CORREÇÃO ORTOPÉDICA DO JOELHO EM FLEXÃO (MÉTODO ORIGINAL)

José A. Vasconcellos

Doc. da Cl. Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Bem sabemos que, uma retração em flexão do joelho, por êste ou aquele processo inflamatório, quando atinge uma certa angulação, a sua correção é delicada, visto ser fácil a formação de sub-luxação (perna ou baioneta). Por que?

Estudaremos primeiramente os elementos anatômicos que entram na sua formação.

Na extensão ou flexão da perna sôbre a côxa entram, como elementos chaves do movimento, o músculo quadriceps, para a extensão; o biceps, o semi — membranoso, o semi — tendinoso e os germes, para a flexão.

Em uma série de radiografias (pgs. 1, 2, 3 e 4) vemos como, na flexão, o quadriceps se alonga, pela progressão que toma a rotula, e, pela contração dos músculos antagônicos, vemos o tibia fazer uma translação posterior ao femar. No movimento de extensão o quadriceps leva o tibia para cima, colocando-o em posição retibinea ao eixo do femur ou faz um pequeno angulo obtuso de vértice posterior.

Em um processo inflamatório, por causa da dôr, o paciente vae se acomodando e flexionando a perna sôbre a côxa. Decorrido algum tempo nesta posição viciosa, os músculos e a capsula posteriores, devido a inflamação, se acham retraidos, e endurecidos. (pg. 5). No momento em que empregaremos a extensão continua o método da Quengel — Momsen, o de câmara livre de Ducroquet (pgs. 6 e 7) ou outro processo, estando o joelho com um dado grau de flexão da perna sôbre a côxa, provocaremos a luxação ou sub-luxação do tibia para trás, porque a capsula e os músculos flexores, estando contraidos, e o tibia apoiado no condilo femural, qualquer manobra de etensão da perna não conseguirá fazer a translação do tibia e êste se sentirá forçado em fazer a extensão aonde se encontra — o tibia ficará paralelo ao femur em um plano posterior (perna em baioneta).

Como devemos proceder?

Teríamos, como um dos recursos, os meios cirúrgicos, que não deixam de ter os seus senões. Entretanto, também, não será de boa prática a redução ortopédica, se houver lesão óssea juxta-articular que venha enfraquecer as mesmas. Nêste caso prefiro a redução cruenta.

O método ortopédico que vou expôr consta do seguinte:

a) Um pesso que atingirá a pelvis e a côxa, até o joelho (pg. 8). Bom acolchamento das espinhas iliacas anteriores e superiores; do joelho ,principalmente em sua face anterior e das apofises espinhoses.

b) Um gesso que, partindo do joelho vá até o pé. Acolchamento nas faces anterior e posterior da perna, junto ao joelho; no calcanhar e tendão de Achylles; dorso do pé e tornozelo.

Duas alças feitas com gesso, conforme mostra a fig. 8 — A e D.

c) Como acolchamento prefiro a esponja de borracha.

d) Obtida a espessura necessária de gesso, colocamos, então a **aste** (fig. 8-B) e o **joelho metálico** (fig. 8-C e fig. 9) fixando-os com ataduras de gesso e completando a resistência do aparelho. É de boa norma prender a **aste,** passando uma atadura de gesso em sua base. Na colocação do **joelho metálico** prefiro deixar a vara (fig. 9-1) para o lado da cova.

