**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 16 (1960)

**Artikel:** Rehabiliation, Behandlung und Wiedereingliederung ins normale Leben nach defekt ausgeheilten Krankheiten und Verletzungen

**Autor:** Brügger, A.

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-307451

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 09.12.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

D. K.: 616.08:616-036.86

Aus der Neurochirurgischen Universitätsklinik Zürich
(Direktor Prof. H. Krayenbühl)

# Rehabilitation, Behandlung und Wiedereingliederung ins normale Leben nach defekt ausgeheilten Krankheiten und Verletzungen

*Von A. Brügger*

In ihren Ursprüngen bemühte sich die Medizin lediglich um die Behandlung des mehr oder weniger akuten Krankheitsgeschehens. Dies geschah mittels Heilkräutern, tierischen Extrakten, Diäten oder physikalisch-therapeutischen Maßnahmen sowie durch den chirurgischen Eingriff. Die Grundsätze der Behandlung waren teils empirisch, teils fußte die Therapie auf theoretischen, aus der Philosophie und der Religion her stammenden Anschauungen. Die «*heilende Medizin*» bildet auch heute noch den wesentlichen Bestandteil der Heilkunde. Durch die systematische Bemühung der Anatomen, der Physiologen, der physiologischen Chemiker und der Bakteriologen wurden im Verlaufe der letzten hundert Jahre die eigentlichen Ursachen der Erkrankungen immer besser bekannt. Dadurch wurde die Möglichkeit geschaffen, durch Vermeidung gewisser Schädlichkeiten einzelnen Krankheiten vorzubeugen. Es entstand damit die «*Präventivmedizin*». Die Fortschritte dieser beiden Zweige der Heilkunde brachten eine wesentliche Verlängerung der Lebensdauer der Menschen mit sich. Diese betrug vor 2000 Jahren etwa 25 Jahre. In der Schweiz hatten im Jahre 1879/80 die Männer eine Lebenserwartung von 40,6 Jahren, die Frauen von 43,2 Jahren. Heute beträgt die mittlere Lebenserwartung bei uns 65 Jahre. Während 1900 von 25 Menschen nur einer älter als 65jährig war, wird dies im Jahre 1980 bei einem von 10 Menschen der Fall sein. Von 3 Personen, die heute mit 18 Jahren ins Erwerbsleben eintreten, können wenigstens 2 erwarten, 65jährig zu werden und in den Ruhestand zu treten.

Trotz dieser bedeutenden Verlängerung der Lebenserwartung des einzelnen Individuums sind die Menschen keineswegs weniger anfällig für Erkrankungen geworden, sie überstehen sie lediglich besser. Die großen Fortschritte der Heilkunde können zwar den Patienten über die akute Phase der Erkrankung hinwegbringen, sie vermögen jedoch nicht immer

ganz zu heilen, so daß eine mehr oder weniger ausgeprägte Behinderung zurückbleiben kann. Bedenken wir, daß der Mensch heute länger lebt als früher, so können wir daraus ableiten, daß während dieses verlängerten Lebens die Wahrscheinlichkeit, an einer mit Defekt heilenden Krankheit zu erkranken, größer geworden ist. Während früher ein Rückenmarksverletzter starb und somit vom Standpunkt der Fürsorge und der Gesellschaft keine Probleme stellte, kann er heute bei richtiger Pflege am Leben erhalten werden. Er wird allerdings ein Invalider sein. Ähnliches gilt für Patienten mit Hirnschlag oder für gewisse Verunfallte, aber auch für Patienten mit chronischen Gelenkleiden oder solchen mit angeborenen Defekten. Bedenken wir schließlich, daß mit der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung immer mehr Menschen einer gelegentlichen oder regelmäßigen ärztlichen Betreuung oder einer Pflege und Fürsorge bedürfen, so können wir ermessen, was für medizinische und soziale Probleme hieraus erwachsen. In den Vereinigten Staaten von Amerika sollen beispielsweise zur Zeit 28 Millionen invalide Menschen leben. Davon entfallen nicht weniger als eine Million auf Halbseitenlähmungen infolge Hirnschlages. Es befinden sich darunter außerdem 800 000 Amputierte, und jährlich werden etwa 144 000 Menschen infolge einer rheumatischen Erkrankung invalid. Diese Zahlen bringen uns die Tatsache zum Bewußtsein, daß hier ein wichtiges *volkswirtschaftliches Problem* liegt.

