CONSIDERACIONES SOBRE TRATAMIENTO DE LA PARALISIS INFANTIL EN SU PERIODO DE RESTAURACION Y PROFILACTICO ORTOPEDICO

Por los Profs. Dres. MANUEL RUIZ MORENO y MARCELO FITTE

(De Buenos Aires).

Hemos insistido en otras oportunidades, comunicaciones y conferencias sobre la necesidad de difundir entre los Médicos prácticos, los preceptos que rigen este tratamiento profiláctico precoz de las deformidades esqueléticas que aparecen sobre todo en los miembros y también en el tronco, inmediatamente o después de un tiempo de instalada la etapa paralítica de la enfermedad de Heine Medin.

No creáis por esto que pretendemos traerlos como novedad estos preceptos que conocéis perfectamente. Lo que me guía es presentaros el criterio que regula nuestra conducta en el Hospital de Niños de Buenos Aires, frente a esta faz del tratamiento de la parálisis infantil. Desgraciadamente los principios fundamentales de este tratamiento precoz, son frecuentemente desconocidos u olvidados como ya lo hemos referido en otras oportunidades; estas omisiones las hemos comprobado hasta en casos atendidos por especialistas en disciplinas afines a la Cirugía ortopédica.

Además creemos un deber desvirtuar aseveraciones hechas en sociedades científicas, Congresos médicos, etc., sobre tratamiento en general de la parálisis infantil y especialmente refiriéndose a la electroterapia. A nuestro modo de ver, sólo con un criterio estrictamente orientado en una parte del problema pueden aceptarse como beneficiosos, recursos que para la mayoría de los cirujanos ortopédicos, no influyen en forma apreciable sobre la marcha de la enfermedad. Esto se llega a admitir, cuando siguiendo durante años, enfermos de diversas epidemias y con diversos criterios terapéuticos, nos convencemos que en materia de restauración funcional, es tan importante y progresiva la que estimula la reeducación muscular,

que queda (sin ninguna clase de prevenciones) la convicción que puede prescindirse sin inconveniente alguno de la electroterapia. Esto parecería en otra época una herejía, pues se consideraba entonces este recurso tan indispensable, que los enfermos se entregaban al electroterapeuta, el que durante años continuaba sus aplicaciones en muchos casos sin que interviniera en el tratamiento el cirujano. Las consecuencias de este criterio erróneo eran: posiciones viciosas con deformidades esqueléticas, cuyas modificaciones requerían actos quirúrgicos cruentos o reducciones forzadas mantenidas con yesos sucesivos, que podían haberse evitado con criterio ortopédico profiláctico.

El cirujano orientado en disciplinas ortopédicas, se ve obligado a estudiar y resolver a diario innumerables problemas en relación con desviaciones esqueléticas, que como es natural desarrolla aptitudes para la apreciación de las alteraciones estático funcionales en las diversas afecciones del aparato locomotor.

El electroterapeuta por la naturaleza de su labor, no está en condiciones de cultivar esas aptitudes; afirmación que en ninguna forma implica un desmedro para estos útiles especialistas, que por la naturaleza de sus conocimientos y por la orientación de actividades, adquiere otras virtuosas destrezas que todos reconocemos y utilizamos.

Esto viene al caso, no por lo que respecta a las aplicaciones prolongadas de electricidad galvánica, que puede admitirse sin discusión como veremos más adelante, sino por la asistencia casi integral del paralítico que ha realizado, llegando hasta indicar diversos recursos y aparatos ortopédicos, para cuya elección no es bastante el sentido común, sino que es indispensable la experiencia disciplinada del especializado.

No dudamos de la buena fe con que algunos electroterapeutas, han considerado lógico y natural llenar indicaciones ortopédicas, al mismo tiempo que, cumplían con la pretendida estimulante excitación galvánica durante meses y años. El auto-convencimiento de que llenaban con eficacia las directivas del tratamiento de la parálisis infantil, llegó en nuestro medio hasta planearse y construirse un gran servicio para atender esta clase de lisiados, que hubo de ser dirigido por un distinguido facultativo, que es una autoridad en electroterapia. Creemos que este hubiera sido (según nuestra información) uno de los pocos o el único caso, que un Servicio para tratar secuelas paralíticas por enfermedad de Heine-Medin, no estuviera dirigido por un cirujano ortopédico, como es la

regla en todas las instituciones organizadas, de acuerdo a preceptos modernos.

Así sucede en Europa y sobre todo en Norte América donde se ha realizado un gigantesco esfuerzo en favor de esta clase de inválidos, creando varios centros de estudio y tratamiento de la parálisis infantil que sirven de modelo por su organización.

