

Prof. RICCARDO DALLA VEDOVA

Direttore della Clinica Ortopedica della R. Università di Roma

Per l'assistenza protetica ai poliomielitici

(Estratto da "Le Forze Sanitarie,, - N. 8, del 30 aprile 1938-XVI)

Veri
B
56
72



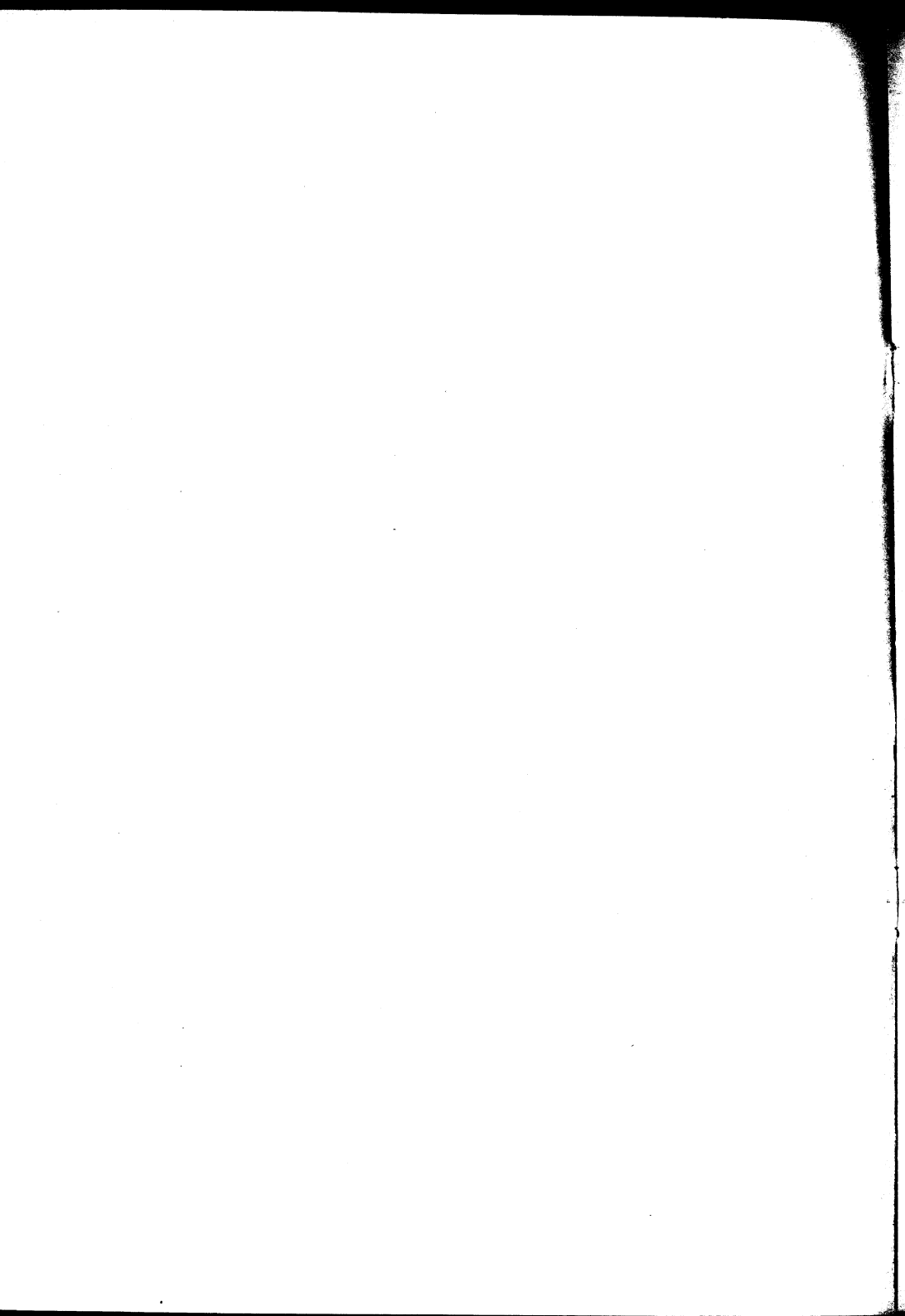
Prof. RICCARDO DALLA VEDOVA

Direttore della Clinica Ortopedica della R. Università di Roma

Per l'assistenza protetica ai poliomielitici

(Estratto da "*Le Forze Sanitarie*„ - N. 8, del 30 aprile 1938-XVI)

STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



In regime corporativo l'assistenza va perdendo la fisionomia della carità e della beneficenza di mano in mano che va sagomandosi nei tratti più dignitosi del diritto, rendendosi aderente agli interessi sociali.