Die Zeiten sind vorüber, in welchen ein Mensch nur bei voller körperlicher Integrität als vollwertig angesehen wurde. Jene Anschauung mochte zum Teil wohl auf der Tatsache beruhen, daß in den weniger mechanisierten, primitiveren Arbeitsprozessen vergangener Jahrhunderte nur der körperlich intakte Mensch sich beruflich durchsetzen konnte. Bei der heutigen Spezialisierung der Arbeitsmethoden, bei denen technische, kräftesparende Hilfsmittel eine wesentliche Rolle spielen, kann im Prinzip auch der körperlich nicht voll Leistungsfähige voll arbeitsfähig sein. Diese Tatsache, verbunden mit dem oft erstaunlichen Arbeits- und Leistungswillen der Invaliden, macht es verständlich, daß diese Menschen ebenso das Recht und die Möglichkeit beanspruchen, eine vollwertige Stellung in der Gesellschaft einzunehmen.

Nachdem medizinische Maßnahmen die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit eines Kranken erreicht haben, stellt sich oft das Problem der Wiedereingliederung solcher Kranker, bei denen lediglich eine Heilung mit Defekt möglich war. Diese dritte Phase der Medizin, die zur vorbeugenden und zur heilenden Heilkunde hinzukommt, ist diejenige der *Rehabilitation*. Im folgenden sollen deren verschiedene Aspekte kurz skizziert werden.

In seltenen Fällen vermag sie durch geeignete Maßnahmen anschei-

nend definitive Zustände doch noch zu bessern, z. B. versteifte Gelenke durch geeignete physikalisch-therapeutisch Behandlungen wieder beweglich zu machen. In den meisten anderen Fällen kann jedoch die Rehabilitation keine eigentliche Heilwirkung auf die Krankheitsfolgen selbst mehr erzielen. Sie muß dann durch geeignete Übung und unter Beizug technischer Hilfswerkzeuge sowie medizinischer Unterstützungsmaßnahmen die Leistungsfähigkeit des geschädigten Organismus wieder verbessern. Der Mensch muß lernen, aus dem Minimum an verbliebenen Möglichkeiten ein Maximum an Wirkungen herauszuholen. Da es der Arzt ist, durch dessen Wirken das Leben verlängert und mancher früher Todgeweihte am Leben erhalten werden kann, so fällt es auch in seinen Verantwortungsbereich, den mit Defekt ausgeheilten Kranken zu einer optimalen Ausnutzung ihrer verbleibenden Kräfte und Fähigkeiten zu verhelfen. So ist die Rehabilitation seit jeher zunächst einmal eine Aufgabe des Arztes, die er allerdings nicht ohne die Mitwirkung zahlreicher Helfer erfüllen kann.

Die ersten Ansätze zur Rehabilitation der defekt ausgeheilten Krankheiten sind so alt wie die Medizin selbst. Ernsthafte, wissenschaftlich fundierte Versuche zum Ausbau derartiger Bemühungen gehen schon in das vergangene Jahrhundert zurück. Einer der hervorragendsten Vorläufer moderner Rehabilitation war der Schweizer *H. S. Frenkel.* Als leitender Arzt des Kurhauses «Freihof» in Heiden führte er 1889 die Übungsbehandlung gewisser Rückenmarkskranker durch. Durch Gehübungen nach bestimmten Regeln lernten diese Patienten ihre durch Nervenschädigung unsicher gewordenen Glieder wieder korrekt zu gebrauchen.

