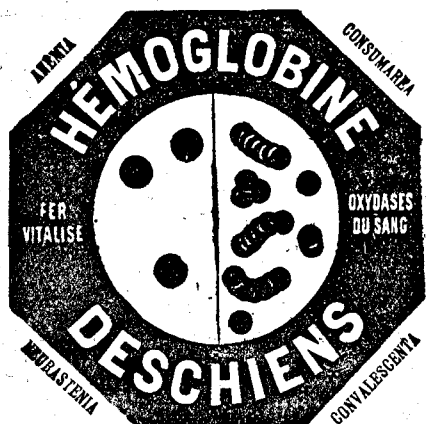
Director: Prof. Dr. I. HAȚIEGANU

Dispensarul de consultații medico-sportive.

### ASUPRA DISPEPSIEI LA SPORTIVI.

de Dr. EMIL VICIU

Cu ocazia consultațiilor de medicină aplicată la sport, cari au loc la Clinica Medicală, am observat câteva cazuri de dispepsii a căror aspect clinic mi-au sugerat unele considerații pe cari încerc să le prezint aici, într'un mod foarte sumar.



# OPOTERAPIE HEMATICA

## SIROPUL DESCHIENS

cu Hemoglobina

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

Dosaj : 1 lingură de supă înaltă fiecarei mese.

Reprezentant-Depozitar : Drogueria Standard, Str. S. F. Ionica 8 BUCUREȘTI

Cadrul simptomatic al dispepsiilor observate la sportivi coincide perfect cu sindromul dispeptic obișnuit. Ceia ce m'a îndemnat însă să discut această problemă de patologie digestivă, sub acest unghi de vedere al dispepsiei la sportivi, este faptul că am găsit în practica sporturilor unele elemente fără cari nu aveam suficiente date pentru clarificarea etiologiei și patogeniei lor.

Este adevărat că și *M. Boigey*, în admirabilul său tratat de medicină a sportului, amintește existența unei dispepsii la sportivi, fără să treacă însă în considerații clinice mai amănunțite,

În cazul acestor observații personale, cei mai mulți dispeptici prezentau terenul obișnuit al acestor turburări disgestive; habitusul general astenic cu atonii ale organelor-enteroptozicii lui Stiller. Acuzele cari le aveau erau obișnuitele fenomene dispeptice; senzații de greutate ori distensie epigastrică cari apăreau curând după alimentație și erau mai exprimate după mesele copioase. Pofța de mâncare mai diminuată din cauza unei senzații de plenitudine gastrică continuă. Arsuri gastrice, piroze, hipotensiune. Aceste cazuri le-am întâlnit mai mult printre studenții tineri, cari în baza tipului lor constituțional au fost scutiți în liceu de educația fizică și cari se prezentau la consultațiile noastre tot pentru a cere o astfel de scutire

Alteori acești tineri cu tip constituțional astenic au făcut un antrenament sportiv destul de intens deaceia linia lor constituțională este în bună parte mascată de o masă musculară cu oarecare tonicitate, ori cu un țesut celulo-adipos mai abundent, care simulează o masă musculară suficientă. Aceasta este categoria acelor pe cari B. de Coteau îi numește »pseudo-atleji«. Stabilirea justă a tipului constituțional nu este deci importantă numai pentru evaluarea capacității de efort fizic, dar ne poate aduce unele servicii prețioase și în domeniul patologiei digestive.

Este de mare importanță ca unui tip constituțio-

nal cu semne evidente de »diateză ptotică«, să-i consiliem din vreme un regim de educație fizică ajustată habitusului. Mai ales că mulți dintre sportivii cu un astfel de habitus aparțin tipului longilinic, categoria din care se recrutează săritorii în lungime, aruncătorii de suliță, săritorii în înălțime. Pentru acești predispuși la enteroptoze ar fi extrem de important ca viața sportivă s'o înceapă cu exerciții de fortificare a peretelui abdominal. Această indicație s'o facem nu atât din intenția de a încerca să corectăm unelele insuficiențe constituționale, cât mai ales din interesul unei opere preventive; sportivul, prin practica unor atât de variate mișcări, este expus la foarte multe zguduiri, șocuri cu pământul; de ex. la salturi în înălțime, salturi cu prăjina, volley-ball, etc. Aceste zguduiri contribuiesc și ele la slăbirea elementelor de susținere a viscerelor abdominale.

