

SUTURA DA ARTÉRIA E DA VEIA POPLÍTEAS

POR

ALBERTO MAC-BRIDE

A cirurgia vascular tem sido pouco cultivada entre nós. Diminutos são os casos e muito pobre é a literatura portuguesa sobre o assunto. Foi por isso que se me afigurou de interesse vir apresentar à Sociedade de Ciências Médicas um caso de sutura da artéria e da veia poplíteas, que tive ocasião de praticar no meu serviço do Banco do Hospital de S. José.

Tratava-se de um doente, homem de 47 anos, de profissão sapateiro, que no dia 23 de Agosto de manhã ao saltar o balcão da loja onde trabalhava enterrou uma faca de officio, que sobre elle estava, na região poplítea do lado direito. Conseguiu elle próprio ainda extrair a faca, mas logo depois uma abundante hemorragia se produziu, que quem logo lhe acudiu tentou dominar por meio dum laço passado em volta da coxa. Meia hora após o accidente entra no Banco do Hospital de S. José, onde o colega de serviço lhe applica immediatamente uma banda de Esmarch e lhe dá subcutâneamente três litros de sôro fisiológico. Só duas horas e meia depois é que vejo o doente pela primeira vez. Apesar da administração do sôro fisiológico e de 10 c. c. de óleo canforado, encontro-o pálido, com sede e profundamente anemiado. Pulso a 120 com fraca recorrência, pupilas em meia dilatação. Vi que a compressão de Esmarch era completa e que o doente era um varicoso. Na suspeita de tratar-se de uma ferida dos grossos vasos de região, dispus-me a intervir immediatamente, rodeando-me das maiores precauções de assepsia e preparando todo o material de sutura vascular. Ao levantar o penso que lhe tinha sido applicado, observei a ferida cutânea. Era uma



ferida incisa de mais de 4 centímetros de comprimento, quasi longitudinal, com o meio à altura da prega de flexão e com a sua extremidade superior mais internamente situada. Como era levemente biselada, a sua abertura estava obturada por gordura do espaço poplíteo. Não retirando a banda de Esmarch e no cuidado de remover as causas que favorecessem a coagulação, fiz a desinfecção da pele com água e sabão e depois com álcool e éter. Depois de bem seca a região é que procedi à anestesia local com novocaína a 1 por cento, pelo processo de Braun, que habitualmente uso. Devo acrescentar que administrara previamente ao doente, com o fim de calmar a excitação em que se encontrava, 2 centigramas de pantopon em injeção.

Alonguei até 20 centímetros a ferida produzida no acidente e explorei cuidadosamente a região. Encontrei, logo, mercê da hábil ajuda do interno Sr. Lamas, uma ferida longitudinal da veia poplíteica na extensão de 3 centímetros.

Isolei cautelosamente o vaso e 2 centímetros mais acima encontrei uma ferida com igual disposição. Passando à exploração da artéria encontrei na sua parede externa uma ferida também longitudinal de 2 $\frac{1}{2}$ centímetros de comprimento. Como se tratava de um vaso profundo, e, apesar da flexão do membro, não fôsse possível trazê-lo à superfície cutânea para o suturar, passei acima e a baixo das feridas duas ansas de *pachenstecher* n.º 3, com as quais o ajudante fez uma leve tracção e suspensão que me permitiram executar a sutura. A técnica que usei foi a de Carrel: três pontos de sutura contínua em cada uma das feridas venosas. O material que empreguei foi o de Carrel, fabricado por Gentile, e as agulhas já enfiadas da casa Carrière, com sêda não vaselinada. Guardei a pouca sêda vaselinada que possuía, da casa Bruneau, para a sutura da artéria.

Isolei esta prudentemente, e depois de a ter fixado com duas ansas de *pachenstecher*, como fizera para a veia, fiz uma sutura contínua com três pontos. Mandei retirar a banda de Esmarch e vi que as suturas venosas estavam perfeitamente impermeáveis. A sutura da artéria era continente na sua parte média. Um ponto em U, de refôrço, assegurou uma hemóstase perfeita. O pulso reapareceu ao nível da sutura arterial e a veia tornou-se túrgida.