Diese Bemühungen wurden – wie so viele Pionierleistungen – während vieler Jahre allerdings von der Mehrheit wenig beachtet. Erst in den letzten Jahrzehnten hat man die Bedeutung dieser dritten Phase der Medizin recht eigentlich erkannt. Sowohl in Allgemeinspitälern als aber auch vor allem in hierfür spezialisierten Instituten wird nunmehr versucht, den defektgeheilt Kranken soweit zu schulen, daß er dank eigenen Kräften leben und arbeiten kann. Im Gegensatz zur Zeit der Heilung und Rekonvaleszenz, in welcher der Patient den Bemühungen von Ärzten und Pflegepersonal sowie den Kräften der Natur sich passiv überläßt, muß er während der Rehabilitation äußerst aktiv mitarbeiten. Durch Training, systematische Schulung, gezielt auf bestimmte körperliche Leistungen, durch den Beizug technischer Hilfsmittel, erobert sich der Behinderte Stück für Stück die verloren gegangene Leistungsfähigkeit wieder zurück. Schließlich muß dem so Rehabilitierten eine ihm angepaßte Stelle vermittelt werden, in welcher er seinen sozialen Verpflichtungen gemäß wieder aktiv eingesetzt werden kann. In den Auf-

gabenbereich der Rehabilitation fallen vor allem die Rückenmarksgeschädigten und Patienten mit Gehirnerkrankungen oder -verletzungen, die Fälle von Kinderlähmung, die Amputierten und die Kranken mit chronischen Gelenkleiden. Hinzu kommen auch Alterskrankheiten, gewisse chronische Muskel- und Nervenleiden, angeborene Gebrechen usw. In der Regel sollte die medizinische Rehabilitation bereits in den Allgemeinspitälern einsetzen. Wenn nicht frühzeitig mit diesen Wiederherstellungsmaßnahmen begonnen wird, dann kann oft eine hochgradige Invalidität dort resultieren, wo bei geeigneter Behandlung nur eine viel geringgradigere Behinderung zurückgeblieben wäre. Bei vielen Patienten kann beispielsweise die Versteifung eines oder mehrerer Gelenke im Anschluß an die Lähmung eines Gliedes sehr rasch auftreten, so daß nach Rückkehr der Lähmung durch das versteifte Gelenk eine starke Behinderung zurückbleibt. Dies kann vermieden werden durch das tägliche Durchbewegen der Glieder, wobei mit dieser Behandlung vom ersten Tage an begonnen werden muß. Die ärztlichen Maßnahmen, die in derartigen Fällen eingesetzt werden, fassen wir unter dem Begriff der Physiotherapie zusammen. Das hierfür speziell geschulte Personal sind die Physiotherapeuten oder Heilgymnasten. Es ist unbedingt notwendig, daß auch in kleineren Spitälern diese Physiotherapeuten eingesetzt werden. Durch ihre Arbeit werden ungezählte Kranke vor einer zusätzlichen, vermeidbaren Invalidität, die aus Gelenkversteifungen hervorgeht, behütet. Die Unkosten dieser zusätzlichen Maßnahmen werden bei weitem aufgewogen durch die Tatsache, daß die so behandelten Patienten nur eine geringe Invalidität davontragen werden. Diese Erkenntnis beginnt sich auch in der Schweiz allmählich durchzusetzen. In größeren und auch in mittleren Spitälern wurden physikalisch-therapeutische Abteilungen eingerichtet. Hier werden die Patienten nicht nur mit physikalischen Mitteln, wie Wärmeanwendungen, Packungen, Elektrotherapie usw., behandelt, sondern sie werden auch durch systematisch aufgebaute Bewegungsübungen und funktionelle Beschäftigungstherapie angeregt, ihre behinderten Glieder zu trainieren. Manche Patienten lernen mit Hilfe kleiner technischer Hilfsmittel, sich von der Rechtshändigkeit auf die Linkshändigkeit umzustellen, sich wieder selbständig zu besorgen und dadurch von Hilfeleistungen ihrer Umgebung unabhängig zu werden. Der Kranke muß schon sehr frühzeitig angehalten werden, selbständig zu gehen, sich zu pflegen, seine Prothesen an- und auszuziehen. Für bestimmte Fälle, insbesondere auch für die schwer invaliden Rückenmarksverletzten, sind spezielle *Rehabilitationsspitäler* gegründet worden. Diese verfügen über ein speziell geschultes und ausgebildetes Personal und werden von Fachärzten geleitet, die sich ausschließlich diesen Aufgaben