Uneori tinerii sportivi cari prezentau acuze dispeptice, afirmau că aceste fenomene digestive nu dispar în cursul antrenamentului sportiv, ba chiar se accentuează. Acest fapt este în măsură să ne contrarieze, pentru că aproape toți autorii amintesc la capitolul de tratament al acestor dispepsii și exercițiile fizice, plimbări, masajii. Probabil din considerația că acestea ar favoriza un tranzit gastro-intestinal mai normal, mai ales în cazul așa ziselor dispepsii de hipostenie la cari se găsesc spasmuri orificiale, de ex. la nivelul pilorului.

Incoordonanța de simptome mi-se părea și mai inexplicabilă, în cazul când acești sportivi nu făceau parte din categoria tipului astenic ori longilinic. La un examen medico-sportiv mai amănunțit, nu prezentau o reacțiune cardio-vasculară de efort, obișnuită astenicilor ori celor cu dezechilibru vago-simpatic. La toate probele de efort fizic reacționau într-o perfectă coordonanță cu intensitatea probei, nu aveau o prea pronunțată tachicardie ortostatică nici reflexul abdomino-cardiac a lui Prevel, etc.

Toate aceste incoordonanțe m'au constrâns ca să

caut explicația acestor turburări dispeptice, prin aplicarea datelor cunoscute, de etiologie și patogenie a dispepsiilor, la condițiile speciale de practică a sporturilor.

Se știe prea bine că un organ abdominal oarecare, dar mai ales stomacul, care are un cât de mic grad de relaxare a elementelor sale anatomice de susținere, prin tracțiunea mecanică asupra acestor elemente de conexiune, constituie o cauză de hiperestezie a plexului solar. Organele abdominale au acum libertatea unui joc mai larg în cavitatea abdominală, mai ales în timpul mișcărilor sportive mai violente, de ex. în cazul șocurilor puternice cu pământul, la salturi în înălțime ori cu prăjina. Au loc o serie de șocuri inter-viscerale, pe lângă tracțiunea elementelor de susținere, factori cari produc o stare de iritare a plexului solar. Mi se pare foarte instructiv să amintesc cazul unui motociclist expus acum câțiva ani la una din ședințele Soc. Medicale de educație fizică și sport — Cluj — care prezenta adevărate crize abdominale de câte ori făcea curse mai lungi și pe drumuri mai accidentate. Examinările făcute în toate direcțiile nu au putut stabili mai mult decât o ușoară visceroptoză.

Pentru interpretarea acestor fenomene am făcut apel la sprijinul teoriei lui *G. Leven*, azi oarecum abandonată, dar care își regăsește acum actualitatea, prin furnizarea unor date foarte prețioase, în cazul acestor dispepsii ale sportivilor. El a fost vajnicul susținător al dispepsiilor nervoase, pe cari le considera ca o manifestare a hiperesteziei plexului solar; semnul »durerii semnal» a lui *Leven* la care s'a mai adăugat și acela preconizat de *Glénard* »la signe de la sangle».

Plexul solar ține sub dependența sa întreaga funcțiune gastrică, de aceea orice turburare la acest nivel provoacă și o perturbare în motricitatea și secreția gastrică. Nu totdeauna o astfel de dispepsie reflexă își are cauza numai într'o iritație locală a sistemului nervos solar. *Leven* a arătat de la început extrema varietate a cauzelor cari pot declanșa un sindrom dispeptic pe cale neuro-vegetativă. Ex. un rinichi mobil, duoden mobil, ptoză perineală etc.