Il programma di tutela della razza, che il Governo sta attuando, estende le sue provvidenze su di un territorio ogni giorno più ampio: la tutela della maternità ed infanzia, quella contro i danni provocati dagli infortuni, le assicurazioni contro la tubercolosi, contro le malattie professionali, contro la invalidità e la vecchiaia, la tutela dei minorati psichici, ecc., rappresentano altrettante pietre miliari che, contrassegnando il cammino percorso, ne indicano l'indirizzo rettilineo.

Ma un settore nel quale la nostra assistenza non ha ancora raggiunto quello sviluppo, che sarebbe richiesto dalla importanza sociale del problema, è quello dell'assistenza agli storpii, ma particolarmente dell'assistenza ai bambini storpii.

Le storpiaggini da motulesioni generate da infortuni sul lavoro hanno formato oggetto di provvidenze assistenziali, anche nel campo curativo e protettivo, nella recente riforma della relativa legge (1935). Ma le storpiaggini dei soggetti non assicurati e quindi in particolare maniera quelle dei bambini e dei giovanetti, restano ancora affidate essenzialmente all'iniziativa e alla tutela della beneficenza e della carità: e la facoltatività delle relative provvidenze mantiene queste sproporzionate ai reali bisogni delle invalidità motorie.

E' bensì vero che nel campo degli avanguardisti, dei balilla, delle giovani e delle piccole Italiane la Cassa mutua « Arnaldo Mussolini » — creata (1932) per iniziativa dell'Opera Balilla — non limita la sua assistenza soltanto agli storpii ed ai mutilati da infortunio: ma è anche vero che l'indirizzo di tale assistenza (Relazione sull'attività dell'O. B. per l'anno XIV) risulta ancora orientato verso il concetto basilare dell'indennizzo del danno economico, determinato dall'infortunio, piuttosto che informarsi alla preminente necessità del risarcimento somatico: segue, cioè, l'orientamento che caratterizzava le provvidenze di tutela degli infortuni del lavoro prima della recente riforma. Ed anche se questo indirizzo, come è prevedibile, per opera della G.I.L., potrà modificarsi, resterà tuttavia senza tutela la grandissima maggioranza della storpiaggine minorile (deformità congenite, e deformità della prima infanzia).

Sul particolare settore della storpiaggine (acquisita) minorile da poliomielite, è stata richiamata l'attenzione in maniera fattiva dalla municipalità, lungimirante iniziativa della Augusta nostra Regina e Imperatrice e del Capo del Governo, con la costituzione del Centro assistenziale dell'Arceia per poliomielitici.

Però il campo di questa storpiaggine è pur troppo assai vasto: perchè a me risulta che circa una terza parte dei minori, invalidi per motulesioni acquisite, che si presentano per una consultazione all'ambulatorio di una Clinica ortopedica, è costituita da poliomielitici.

Più esatti elementi, in riguardo alla reale fre-

quenza di tali storpiaggini, potremo conoscere soltanto quando disporremo di una statistica italiana delle deformità e delle invalidità dell'apparato motore: di quella statistica cioè che da tanto tempo è stata reclamata da quanti fra noi si occupano della ortopedia; ma che fino ad ora non si è potuta ottenere: nemmeno dopo che, d'iniziativa di S. E. il Capo del Governo (1932), è stata resa obbligatoria, in teoria, la denuncia delle deformità.

In occasione della istituzione del Centro assistenziale dell'Ariceia, la Direzione di Sanità ha riconosciuto alla paralisi infantile il carattere di *malattia sociale*: ed in conseguenza ha determinato che, nei confronti delle relative misure assistenziali, siano applicabili le disposizioni contenute nell'art. 92 del T. U. delle leggi sanitarie: e, con circolare n. 136, del 16 settembre 1937 XV, ha stabilito che due terzi delle spese, generate dalla cura dei poliomieltitici, debbono gravare sul Comune (domicilio di soccorso) e un terzo a carico dell'Amministrazione provinciale, salvi gli eventuali contributi integrativi che potranno essere erogati dal Ministero a parziale sgravio dell'onere degli Enti locali.