widmen. Vor dem zweiten Weltkrieg gab es nur einige wenige derartige Institutionen. Heute sind sie bereits viel zahlreicher. So bestehen beispielsweise Sonderspitäler für Kinder mit angeborenem Fehlen einzelner Gliedmaßen. Hier lernen die Kinder mit künstlichen Gliedern (Prothesen) sich zu betätigen, zu gehen, zu essen, sich anzuziehen. In anderen Spezialkrankenhäusern werden Patienten mit schwerer Kinderlähmung behandelt und rehabilitiert. In einem Krankenhaus für Rückenmarksgeschädigte hat es beispielsweise Dr. *L. Guttmann* in England fertiggebracht, durch neue Behandlungsmethoden diese schwerstgebrechlichen Invaliden, die früher nur wenige Monate überlebten, so zu rehabilitieren, daß sie heute die Lebenserwartung der Normalen wieder erhalten haben. Eine derartige Behandlung ist naturgemäß sehr kompliziert und erfordert einen großen Aufwand. Die Behandlungskosten, wie sie für die Schweiz errechnet wurden, belaufen sich auf etwa 70 Franken täglich. Rückenmarksverletzte mit einer Schädigung auf Höhe der Brust- oder Lendenwirbelsäule können innerhalb von 5–7 Monaten soweit rehabilitiert werden, daß die meisten unter ihnen wieder voll arbeitsfähig sind. Sie sind dann imstande, für ihre Familie und Angehörigen den Lebensunterhalt selber zu verdienen. Diese relativ kurze, wenn auch teure Behandlungszeit kommt aber immer noch billiger als die enormen Auslagen, die durch eine jahrelange, nicht sachgemäße Behandlung derartiger Fälle in einem nicht spezialisierten, wenn auch billigeren Spital entstehen würden. Wir sehen dabei noch davon ab, daß die längere Arbeitsunfähigkeit für den Patienten auch eine größere Erwerbseinbuße und eine Verlängerung seines körperlichen und seelischen Leidens bedingen wird. Derartige hochspezialisierte Rehabilitationsspitäler sind allerdings nur im Rahmen eines Gemeinschaftswerkes möglich. Es scheint mir die Pflicht eines Wohlfahrtsstaates gegenüber dieser Gruppe von behinderten Mitmenschen zu sein, derartige Institute zu erstellen, da diese Menschen mindestens ebenso das Recht haben, zu leben und zu arbeiten, wie die Gesunden heute im allgemeinen einen Anspruch auf hohen Lebensstandard und Komfort erheben.

Die praktische *Wiedereingliederung* der Behinderten *in den Arbeitsprozeß* erfordert die Überwindung zahlreicher Vorurteile und die technische Lösung einer ganzen Reihe praktischer Probleme. Daß körperlich Behinderte bei richtiger Schulung und sinnvollem Einsatz in einem Betrieb eine ausgesprochen wertvolle Arbeit leisten können, wird durch zahllose Beispiele aus der Industrie bewiesen. Beispielhaft ist die Fabrik Abilities Inc. in Albertson (New York). Dieser Betrieb, der Präzisionsteile für die Elektro- und Flugzeugindustrie herstellt, wurde 1952 von vier Gebrechlichen gegründet, die zusammen insgesamt über fünf brauch-