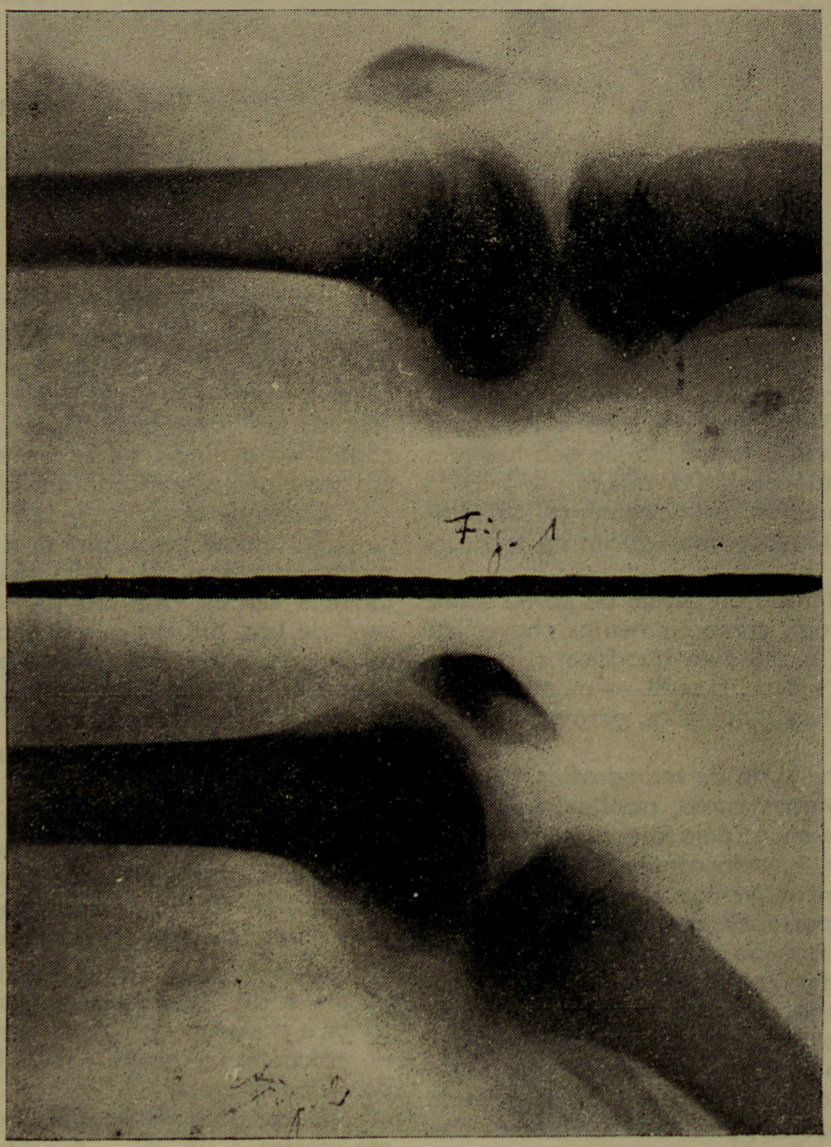


Fig. 1 e 2

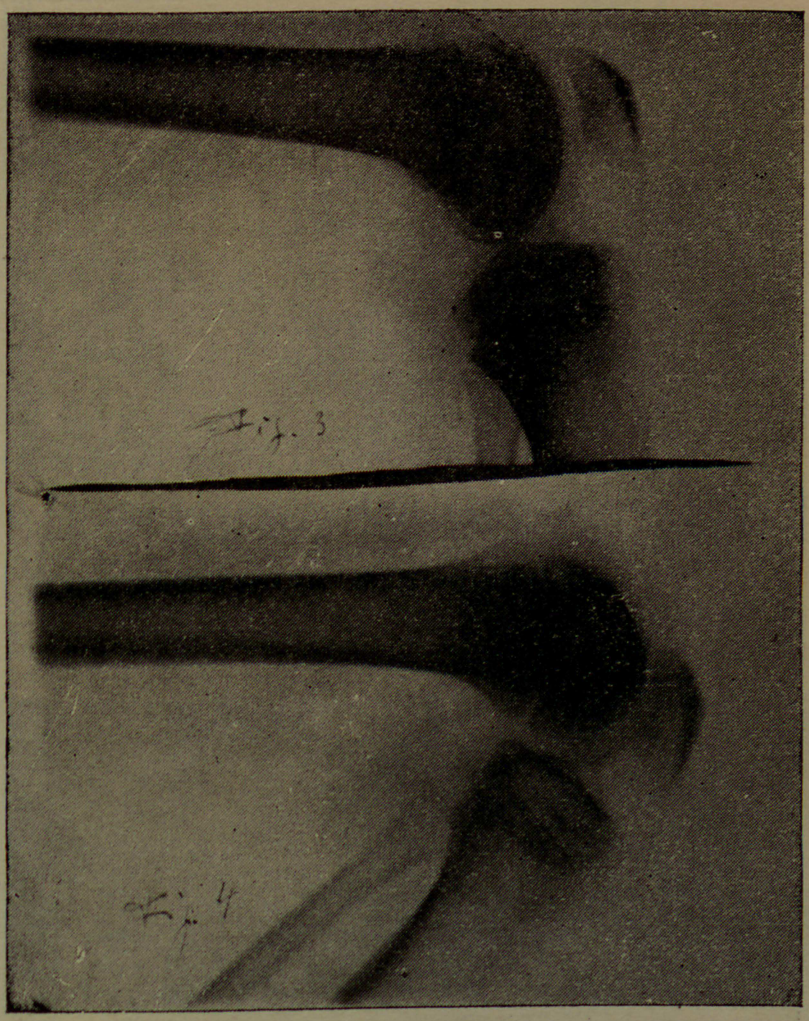


Fig. 3 e 4

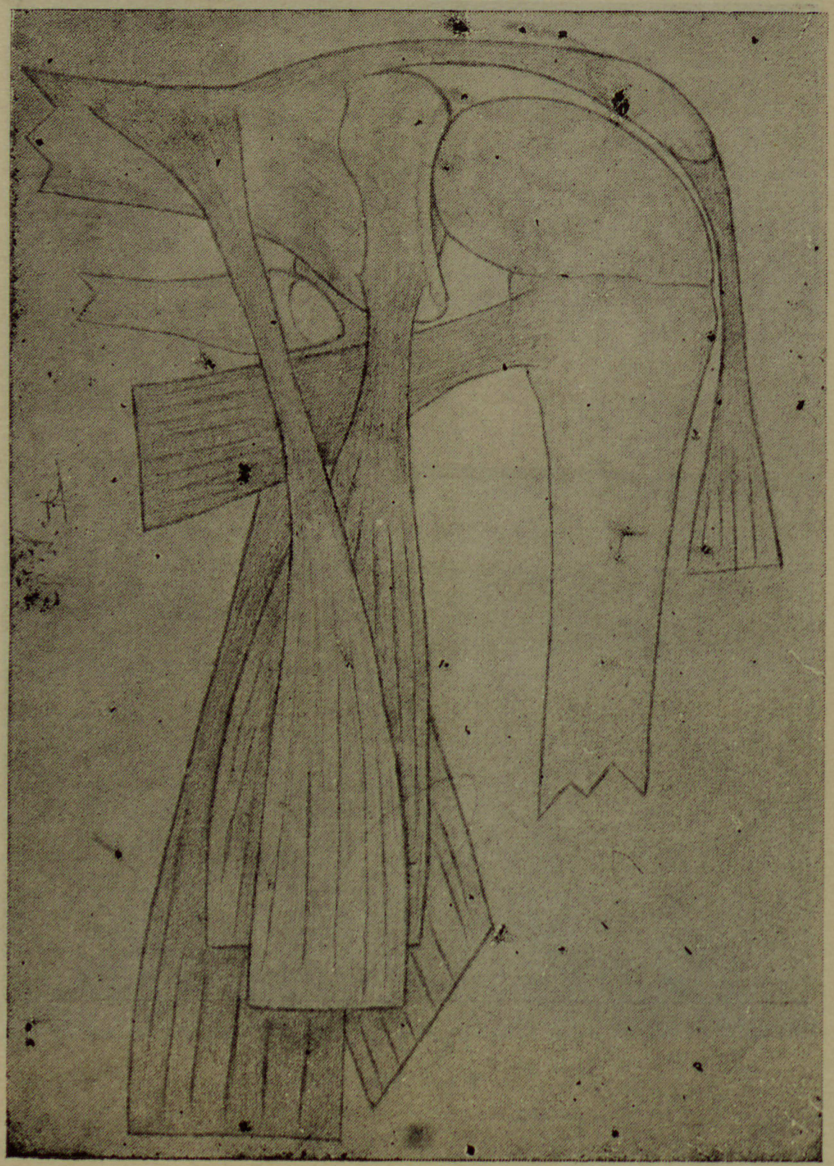
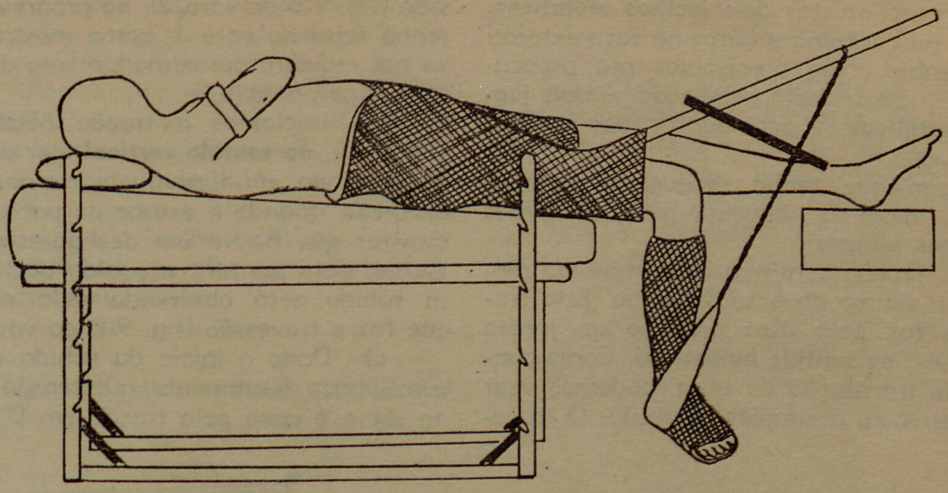