În cazul special al sportivilor, înafară de existența unei ptoze — pe care nu totdeauna o găsim însă — trebuie să admitem existența unei stări inițiale de hiperestezie a plexului solar. Numai astfel ne putem explica unele cazuri de dispepsii cu simptome disproporționate față de micile cauze pe cari le-am putea depista. La sportivii cari practică de ex. jocurile de asamblu; foot-ball, rugby, la boxeuri, călărești, etc. au loc foarte dese lovituri la nivelul plexului solar. Repetarea acestor lovituri cât și intensitatea lor sunt în stare să producă o adâncă turburare, o hiperestezie a acestui centru vegetativ care este regizorul întregii fiziologii abdominale.

Consecutiv acestei perturbări în echilibrul de funcționare a acestei centrale nervoase, au loc o serie întregă de modificări variate, la nivelul stomacului ori a altor organe abdominale; modificări a troficității, a chimismului gastric. Pentru a ilustra importanța acestor traumatisme epigastrice în patologia gastrică, este suficient să amintesc că *Felix Ramond* găsește explicația frecventelor ulcere gastrice a pantofarilor, în practica acestei meserii; regiunea epigastrică este supusă unor permanente acțiuni mecanice. În acest mod am putea explica acelea dispepsii ale sportivilor, cari apar în timpul perioadelor de campionat sau a antrenamentului; dispepsia de concurs.

Pe lângă judiciositatea indicației unei gimnastici de fortificare a peretelui abdominal, înainte de a intra în practica intensă a unui sport, pentru a preîntâmpina pericolul unei ptoze abdominale căreia am văzut că viața sportivă îi oferă suficiente ocazii ca să se instaleze, mai există și o altă serie de precauțiuni pe cari nu trebuie să le neglijeze un sportiv. Așa, ar fi hotărâtă contraindicație de a face sport curând după alimentație, când stomacul nu s'a evacuat încă de alimentele ingerate, mai ales în cazul sportivilor vegetarieni. Nu numai pentru a evita acea supra încărcare a funcțiunii cardiace dar și pentru a exclude posibilitatea unei supraexcitabilități a plexului solar, care se instalează consecutiv unei tracțiuni a stomacului încărcat cu alimente.

În concluzie, să ne orientăm cu mult discernământ în cazurile de dispepsii la sportivi, pentru că trebuie să adoptăm cu totul altă conduită în cazul dispepsiilor pe bază de ptoză și atonie gastrică unde în general instituirea unei gimnastici adecvate contribuie foarte mult la remontarea unei funcțiuni compromise, pe când în cazul dispepsiilor întreținute prin condițiile speciale cari se realizează în practica intensivă a sportului, trebuie să instaurăm o conduită oarecum opusă: interzicerea anumitor sporturi, evitarea acelor mișcări cari sunt în măsură să întrețină aceste dispepsii pe cale nervoasă. Toate aceste precauțiuni nu trebuiesc interpretate ca niște măsuri excesive, fiindcă dispepsiile sunt niște semne discrete a unor suferințe abdominale uneori serioase, iar pentru cazul special al dispepsiilor la sportivi, țin să reamintesc o expresie a lui *Felix Ramond*; „Dispepsia nervoasă deschide scena iar gastrita o termină”.

## REVISTA REVISTELOR

**Congresul Internațional de Medicină aplicată la Educația fizică și la sporturi—Paris, Iulie 1937.**

Congresul s'a ținut în Marele Amfiteatru al Facultății de Medicină. La deschiderea solemnă care a avut loc la data

de 11 Iulie, pe lângă reprezentanții autorităților, au mai luat parte și câteva mari figuri ale medicinei franceze: Prof. P. Carnot, Prof. A. Latarjet, Prof. Roussy, Prof. Merklen, etc.