bare Arme und ein brauchbares Bein verfügten. Der Betrieb, der gut rentiert und eine minimale Absenzenzahl zu verzeichnen hat, beschäftigt heute mehr als 300 Invalide. Auf der ganzen Welt entstehen immer mehr spezielle Arbeitsstätten für Behinderte. In den Vauxhall-Werken in England wurden Werkstätten eingerichtet, wo körperlich Behinderte geschult, eventuell umgeschult werden können. Auch die Schweiz steht – verglichen mit dem Ausland – keineswegs rückständig da. Zu den Pionieren der Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß gehört z. B. der Schweizer *August Rollier*, der als Tuberkulosearzt um die Jahrhundertwende die Behandlung der Knochentuberkulose von Grund auf neugestaltet hat. Schon zu Beginn des Jahrhunderts hat er diese Kranken nicht nur in seinem Sanatorium in Leysin behandelt, sondern er hat deren Rehabilitation in die Tat umgesetzt. In seinem Krankenhaus wurde in den unteren Stockwerken ein Fabrikationsbetrieb eingerichtet, so daß diese Patienten noch während der eigentlichen Behandlungsphase ihrer Knochentuberkulose in der Lage waren, zu arbeiten und Geld zu verdienen. Heute gibt es auch in der Schweiz zahlreiche andere ähnliche Stätten. Zu ihnen gehört die Arbeitsgemeinschaft «Milchsuppe» in Basel, die Zürcherische Eingliederungsstätte Appisberg, die Lochkartenstation und Bürofacheingliederungsstätte der Brunau-Stiftung in Zürich und viele andere mehr, die wir aus Platzgründen hier nicht im einzelnen aufführen können. Reihenuntersuchungen haben gezeigt, daß Schwergebrechliche, an geeigneter Stelle eingesetzt, eine Arbeitsleistung vollbringen, die der Norm absolut ebenbürtig und nicht selten überlegen ist. Unter diesen Umständen ist es nicht nur vom sozialen und menschlichen, sondern auch vom rein wirtschaftlichen Standpunkt aus berechtigt, die vielleicht notwendigen kleinen Abänderungen an einem Werkzeug, an einer Maschine oder die Konstruktion eines technischen Hilfsgerätes für diese Arbeiter vorzunehmen. Gerade der körperlich Behinderte zeichnet sich oft durch einen besonderen Eifer und eine positive Einstellung zu seiner Arbeit aus, deren Wert nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Zu einer Rehabilitation gehört auch noch die Lösung manches scheinbar kleinen, praktisch aber sehr wichtigen Problems. So muß die Wohnung dieser Behinderten ihren speziellen Bedürfnissen angepaßt werden. Manchmal müssen Treppenstufen beseitigt und durch eine Rampe ersetzt werden. An anderen Treppen müssen Geländer angebracht werden; Türen müssen soweit erweitert werden, daß sie mit einem Rollstuhl passierbar sind, und Türschwellen entfernt werden. In den Toiletten ist genügend Raum vorzusehen, damit der Rollstuhl neben der Schüssel Platz hat, und eine von der Decke herunterhängende Haltevorrichtung ermöglicht es den Invaliden, ohne fremde Hilfe sich vom Rollstuhl auf

die Schüssel hinüberzuschwingen. Manche Bauherrschaft hat begonnen, die besonderen Bedürfnisse der Behinderten zu berücksichtigen und in ihren Neubauten Wohnungen, vorwiegend im Erdgeschoß, für Gebrechliche bereitzuhalten. Es wäre beispielsweise denkbar, daß in staatlich subventionierten Neubauten die Einrichtung derartiger Wohnungen als Bedingung an die Baubewilligung geknüpft würde. Ein weiteres Problem stellt der Transport des Behinderten an seinen Arbeitsplatz dar. Eine Erhebung in Cleveland in den Vereinigten Staaten hat 1950 ergeben, daß von 3000 potentiell arbeitsfähigen Schwergebrechlichen etwa 1000 eine besondere Transportmöglichkeit zur Erreichung des Arbeitsplatzes benötigt hätten. Viele können nicht zur Arbeit gehen, weil sie die öffentlichen Transportmittel in den Stoßzeiten nicht benützen können, andrerseits ein eigenes Transportmittel (Kleinauto) zu kostspielig ist. In manchen Fällen kann die Verlegung der Arbeitszeit mit Arbeitsbeginn und Arbeitsschluß eine Stunde vor den Stoßzeiten dieses Problem lösen. In anderen Fällen ist es volkswirtschaftlich betrachtet immer noch lohnender, aus öffentlichen Mitteln einem derartig Behinderten ein eigenes Kleinfahrzeug zu beschaffen, als ihn jahrelang untätig zu Hause liegen zu lassen. Auch Rückenmarksverletzte mit einer vollständigen Lähmung beider Beine können ein geeignet umgebautes Fahrzeug selbst im Großstadtverkehr lediglich mit den Händen sicher fahren.