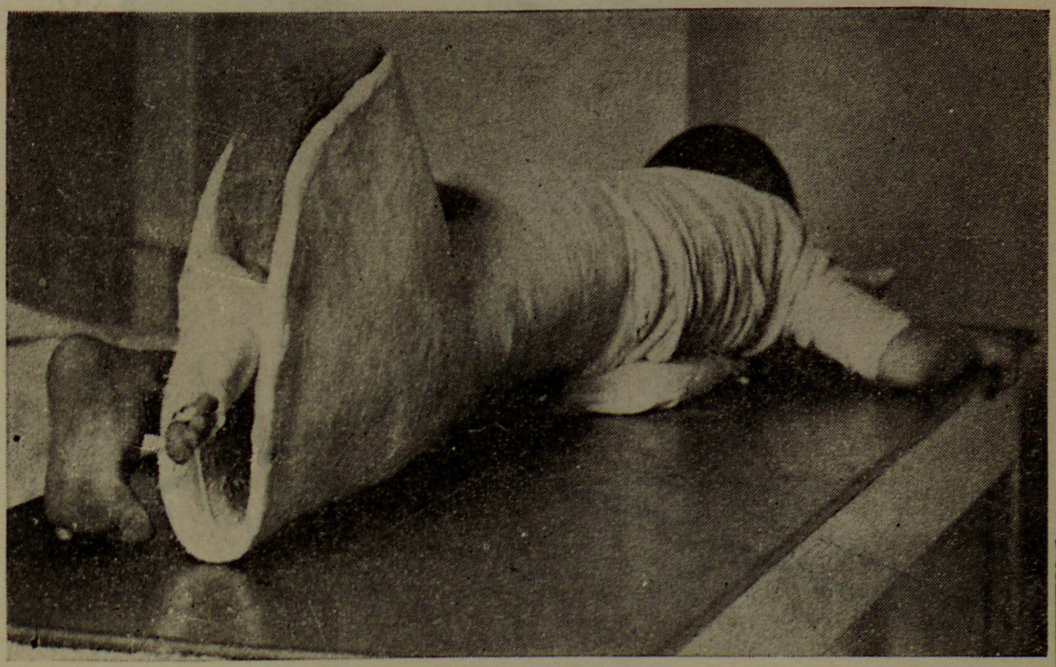


Fig. 5



Método de Orengel — Momsen

Fig. 6



(Fig. 7) Método de Dueroquet (câmara livre).

Prefiro ajustar dois **joelhos metálicos,** um na face interna e outro na face externa do membro. Não precisamos nos preocupar na justeza desta colocação os dois **joelhos metálicos** se acomodarão por ocasião da redução.