Din partea străinătății se remarcă o largă participare a Germaniei, Italiei, a căror delegați și-au susținut comunicările cu competență și omogenitate. Au mai participat Polonia, Belgia, Elveția, Cehoslovacia, Anglia, iar din partea României Drul M. Atanasiu și subsemnatul.

Comunicările se deschid cu acelea ale secției de biologie a sportului. Cucereste un interes deosebit raportul Doctorului Arlaud (Toulouse) despre „O experiență alimentară de lungă durată și la altitudine înaltă”. Drul Arlaud fiind medicul expediției franceze din Himalaja în 1936 a avut un teren inedit și ideal de observație. Ajunge la concluzia că în cursul intenselor eforturi fizice ale ascensiunilor de peste 6000 metri altitudine, a observat o creștere a nevoii de alimentare cu carne și ouă, în detrimentul celorlalte albuminoide, stabilitatea nevoilor de grăsimi și hidrați de carbon. Acest regim alimentar a fost stabilit la o valoare energetică de 4393 calorii.

Prof. R. Fabre în raportul său asupra „Reacțiilor psihomotrice și controlul medico-sportiv” arată că la persoanele antrenate, timpul de reacțiune este mai scurt, cu cifre pronunțat uniforme, față de acelea obținute la examinarea persoanelor care nu practică nici un sport. Un raport foarte serios conceput a fost a Drului W. Dybowski: „Controlul educației fizice și al antrenamentului sportiv, prin examinări combinate sportive și medicale”. Prezintă probleme cu o competență de medic sportiv complet, care are temeinice cunoștințe de tehnică sportivă alături de cele medicale. Afirmă nevoia de a se susține cât mai mult ca în medicina sportivă să se introducă principiul că totul trebuie individualizat. Nu sunt norme generale, afară de aceea, că din fiecare observație medico-sportivă trebuie să tragem cât mai multe informații asupra individualității biologice și clinice.

Prin rapoartele respective, Dnii Dr. Dufestel și Chailley-Bert, stabilesc principiile de examinare și de supraveghere a educației fizice la elevii școlilor primare și secundare. Ca o măsură imediată, preconizează ca tuturor medicilor școlari să li-se impună anumite cunoștințe de medicină a efortului fizic.

Prof. U. Cassinis (Italia), H. Spranger și L. Conti (Germania), J. Král (Cehoslovacia), F. M. Messerli (Elveția), Dr. Govaerts (Belgia), expun fiecare organizarea supravegherii medicale a tineretului din țările respective. Această suprave-

ghere medicală își adoptă din an în an tot mai multe date din domeniul metodelor medicinei efortului fizic. Atât în Universități cât și la oricare organizație a tineretului, s'a ajuns la convingerea că un control eficace a sănătății tineretului nu poate fi realizat fără adaptarea principiilor medicinei efortului fizic.

Partea clinică a problemelor de medicină aplicată la sport este pusă la un nivel superior prin problemele expuse de: Prof. C. Gebhardt: „Tratamentul educativ al accidentajilor și al bolnavilor”, în cadrul acelei splendide realizări de la Hohenlirchen, conferință însoțită de un film documentar. Prof. J. Král „Antecedentele respiratorii și practica sporturilor”, M. Leon-Kindberg care în cadrul unei probleme identice aduce o valoroasă contribuție clinică, Prof. Ch. Laubry și A. von Bogart „Reacția normală și patologică a inimii la efort” o sinteză foarte prețioasă a datelor cardio-vasculare care ne pot furniza elemente utile asupra reacțiunii normale ori patologice, la efortul fizic.

Problema de chirurgie sportivă este amănunțit examinată prin rapoartele prezentate de Prof. G. A. Richard „Leziuni articulare în sport”. P. Padovani „Rupturile musculare și tendinoase”. Prof. P. Wertheimer „Indicațiunea și contraindicația infiltrației anestezice, în tratamentul accidentelor sportive”. Dr. Heiss „Profilaxia accidentelor articulare provenind din sport”.