No es un celo dogmático el que nos hace extremar esta selección de aptitudes, para llenar indicaciones que parecen muy comunes. Es el convencimiento de lo complejo de estos problemas, aparentemente sencillos, pero que tienen como consecuencias, según se resuelvan, la enorme responsabilidad de la futura invalidez física del afectado con una secuela paralítica de Heine Medin en la infancia.

Se ha discutido y se discutirá posiblemente durante mucho tiempo la eficacia de la electroterapia, como estímulo restaurador de la función muscular tarada por la poliomielitis anterior.

Durante muchos años en el Hospital de Niños de Buenos Aires donde hemos tratado y seguimos tratando varios cientos de esta clase de enfermos, hemos ido adquiriendo la conciencia de la escasa influencia que sobre la restauración inmediata y alejada ejercía, no solamente el método de Bordier, sino, las excitaciones galvánicas.

Esta conciencia se fué robusteciendo con el cada día más numeroso block de niños que nos llegaban con secuelas paralíticas evolucionadas, sin habérseles hecho electroterapia. El cotejo de este block con otro grupo contemporáneo, o sea, del mismo brote epidémico, a los que se les había hecho Bordier y galvanoterapia prolongada, no ofrecía diferencias en la intensidad de las secuelas paralíticas.

A pesar de esto, seguimos durante un tiempo enviando a los afectados con parálisis infantil, al Servicio de electroterapia. Lo hacíamos primero, porque era difícil desarraigar en gran parte de los médicos generales y sobre todo en el público, el convencimiento de la utilidad de tal terapéutica y en segundo lugar porque teníamos la absoluta seguridad de que si fueran ineficaces tales aplicaciones, nunca podían ser perjudiciales dada la preparación e inteligente experiencia del Jefe del Servicio de electroterapia del Hospital de Niños, Dr. Alberto Marque, a quien confiábamos nuestros enfermos.

Siempre creímos que si no se cuentan con buenas electroterapeutas, el Bordier y también la galvanoterapia se transforma en un arma de doble filo. Es lo que acontece en muchos

centros de población donde a pesar de haber núcleos de buenos médicos generales, no se cuenta con especializados en electroterapia.

Este inconveniente obstaculizaba antes el tratamiento de los niños con parálisis infantil, pues no podíamos conciliar, el lugar de residencia del enfermo desprovisto de especialistas, con el prolongado período de aplicaciones eléctricas que debían realizarse, en centros bien dotados, pero muy distantes.

Internar estos enfermos en el Hospital para realizar estas aplicaciones por meses o años, era convertir las Salas de Cirugía en asilo de inválidos.

Y cuando decimos aplicaciones durante años, no exageramos, pues tenemos registrado en el archivo del Servicio a nuestro cargo, enfermos que han recibido más de 600 sesiones de galvanoterapia.

Los padres aterrados ante las perspectivas de grave invalidez de sus hijos e informados de la necesidad de prolongadas aplicaciones eléctricas, concurrían al Hospital cargando con niños inválidos, durante largo tiempo, como un heroico sacrificio, para la madre humilde que se veía así obligada a erogaciones de traslado y a abandonar los cuidados de su hogar y de sus otros hijos, tan enorme número de mañanas.

Más grave todavía era el problema que se planteaba al padre que residía y lograba el sustento de la familia en la campaña. Enterado de la necesidad de aplicaciones tan prolongadas y ante la imposibilidad de cambiar de residencia o de internar al hijo en el Hospital por tan largo período, optaban en su desesperación por hacer periódicamente verdaderos sacrificios pecuniarios, para hacer varias sesiones de galvanoterapia. Otros trabados en su lejano lugar de residencia por razones económicas se resolvían a adquirir inútiles pequeños dispositivos de inducción eléctrica, cuya eficacia las aseguraban corredores inescrupulosos.

Estos verdaderos problemas sociales que planteaban tal terapéutica, hubieran estado justificados, si su eficacia fuera tal y compensara tamaños sacrificios.

Pero la experiencia nos ha ido convenciendo de la ineficacia de la electroterapia en la parálisis infantil, al mismo tiempo que comprobábamos la influencia decisivamente favorable sobre la restauración muscular de la *reeducción disciplinada*, que hemos ya consagrado como el recurso preponderante e indispensable, al que no trepidamos en atribuir muchas de las mejorías notables que comprobamos en esta clase de niños paralíticos así tratados.

De paso diremos que la eficacia de la reeducación muscular, está en razón directa de la disciplina, precisión y destreza que la nourse reeducadora posea y aplique al niño paralítico.