E' evidente che le disposizioni, impartite ai signori Prefetti in quella circolare, non riguardano il gravame generato dal ricovero dei poliomieltitici durante il periodo acuto della infezione: anzitutto perchè il diritto al ricovero, durante la fase acuta della malattia, era riconosciuto dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972, e mantenuto in pieno vigore dalla riforma 30 dicembre 1923, n. 2841 (art. 78-a): ma specialmente perchè, nel primo capoverso della circolare citata, viene esplicitamente detto che il Ministero ha stabilito di promuovere la istituzione di centri attrezzati « per la cura dei postumi della poliomielite ».

Mentre è oggetto di studio la pratica riguardante la creazione di tali centri, credo opportuno di mantenere in evidenza la necessità che il *problema dell'assistenza protetica dei poliomieltitici* venga preso nella dovuta considerazione.

Perchè, al fine assistenziale di questi soggetti, potrà essere oggetto di discussione se, quando abbiano sorpassata la fase acuta dell'infezione, abbisognino costantemente di ricovero: oppure

se una percentuale di essi più o meno notevole possano essere assistiti efficacemente anche con cure ambulatorie; sempre che i loro famigliari siano in grado di coadiuvare in maniera efficace il medico, nell'attuazione del programma curativo tracciato.

Che la madre o la sorella, per loro natura, siano o dovrebbero essere le più amorose assistenti del proprio figliuolo o del proprio fratello, in via aprioristica nessuno potrebbe mettere in dubbio. Però la lunga esperienza che ho di un ambulatorio ortopedico, mi permette di affermare che non sempre i famigliari hanno le attitudini a dare quella cooperazione che sarebbe necessaria per risultare efficienti. Sia per un sentimentalismo morboso, più spesso per ignoranza, o per scarsa intelligenza, o perchè distratti da altre mansioni o dall'assillo di necessità più urgenti, o per altre ragioni, a volte essi non dimostrano di saper fare, o di poter fare quanto viene a loro prescritto e raccomandato; ed anzi in qualche caso dimostrano di non voler fare, quanto trovano più comodo... che altri faccia per loro.

Questa situazione dovrà esser tenuta presente nello stabilire la percentuale dei soggetti che, agli effetti assistenziali dei postumi della poliomielite, hanno bisogno di ricovero; e questa percentuale potrà risultare diversa a secondo che saranno analizzate, insieme con le condizioni contingenti, inerenti ai soggetti stessi, anche quelle derivanti dal loro ambiente di vita. E' evidente che potranno risultare assai differenti le esigenze di ricovero di soggetti poliomieltitici nei confronti delle popolazioni raccolte nelle città da quelle delle popolazioni rurali; e dovrà essere tenuto conto non solo della densità della popolazione, ma anche delle condizioni di viabilità, di comunicazione, di clima, ecc., della costituzione della famiglia (numero dei componenti il nucleo famigliare), delle loro condizioni economiche, del loro grado di istruzione, ecc., ecc.

A mio credere almeno il 20 % dei poliomieltitici dovrebbero essere ricoverati in conseguenza della importanza della minorazione in atto: questa cifra però potrà risultare notevolmente inferiore al reale fabbisogno (di ricovero) se si vorrà tenere conto delle condizioni delle famiglie a cui appartengono.

Ma se è opinabile se la percentuale dei poliomiolitici bisognosi di ricovero rappresenti il 20 % oppure il 50 %, non può invece essere oggetto di discussione il fatto che la grandissima maggioranza dei poliomiolitici offrono la precisa indicazione all'impiego, almeno temporaneo, di tutori (ortopedici): impiego al quale si dovrà ricorrere per un periodo di tempo assai differente da caso a caso.