Alături de regretul că Prof. D. Danielpopolu nu a fost prezent pentru a-și susține un raport de mare amploare științifică, asupra probelor vegetative în examenul aptitudinilor sportive, am avut însă bucuria de a asculta raportul Drui M. Atanasiu, care în baza unor îndelungate studii radiokymografice a reușit să stabilească condițiile pozitive ale corpului care favorizează o funcționare bună a cavității toracice.

#### Reununea Internațională de Biotipologie.

La data de 24 Iulie, în Amfiteatrul Inst. de Fiziologie generală-Sorbona, Societatea națională franceză de biotipologie a ținut o reuniune internațională, la care pe lângă iluștrii medici și biologi francezi, au participat și câteva cunoscute figuri străine printre care și Prof. Marinescu. Mulțumită invitației Dr. Weinberg asistentă la „Maison de travail” din Villofrey-unde am avut șansa să fiu inițiat în metodele de observație medicală a efortului fizic — am putut și eu lua parte la această reuniune deosebit de interesantă.

Rapoartele trimise de delegația italiană, compusă din

DRAGELE UNTURĂ de FICAT de MORUN GRANULE  
SOLIDIFICATĂ ȘI SARE DE CALCIUM

# CALCOLEOL

RACHITIZME  
DEMINERALIZAȚIE  
SCROFULOZE

DRAGELE ȘI GRANULE  
GLUTINIZATE  
INALTERABILE ȘI FĂRĂ MIROS  
GUST AGREABIL

TURBURĂRI  
ALE CREȘTEREI  
AVITAMINOZE

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21 rue Chaptal, Paris 9<sup>e</sup>

REPREZENTANT: J. LIEUZE, BUCUREȘTI III, STR. VRĂJITOAREI, 9.

Prof. N. Pende, Prof. G. Viola, Prof. P. Benedetti, nu au putut fi mai amănunțit discutate, din cauza lipsei raporturilor. Se acceptă totuși justetea punctului de vedere italian; este absolut necesar de a îndrepta spiritul medical spre stabilirea biotipului individual, adică „maniera tipică prin care se manifestă toate fenomenele vitale la un individ“. Prin aceasta, medicina va putea găsi explicația mai adâncă a diferitelor manifestări patologice. Un examen medical va avea de stabilit dacă individul este din categoria Hipotonică ori Normotonică; categoria temperamentului endocrin-neuro-vegetativ; tonusul psihic; tipul de inteligență; dominantele hereditare și genetice. Toate aceste date să fie plasate în circumstanța obișnuită a vieții individului.

Prin interpretarea datelor de comportare a diferitelor funcțiuni (ex. inima și circulația) la efortul fizic, muncă ori meserii, în cadrul profilului biotipologic al fiecăruia, obținem date de necontestată valoare pentru încercarea de a stabili reacțiile normale sau inadaptația organismului la diferite regimuri de eforturi fizice. Astfel Prof. P. Benedetti în baza unei „Evaluări morfologice a inimii pe viu“, cu ajutorul unui clăsament biotipologic, aduce noi date de mare utilitate în încercarea de-a putea surprinde, în mod individual, limita între o reacție normală și patologică a inimii.

Au mai urmat rapoartele prezentate de Ch. Champy „Examenul sexologic al indivizilor“, R. Causse „Metodele de recomandat pentru examinarea funcțiunii auditive la adulți“, A. Gemelli „Metodele de diagnostic al caracterului“, M. Ponzio „Metodele de examinare a funcțiunilor motrice“, Ch. Spearman „Examenul inteligenței“, R. Dujarric „Grupele sanghine în biotipologie“ raport care a ridicat o discuție interesantă în urma căreia se hotărăște trimiterea unei adrese la Ministerul Apărării naționale, ca tuturor soldaților să li-se stabilească grupul sanghin, pentru ca marilor sângerânzi dintre răniții din război să li-se poată face transfuzii sanghine în cât mai scurt timp.