En el Hospital de Niños en los Servicios de Cirugía y Ortopedia y sobre todo en el Servicio de Parálisis Infantil recientemente creado y a cargo de uno de nosotros (Dr. Fitte), se instruye prolijamente a las reeducadoras elegidas por concurso entre Kinesiólogas diplomadas en la Escuela correspondiente de la Facultad de Buenos Aires. También ellas dirigen la gimnasia bajo el agua caliente en pileta, construida "ad-hoc" con dispositivo automático de regulación de temperatura y de purificación del agua. No insistiremos en otros detalles de la reeducación, gimnasia y masajes, que son de Uds. bien conocidos y que se podrán apreciar mejor en la cinta cinematográfica que refleja en parte la labor en ese sentido del Servicio de Parálisis Infantil, referido.

En lo que respecta al tratamiento precoz profiláctico de las actitudes viciosas y de las deformidades, seguimos los preceptos ya conocidos, empleando inmediatamente de pasado el período febril y aun antes si éste se prolonga, aparatos y dispositivos adaptados especialmente a los miembros superiores e inferiores. Ellos permiten inmovilizar los distintos segmentos de las extremidades en las posiciones que la experiencia ha demostrado que son las óptimas, como reposo de los músculos lábiles y sobre todo dar a los miembros las actitudes consideradas clásicamente "posiciones neutrales": como sabemos, extensión del miembro inferior y abducción del hombro, con flexión del codo, en el superior, etc.

Omitiremos detalles que son por Uds. conocidos, de los otros recursos que empleamos en este período, como es el calor especialmente húmedo que como sabemos unidos a la inmovilización atenúa el dolor.

Deseamos sólo hacer algunas consideraciones sobre los problemas que plantea el período de restauración alejada.

En primer lugar hay mucha discrepancia en la apreciación del tiempo en que debe considerarse agotada la recuperación funcional muscular espontánea. Es obvio insistir sobre la importancia de conocer el momento en que la secuela paralítica debe considerarse definitiva.

Todos tenemos ejemplos de restauraciones agotadas precozmente y de otros casos que la mejorías todavía se comprobaban aún después de 5 y 6 años del ataque inicial.

Recientemente autores como Carroll y Crego han considerado que prácticamente al año ya estaba agotada la recuperación y, por consiguiente, se podían planear y ejecutar intervenciones ortopédicas que mejorarán tanto estática como funcionalmente el miembro afectado. No haríamos objeción fundamental a actuar después de este corto período si las intervenciones fueran dirigidas a corregir los ejes estáticos, pero sería un gran error a nuestro modo de ver, intentar operaciones modificadoras de la función muscular, como anastomosis, transplantes, etc.

Los exámenes musculares, efectuados según lo indicado por la escuela americana, constituye el mejor procedimiento para verificar el estado de progreso de un músculo en el curso de su reeducación. Para su logro sólo se precisa una mesa de madera y los conocimientos indispensables; en una palabra, se puede realizar en cualquier localidad.

Sus pequeños defectos, no lo invalidan, con relación al electro-diagnóstico, el que no permite tan fácilmente hacer resaltar las pequeñas diferencias de la potencia ganada o perdida en estos músculos, exigiendo en cambio instalaciones especiales de manejo delicado.

Actualmente en el Hospital de Niños, en los Servicios dedicados al tratamiento de la enfermedad de Herne Medin, sólo se utiliza y con todo éxito, el examen muscular según los principios de la escuela americana.

Tal vez pueda obtenerse alguna información útil, con el empleo de la cronaxia, habiendo solicitado hace 2 años, para tal fin, un aparato que nos pareció simple, el cronaxímetro de Siemens, inconvenientes de la guerra, nos ha privado de este recurso.

Con las informaciones de los exámenes musculares, nos ha sido siempre posible decir cuándo un tratamiento reeducador no reporta ya beneficio y cuándo por lo tanto debemos pasar al tratamiento protésico puro o al quirúrgico.

Coincidimos con la mayoría de autores en reconocer que el mayor beneficio se obtiene durante el primer año de la enfermedad, pues creemos que sería imprudente proceder a un tratamiento quirúrgico antes del tercer año, plazo que por ahora fijamos como límite empírico.

Durante todo este período que llamamos de restauración inmediato, y alejada nuestra preocupación mientras se estimula la recuperación muscular, será siempre la conservación de los ejes estáticos desde el comienzo, con los dispositivos que hemos referido y con aparatos enyesados de preferencia

ambulatorio, para contrarrestar, las desviaciones que provocan los diversos factores: la propia pesantez, dominio de grupos musculares conservados frente a antagonistas paresiados o paralizados, retracción de músculos afectados o de partes blandas, etc.