Logo que tenha secado o aparelho damos início à redução, que consta dos seguintes tempos:

a) Tração continua com, mais ou menos, um sétimo do peso do corpo. Esta tração se faz pela alça próxima ao joelho (fig. 8-A), **no sentido horizontal.** Como contrôle da translação do tibia, podemos usar os raios X ou a simples inspeção. O travessão (fig. 9-B da vara 2), na progressão que tenha feito na vara 1, como mostra a flexa nos indicará aproximadamente de quanto desligou o tibia.

b) Iniciamos a tração pelo ponto (fig. 8-A), **no sentido vertical,** por uma corda enrolada em tormiquete ou por traços elasticos, quando o exame do paciente nos mostrar que houve um desligamento suficiente, para permitir a subida do tibia. Esta subida será observada pela ascenção que faz o travessão (fig. 9-B da vara 2).

c) Dado o início da subida do tibia começamos, lentamente, a extensão da perna sôbre a coxa pela tração em D (fig 8).

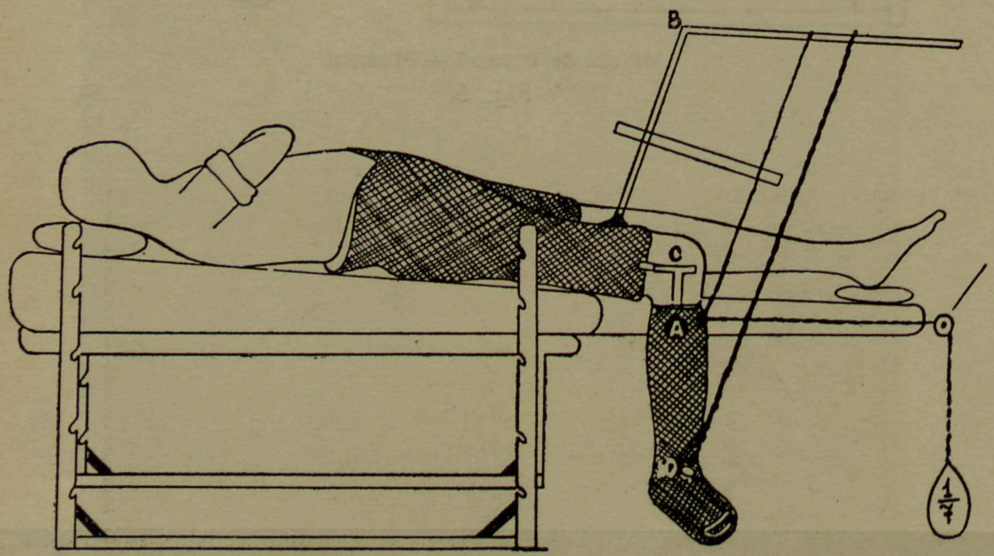


Fig. 8

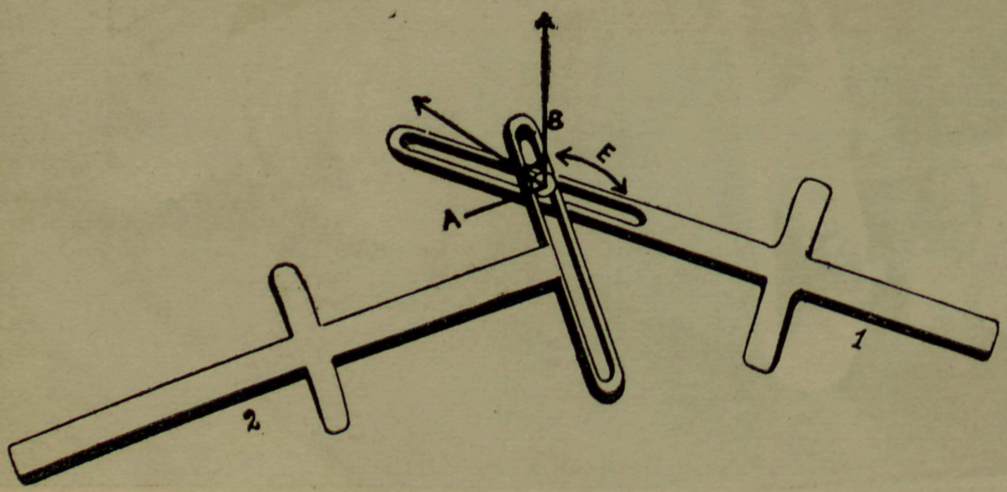


Fig. 9 — Joelho metálico

Não podemos nos esquecer que êste ponto é sempre, em todos os tempos da redução, o de menor tração.