Questi tutori possono avere lo scopo di evitare che si stabiliscano deformità (contratture) a carico di quelle articolazioni che tendono ad assumere ed a mantenere atteggiamenti coatti sotto l'influenza dello squilibrio nell'antagonismo muscolare, spesso coadiuvato dall'azione della gravità; oppure possono avere lo scopo di sostenere l'arto in un atteggiamento più congruo con la funzione, quando la paralisi sia già consolidata e nell'attesa che possano essere messi in valore tempestivamente quei provvedimenti di ricupero operatori che siano possibili ed attuabili.

Perchè è bensì vero che la degenerazione della cellula nervosa delle corna anteriori del midollo, determinata dalla poliomielite, esplica le sue conseguenze essenzialmente sugli organi attivatori dello scheletro (muscoli e tendini); ma è anche indiscutibile che spesso ci si presentano all'esame individui (giovannetti od adulti), la cui paralisi rimonta all'infanzia, e nei quali il trofismo dei segmenti ossei ha subite profonde turbe, a seguito della degenerazione centrale del neurone, talvolta anzi più notevoli di quelle determinatesi nei muscoli stessi.

Ma la più frequente e più grave conseguenza della poliomielite consiste certamente nella degenerazione di fibre, di fasci muscolari, di muscoli o di gruppi muscolari: la quale ne riduce o ne annienta l'attitudine cinetica.

Se il territorio di distribuzione della miopatia è abbastanza esteso da squilibrare la sinergia antagonistica, andranno a stabilirsi atteggiamenti coatti delle articolazioni: e questi alla loro volta consentiranno conseguenti accorciamenti della capsula e dei ligamenti.

Il fattore gravità concorrerà a facilitare lo stabilirsi di tali alterazioni sindesmo-capsulari ogni qual volta la miopatia abbia colpito i distattori (più labili: Murk-Jansen), i quali risulteranno

sopraffatti dall'azione della contrazione e dell'accorciamento degli antagonisti ancora attivi combinata con quella della gravità.

Gli adattamenti mio-sindesmo-capsulari — se nei confronti del tempo della loro comparsa sono da considerare come secondari — acquistano invece un significato preminente nei confronti della entità della minorazione, che va a stabilizzarsi sempre più cospicua durante il progressivo sviluppo somatico del piccolo invalido, perchè coll'aumento di lunghezza delle leve ossee non va di pari passo quello dei muscoli attivi e contratturati.

Affermare la grande frequenza delle indicazioni alla tutela ortopedica, nella cura dei postumi dell'infezione poliomiolitica, non significa che tutti i poliomiolitici abbisognino di tutori; ma riconoscere la necessità che all'impiego di essi si debba ricorrere ogni volta che ne esistano le indicazioni; le quali evidentemente presuppongono l'esatta analisi delle condizioni somatiche individuali del minorato: perchè intensità e distribuzione del deficit post-encefalitico sono differenti da caso a caso.

E' quindi evidente che il compito di stabilire se e quale tutore occorra deve essere devoluto esclusivamente al medico (esperto in ortopedia) sotto la cui responsabilità dovrà essere attuata l'assistenza ai poliomiolitici (ricoverati o ambulanti).

Ma è altrettanto evidente che il problema della competenza passiva della spesa, generata da tale assistenza protetica, deve essere oggetto di analisi contemporaneamente con gli altri quesiti, che riguardano la organizzazione dell'assistenza curativa od educativa del poliomiolitico.

Perchè, quando abbia sorpassata la fase tumultuosa della infezione acuta e della paralisi flaccida diffusa, che suole accompagnarla, il poliomiolitico abbisogna della rieducazione funzionale per un periodo di molti e molti mesi (forse un paio d'anni). Ad essa è devoluto il compito della attivazione dei muscoli o dei fasci muscolari non degenerati per valorizzarne le attitudini cinetiche nei limiti della loro capacità.

Questo allenamento sarà assai facilitato se il segmento (di arto) azionato dai muscoli ipocinetici, durante i movimenti verrà sottratto al-

l'influenza della gravità affidandolo alla sospensione bilanciata, o, più facilmente e più praticamente, esercitandolo a muoversi mentre è immerso nell'acqua (bagni in vasca o in piscina); dove la spinta al galleggiamento (secondo il noto principio di Archimede) riduce al minimo le esigenze energetiche necessarie agli effetti cinematici da parte dei fasci muscolari disfunzionanti.