La reeducación muscular en los niños afectados de secuelas paralíticas, que residen en la ciudad o en los alrededores, se realiza en lo posible internándolos en los primeros períodos y en el consultorio externo más tarde, donde son llevados las veces necesarias. Cuando las madres son dispuestas y con un cierto grado de cultura se las adiestra, para que colaboren en la reeducación en su domicilio.

Los yesos, sobre todo, cuando se pueden confeccionar de marcha, permiten a los músculos aun del segmento inmovilizado, ser estimulado por la solicitud funcional. Esto se deduce de estudios de Scherb por los cuales se sabe que cuando se desea conocer el grado de recuperación funcional, no es suficiente la contracción voluntaria, siendo necesario analizar durante los movimientos automáticos, sobre todo en la marcha. Lógicamente debemos admitir entonces que en la marcha disciplinada, medida y bien regulada, de acuerdo a la capacidad funcional, es uno de los estímulos de recuperación más importante.

En general esperamos para hacer marchar a un paralítico, que uno o dos de sus miembros inferiores hayan recobrado sus músculos. Cuando la recuperación es unilateral, el lado afectado es sostenido por un aparato protésico de descarga, con objeto de evitar su deformación.

En los enfermos que residen en lugares muy apartados de centros hospitalarios, como sucede en países tan extendidos como el nuestro, el problema del tratamiento en este largo período de recuperación es más complicado. No siempre la capacidad de las Salas permiten albergar por tiempo prolongado a estos niños paralíticos.

En ese caso es indispensable insistir preparando a la madre para que sea la reeducadora del niño, interesando también al médico general de la localidad en la vigilancia del niño. Sobre todo deberá recalcarse en el mantenimiento del eje estático en el miembro inferior, evitando o corrigiendo las desviaciones con tutores y preferentemente con yesos ambulatorios. De estos modestos recursos debe tener conocimiento práctico el médico rural, evitando los graves trastornos que determinan en los hogares modestos, el traslado periódico de estos enfermitos.

Estos en gran número se convierten en verdaderos inválidos, pues no pudiendo ser trasladados tan frecuentemente y no disponiendo el médico local de conocimientos para colaborar en este tratamiento ortopédico profiláctico, el enfermo es librado a su propia suerte, con las consecuencias que desgraciadamente comprobamos con cierta frecuencia en el Hospital.

Durante todos los cursos anuales y toda vez que el tema lo permite, insistimos en los alumnos teórica y prácticamente en la enseñanza de la confección y aplicación de estos pequeños recursos ortopédicos indispensables para colaborar con eficacia en el tratamiento de estos pobres niños lisiados radicado en lejanos lugares de la campaña.

El médico joven que llega a pueblos apartados para ejercer, dotado de esos conocimientos prácticos, realizará una obra médica eficaz y contribuirá a resolver esos graves problemas sociales que se plantean con frecuencia en los hogares humildes de nuestros hombres laboriosos de campo, desolado por la invalidez de uno de sus hijos. Por estas funciones tan importantes y de responsabilidad que debe llenar el médico novel en la campaña, donde frecuentemente no tiene otro control que el de su propia conciencia, los maestros encargados de modelar cuando estudiante su contextura científica y moral, deben aprovechar todas las oportunidades que se le presenten durante la enseñanza y aun fuera de ella, para inculcar en sus discípulos, la necesidad de que sus conocimientos prácticos se orienten para que sean eficaces, no sólo llevando un alivio al mal, sino aportando también una solución en lo posible al conflicto económico social, que las graves y prolongadas enfermedades determinan en los hogares modestos. Los médicos honorables que así procedan, tendrán en los momentos supremos de la vida en que la conciencia hace el balance de la obra realizada, la inefable dicha de esperar tranquilo el destino que le señale su fe.

Para terminar daremos algunas cifras estadísticas del Servicio de Parálisis Infantil del Hospital de Niños que lleva sólo dos años y medio de existencia.

En ese Servicio se han atendido hasta la fecha 197 enfermos de los que 46 pertenecen a parálisis iniciadas en el año 1941. Considerando a estos últimos (los únicos tratados desde su iniciación), a los 10 meses había 8 recuperaciones totales y 13 muy completos.

Los restantes 23 seguían en su mejoría constante, debiendo deducirse 2 fallecidos.

Del total general de enfermos atendidos sólo tenemos 4 a los que con los diversos tratamientos: reeducación muscular, yesos, operación o prótesis, no hemos podido aun hacerles marchar.

En resumen creemos que el resultado que se está obteniendo es francamente superior al que se obtenía antes de establecer esta orientación terapéutica.