d) Por ocasião da colocação do **joelho metálico,** devemos observar a posição inicial do botão A (fig. 9), em E., para possibilitar a translação do tibia.

e) Terminada a correção, podemos retirar a **aste** e o **joelho metálico,** fixando as duas partes do aparelho com atadura de gesso passada no joelho.

A figura 10 nos mostra a radiografia do joelho da menina Mirian R., em tratamento na 33.ª enfermaria.

Notamos nesta radiografia como o tibia está deslocado para trás dos condilos femurais (confrontar esta posição com a da fig. 3 que é de um joelho normal, no mesmo ângulo de flexão). Tem-se a impressão que os ligamentos cruzados (fig. 10) estão rompidos ou grandemente alongados.

A figura 11 mostra o final da correção aliás muito boa e obtida em só seis dias de tração pelo método que apresento.



Fig. 10

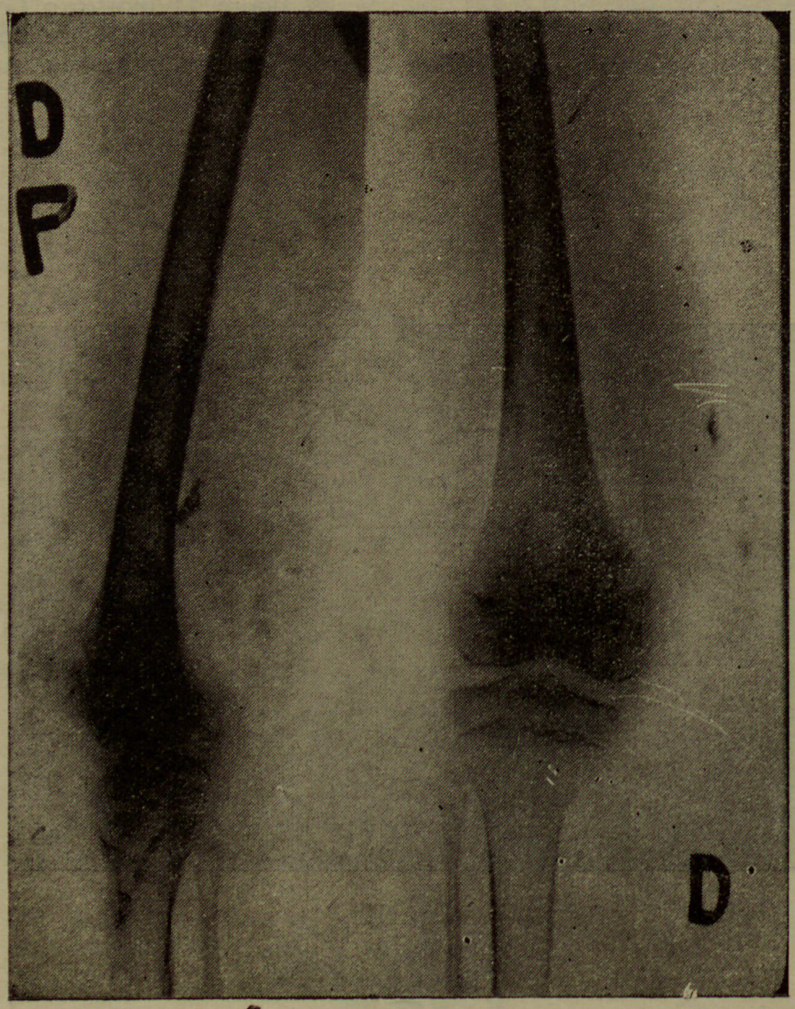


Fig. 11