Das bisher Gesagte hat sich vorwiegend auf die praktisch-wirtschaftliche Seite des Problems bezogen. Nicht in Zahlen zu fassen, für die Beteiligten aber ebenso wirklich, ist die psychologische Seite. Dort, wo sowohl der Kranke wie seine Umgebung sehen, daß eine Invalidität nach Überwindung einer Krankheit zurückbleibt, ist die Gefahr der Entmutigung und der Resignation groß. Hier nun muß dem Invaliden Mut und Zuversicht gegeben werden, nicht durch tröstende Worte, sondern vielmehr durch die tätige Hilfe der Rehabilitation. Zusammen mit anderen Behinderten, deren Wiedereingliederung vielleicht schon weiter fortgeschritten ist, erlebt er in der täglichen Arbeit des Rehabilitationszentrums die ständige Zunahme seiner Leistungsfähigkeit. Die parallel hierzu sich abspielenden Maßnahmen für die Beschaffung eines Arbeitsplatzes, für die Umschulung auf eine neue Tätigkeit, für die Anpassung der Wohnung an seine besonderen Bedürfnisse, rücken eine tätige und befriedigende Zukunft in durchaus konkreter Weise in greifbare Nähe. Diese Arbeit im konkreten, zusammen mit verstehendem Trost, jedoch frei von bloßem Mitleid, gibt dem Gebrechlichen wieder Vertrauen in seine Zukunft. Nie darf er aber vergessen, daß die wesentlichen Elemente seiner Wiedereingliederung aus ihm selber, aus seiner eigenen Kraft, seinem unermüdlichen Einsatz kommen müssen, daß die eigene Mitarbeit für die Rehabili-

tation mindestens ebenso wichtig ist wie die Hilfe, die ihm von außen gegeben werden kann.


*Zusammenfassung*

Zusammenfassende Orientierung über die Entwicklung, den Bereich und die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation. Die Fortschritte der Medizin haben das durchschnittliche Lebensalter des Menschen zwar enorm erhöht, sie konnten jedoch bisher nicht verhindern, daß viele Krankheiten und Verletzungen nur defekt ausheilen. Die dadurch in immer größerer Zahl in Erscheinung tretenden Invaliden bedürfen einer besonderen medizinischen und sozialen Behandlung und Fürsorge, deren Ziel es ist, das Gebrechen durch Anpassung, Training und mittels technischer Behelfe zu kompensieren (medizinische Rehabilitation) und die Invaliden alsdann so umzuschulen, daß sie entsprechend ihren neu erworbenen körperlichen und psychischen Fähigkeiten erneut ins Erwerbsleben eintreten können und sozial vollwertig werden (soziale Rehabilitation).

*Résumé*

L'auteur résume le développement, le champ d'action et les possibilités de réhabilitation médicale. Il est vrai, que les progrès de la médecine ayant énormément prolongé la vie des hommes, n'ont néanmoins pas empêché que beaucoup de maladies et lésions ne guérissent pas sans résidus. Par conséquent, le nombre des invalides augmente, ce qui nécessite pour eux une thérapie médicale et une assistance sociale en vue de compenser les défectuosités par l'adaptation, par l'exercice et par des aides techniques (réhabilitation médicale). Il faut rééduquer les invalides de manière à ce qu'ils soient capables de retourner à une vie active et d'acquérir grâce à leur nouvelle attitude physique et psychique une valeur sociale plus complète. (Réhabilitation sociale).

*Riassunto*

Rapporto riassuntivo sullo sviluppo, il raggio d'azione e le possibilità della riabilitazione medica. I progressi della medicina, pur avendo enormemente prolungato l'età media umana, non sono però stati in grado di impedire che molte malattie e lesioni guariscano con reliquati. Conseguenza di ciò è un aumento del numero degli invalidi; questi necessitano di una speciale terapia medica e di previdenze sociali il cui scopo è di compensare il difetto con l'adattamento, l'esercizio e gli ausilii tecnici (riabilitazione medica), ed in seguito di rieducare gli invalidi in modo che

essi possano nuovamente ritornare alla vita attiva e riacquistare il loro pieno valore sociale grazie alle neo-acquisite attitudini fisiche e psichiche (riabilitazione sociale).

*Summary*

A survey is given of the development, scope and possibilities of medical rehabilitation. The progress of medicine has enormously raised the average span of life, but has as yet been unable to prevent the many illnesses and injuries of age. The ever increasing number of invalids resulting require special medical and social treatment and care, of which the aim is to compensate for the damage by training, re-adaptation and technical aids (medical rehabilitation) and to teach these invalids to re-enter normal life with their newly acquired physical and psychological powers and to become fully valued citizens (social rehabilitation).