**Analele educației fizice.** No. 1—1937. În fața masivului număr al acestor Anale încercăm un sentiment de bucurie. Pentru prima oară la noi, problemelor de educație fizică li-se oferă un cadru de expunere după măsura importanței pe care trebuie să o aibe educația fizică în creșterea tineretului nostru. Inaugurat cu un „Cuvânt înainte“ de O. Onicescu, acest prim număr cuprinde, în afară de studii tehnice de educație fizică, și câteva pagini rezervate problemelor medicale; Horea Dumitrescu și B. Menkes „Contribuțiuni la studiul ariei și diametrelor cardiace în raport cu talia și perimetrul toracic la sportivi“ prin care se aduce și o contribuție românească la încercarea de a judeca morfologia inimii, într'un mod cât mai just. Urăm acestui început frumos, drum lung.

**Dr. A. Pruche „La cardiologie du praticien“ Edit. J. Baillière-Paris.** Notăm în acest loc apariția acestei cărți,

pentru a atrage atenția medicilor cari se interesează de problema cardiologiei efortului fizic. Autorul acestei cărți a rezervat mai multe capitole, modului cum putem determina valoarea funcțională a inimii, în clinică. În prima parte el face o expunere critică a diferitelor probe funcționale, bazate pe sphygmomanometrie, pe frecvența pulsului, examen. radiologic și electrocardiografic. În partea a doua își expune o realizare personală; „cardio-dinamometru“. Cu ajutorul datelor furnizate prin aplicarea măsurătorilor cardio-dinamometrice, autorul reușește ca să surprindă eventualele scăderi a valorii funcționale cardiace. Autorul îine să stabilească de la început că o valoare funcțională normală nu înseamnă întotdeauna o inimă normală. Deaceia, numai printr'o serie întregă de probe de efort fizic se poate stabili în mod precis dacă cifrele obținute prin cardio-dinamometrie corespund într'adevăr unei inimii normale ori insuficiente, dar a cărei insuficiență funcțională nu poate fi demascată de cât prin schimbarea regimului de activitate cardiacă; pentru că deseori o inimă suferindă mai are îndeajunsă energie ca să și mențină o valoare funcțională normală.

Această metodă a cardio-dinamometriei, se anunță ca o metodă care nu peste mult se va impune și în clinică dar mai ales în examinările de medicină a efortului fizic.

**P. Lévy „La sélection du personnel dans les entreprises de transport“.** Autorul expune în această carte metoda de lucru de la „Laboratoire du travail du réseau de l'état“ această minunată realizare a lui H. Laugier și instalată cum nu se poate mai potrivit la Villorey, un mic „banlieu“ plin de farmec și înlăștit. Înafară de testele psihico-tehnice în baza cărora personalului căilor ferate franceze li-se aplică o selecționare științifică, se mai îregistrează o serie întregă de date asupra modului de reacțiune a aparatului circulator la efortul fizic. Toate aceste date se totalizează, pentru a se stabili „profilul biotipologic“ care nu de puține ori servește de dovadă că accidentele de circulație nu sunt și „accidentale“. Cu această lucrare avem la îndemână un argument în plus pentru a susține adaptarea pe un teren cât mai larg a metodelor medicinii aplicate la efortul fizic, mai ales la muncitorii sportivi.

**Internationaler Sportärzte-Kongress—Berlin 1936.** Editura G. Thime—Leipzig. Este o carte care cuprinde toate rapoartele și debaterile cari au avut loc la Congresul de medicină aplicată la sport, din Berlin—1936. Prin condițiile tehnice de editare a cărții și prin materialul inedit și amplu discutat, această carte va deveni un îsvor de informații și de învățare pentru toți acei medici cari doresc să se familiarizeze cu problemele medicale ale efortului fizic.

Dr. Emil Viciu,