In questa fase di recupero della miopatia poliomiolitica la fisioterapia ha il più largo e proficuo impiego (con applicazioni massoterapiche, fototerapiche e chinesiterapiche con movimenti a carico ridotto, durante la balneazione).

Ma già in questa fase, in un grandissimo numero dei casi, si rende manifesta la necessità dell'impiego di tutori ortopedici, che valgano ad opporsi alla prevalenza degli attivatori non controbilanciati da antagonisti efficienti. Perchè nei poliomiolitici trascurati i muscoli meno alterati dalla miopatia — spesso favoriti dalla gravità nella loro preponderanza — non seguono nel loro accrescimento l'aumento in lunghezza a cui va incontro il segmento osseo relativo, in quanto l'articolazione, sulla quale agiscono, non viene portata, e tanto meno viene mantenuta, nell'atteggiamento estremo, opposto alla loro funzione data l'impotenza dei gruppi più gravemente passionati; mentre questi ultimi, in conseguenza della miopatia, facilmente si lasciano distendere sia nel componente muscolare che tendineo risultando in definitiva troppo lunghi.

Nelle paralisi infantili trascurate — escluse quelle a territorio di distribuzione particolarmente circoscritto — è raro che non si stabiliscano atteggiamenti contratti o vere e proprie contratture.

In quelle poliomieliti dell'arto inferiore, che non consentono al piccolo paziente di reggersi sulle gambe, se questo viene lasciato decubare liberamente sul letto, a poco a poco vedremo che il piede cadrà in flessione plantare, il ginocchio in flessione, la coscia in flessione e rotazione esterna: e, dopo qualche mese dacchè sarà stato mantenuto costante tale atteggiamento, risulterà ostacolata l'estensione passiva delle relative articolazioni. Che se nel periodo post-infettivo il piccino sta abitualmente seduto, la contrattura

flessa dell'anca e del ginocchio dell'arto paralitico sarà ineluttabile.

Nelle paralisi circoscritte all'arto superiore la tendenza alla contrattura flessa non è frequente perchè il peso stesso dell'arto, che pende lungo il tronco — più spesso in pronazione della mano e dell'antibraccio (i distatori sono più labili dei prossimatori) — si oppone alla contrattura del gomito; mentre l'articolazione scapolo-omeroale si contratterà in adduzione.

Nelle paralisi dei muscoli del tronco e del collo la statica della rachide la rende scoliotica, anche quando la obliquità del bacino, provocata dalla disimmetria di lunghezza degli arti inferiori, non concorra come fattore scoliosante.

Questi atteggiamenti coatti — nonchè le consecutive contratture — possono essere evitati se durante l'accrescimento (scheletrico) del soggetto vengano metodicamente praticati movimenti passivi, ripetuti parecchie volte al giorno. Ma, quando nell'esercitare questi movimenti si renderà manifesta una resistenza elastica, che ostacola lo svolgimento completo dell'articolazione passiva, dovrà essere provvisto a prevenire lo stabilirsi della contrattura mediante l'applicazione di adeguati tutori. Questi, però, non devono essere mantenuti in posto in maniera continuativa; ma la loro temporanea, periodica rimozione dovrà consentire la balneazione, la massoterapia e la chinesiterapia manuale passiva. Non saranno trascurati — sempre che l'ipocinesia lo consenta — gli esercizi attivi; eventualmente questi potranno essere contrastati manualmente (in qualche caso potranno essere impiegati ostacoli meccanici): costantemente evitando qualunque sforzo perchè la fatica degli attivatori miopatici riuscirebbe ancora più dannosa di quello che sia per la fibra muscolare normale.

E poichè qualunque tutore esercita, tanto sui tegumenti che specialmente sui muscoli, una cospicua azione distrofizzante per la compressione che esplica sulle superfici di appoggio e di sostegno, che dall'arto passionato devono essergli consentite, comprensione che ne ostacola la circolazione (specialmente la venosa), alla balneazione, al massaggio e all'esercizio dei movimenti dovrà essere affidato il compito di attivare la

circolazione sanguigna a compenso di tale turbanimento. Anche qui *la superstizione del riposo non dovrà mai offuscare la religione del movimento*.