Limitei-me depois a lançar a título preventivo vaselina esterilizada na ferida operatória e a suturá-la com *agrafes* e com 2 pontos



de crina de Florença, para lhe afrontar os lábios. Membro levantado e em extensão moderada bem alcochoado numa goteira e cuidadosamente aquecido. A anestesia tinha sido absoluta, e no fim da intervenção, mercê do pantopon e do sôro, o pulso estava mais tenso e a 90.

A pediosa direita pulsava francamente e não havia diferença na tensão com a do lado oposto.

À noite tudo se afigurava animador. O pé do lado lesado estava quente, e rosado, o doente não acusava a tam característica dor de calcanhar e a pediosa continuava pulsando. Como precaução pus o doente no máximo repouso, com uma dieta de leite e galinha e administrei-lhe um grama de nucleianato de sódio em ingestão. O pulso estava a 110 já com recorrência. Só ao fim de oito dias levantei o penso, porque os sintomas locais nada tinham apresentado de assustador. O pulso pedioso tinha continuado a sentir-se sem modificações e a temperatura só atingira 37°,4 máximo, no dia seguinte ao da intervenção.

Ao levantar o penso a ferida cutânea supurava levemente. Tirei logo todos os *agrafes* e o fio de crina e vi que o tecido celular tinha um ligeiro exsudado purulento.

Limpei a ferida e não drenei.

Três semanas após o acidente o doente sai do hospital, com a ferida cicatrizada e sem ter apresentado o menor sinal de insuficiência circulatória do membro, além das varizes de que já anteriormente era portador.

Hoje observei-o mais uma vez. Trabalha sem incómodo algum. Quando está muito tempo de pé, os dois membros inferiores edemaciam-se, mas o facto está inevitavelmente ligado às varizes.

O pulso poplíteo percebe-se tanto de um lado como do outro sem diferenças, sucedendo o mesmo ao pulso da pediosa. A tensão dêste apreciado pelo oscilómetro de Pachon é: $M_x = 17$, $M_n = 7$. A tensão da pediosa esquerda é: $M_x = 16$, $M_n = 6 \frac{1}{2}$; sendo a das radiais $M_x = 16$, $M_n = 7$.

*

* *

Evidentemente que o caso que acabo de relatar é um caso de cura do doente, sem por isso eu poder afirmar em absoluto que seja um caso de cura operatória. Não houve sintomas clínicos, que pos-



sam fazer afirmar a produção duma trombose ao nível das suturas; mas também, segundo a opinião de Tuffier, só a exploração directa do vaso suturado pode garantir a certeza da eficácia da sutura.

Contudo, o presente caso pode ser considerado como comprovativo da eficácia da sutura, que julgo ter indicações mais extensas nas feridas de vasos grossos, do que habitualmente se julga entre nós.

O facto de uma ferida ser séptica, como succidia no meu doente, não contra-indica formalmente a sutura. Tratava-se de uma poplítea e todos conhecem que a percentagem de acidentes de insuficiência de irrigação, após a sua laqueação são muito superiores à da femural. Além disso contei com a particularidade de se tratar de um varicoso e como tal com irrigação já em parte comprometida.

Os accidentes que se podiam produzir com a trombose ao nível das suturas, o que era a pior hipótese no caso da sutura, reputo-os mínimos e os resultados obtidos eram os mesmos que teria se praticasse a laqueação. A hemorragia estava dominada e era esse o perigo immediato.

Finalmente, quero acrescentar que as pinças de compressão constante de Gentile, se afirmaram pouco práticas, não só na hemóstase preventiva dos vasos, mas também na sua tracção, porque, além de occuparem muito campo quando se trata de um vaso profundo, muito facilmente garram.