Se i tutori vengono impiegati soltanto durante la notte (tutori notturni) non occorre che siano articolati: mentre sarà utile che consentano l'articolarià quei tutori che si impiegano durante la stazione eretta e la deambulazione.

Nei primi mesi dopo la poliomielite la indicazione all'impiego di tutori ortopedici, nel maggior numero dei casi, risulta essenzialmente dalla persuasione che ci saremo fatti che l'assistenza, affidata a famigliari, non dà sufficiente affidamento: questa indicazione sarà quindi meno frequente per i poliomielitici ricoverati che non per quelli che vengano trattati ambulatoriamente.

Ma quando la miopatia si è resa ormai definitiva, e in ogni caso quando si rende manifesta la tendenza ad atteggiamenti coatti, dovremo affidare ai tutori la prevenzione delle deformità contratturali.

E' ovvio che si debba provvedere a prevenire lo stabilirsi della contrattura, piuttosto che ricorrere poi a mezzi più aggressivi per correggerla. Perchè queste contratture non sono sempre facilmente recuperabili mediante azioni traenti blande e progressive (metodo di Mommisen o del torcitoio); e spesso rendono poi necessari provvedimenti cruenti (capsulotomie, sindesmotomie, allungamenti tendinei), che avrebbero potuto essere evitati dal tempestivo impiego di un tutore.

Che se nel poliomielitico cronico le contratture, trascurate in quanto l'arto è stato lasciato privo di ogni tutela, si sono stabilizzate, esse possono esplicare tale influenza morfogena sui capi ossei articolari — specialmente se l'azione prolungata dello stimolo funzionale del carico avrà concorso a determinare trasformazioni da adattamento (secondo le leggi di Roux e di Wolff) — da non essere più recuperabili mediante interventi cruenti limitati ai soli tessuti molli, ma da rendere necessari provvedimenti operatori più aggressivi, a carico dello scheletro.

Di recente ho presentato (agli studenti del mio corso) un soggetto venticinquenne che, in conseguenza di una poliomielite (trascurata; che egli aveva subita nella prima infanzia), era stato rico-

verato in questa Clinica per tre volte consecutive (dal 1936 in poi) per piede varo-cavo-addotto irriducibile, per accorciamento reale (di cm. 7) dell'arto inferiore sinistro e per lussazione paralitica dell'anca relativa: e che, in tre tempi diversi, era stato sottoposto alla resezione cuneiforme del tarso, alla ricostruzione plastica del tetto acetabolare ed allo allungamento del femore. E di casi simili di esiti, cioè, di paralisi infantile che nell'adulto rendono necessarie cure cruenti sullo scheletro, purtroppo tutti i chirurghi hanno larga esperienza.

Ora in molti di questi casi la comparsa di deformità ossee secondarie avrebbe potuto essere evitata mediante l'impiego tempestivo di adeguati tutori o quanto meno esserne limitata notevolmente tanto l'estensione che l'importanza.

Un altro campo di applicazione necessaria dei tutori ortopedici si ha finalmente in quei poliomielitici — per fortuna meno frequenti — nei quali i postumi invalidanti consolidatisi non siano altrimenti recuperabili con l'ortopedia chirurgica; in questo settore i tutori hanno la stessa importanza che nella afachia, consecutiva alla operazione di cataratta, assume l'impiego della lente in supplenza funzionale del cristallino enucleato: e dovranno sostenere il minorato durante tutta la sua vita.

Credo, quindi, che l'assistenza protetica costituisca un elemento così importante, sia nella organizzazione dei centri di ricovero e di ricupero dei poliomielitici, come in quella dei relativi ambulatori, che ho considerato utile di formarne oggetto di questo rilievo; nel quale ritengo di raccogliere il consenso di quanti colleghi hanno esperienza della particolare malattia sociale della quale il Regime ha dimostrato di volersi occupare.

Perchè sono convinto:

a) che non possa essere esercitata una assistenza efficace ai poliomielitici senza che questi siano provvisti di tutori ortopedici, tutte le volte che ne esista la indicazione;

b) e che quindi — in sede di studio della organizzazione di tale assistenza — debba essere tenuta presente anche la necessità di determinare la competenza passiva dell'onere derivante da tale esigenza.

~~324618~~

