RAUL RAPOSO DE MEDEIROS

EMPREGO EXPERIMENTAL DO BISTURI ELÉTRICO NAS ANASTOMOSES DO INTESTINO GROSSO.

ESTUDO DA CICATRIZAÇÃO À MICROSCOPIA ÓTICA E DE POLARIZAÇÃO.

Tese Apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para o Concurso de Docência Livre em Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia.

Campinas - São Paulo
1982

T/UNICAMP
M467e
v. 1
4782

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

- 1982 -

REITOR

Professor Doutor JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

COORDENADOR GERAL DA UNIVERSIDADE

Professor Doutor FERDINANDO DE OLIVEIRA FIGUEIREDO

COORDENADOR GERAL DAS FACULDADES

Professor Doutor ANTONIO CARLOS NEDER

DIRETOR

Professor Doutor LUIZ SÉRGIO LEONARDI

DIRETOR ASSOCIADO

Professor Doutor ANTONIO FREDERICO NOVAES DE MAGALHÃES

PROFESSORES TITULARES

Professor Doutor JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI
Professor Doutor JOSÉ LOPES DE FARIA
Professor Doutor LUIZ SÉRGIO LEONARDI

CHEFES DE DEPARTAMENTOS

Professor Doutor ADIL MUHIB SAMARA
Professor Doutor ALVARO GUILHERME BEZERRIL EUGÊNIO
Professor Doutor EDUARDO LANE
Professor Doutor GOTFRIED KÖBERLE
Professor Doutor JOHN COOK LANE
Professor Doutor JOSÉ LOPES DE FARIA
Professor Doutor JOSÉ MARTINS FILHO
Professora Doutora JULIA PRADO FRANCESCHI
Professor Doutor LUIZ CIETTO
Professor Doutor LUIZ SEBASTIÃO PRIGENZI
Professor Doutor MANILDO FÁVERO
Professor Doutor MAURÍCIO KNOBEL
Professor Doutor NUBOR ORLANDO FACURE
Professor Doutor RAUL RENATO GUEDES DE MELLO
Professor Doutor RUBENS MARCONDES PEREIRA
Professor Doutor WALTER PINTO JUNIOR

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

PROFESSORES EMÉRITOS

Professor Doutor ANTONIO AUGUSTO DE ALMEIDA
Professor Doutor GABRIEL OLIVEIRA DA SILVA PORTO

À MEMÓRIA DE MEU PAI,

À MINHA MÃE

1150004782
FCM
T/UNICAMP M467e

À CYNTHIA,

ROGERIO E PATRÍCIA

A G R A D E C I M E N T O S

Ao Professor Luiz Sérgio Leonardi, a quem devo minha formação cirúrgica, pelo interesse no aperfeiçoamento científico, pelo constante estímulo, bem como pela orientação desta tese. Agradeço ainda, a atenção com que me distinguiu na revisão final do texto.

Ao Professor Benedicto de Campos Vidal, pelo constante incentivo, bem como pela atenção e dedicação com que realizou o estudo à microscopia ótica e de polarização deste trabalho.

Agradeço aos colegas do Departamento de Cirurgia pelo apoio e incentivo que nunca me faltaram.

Ao Senhor Gomes Sarmento Alvim, pela dedicação ao cuidar dos animais de experiência.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO..... 1

II - DADOS DA LITERATURA..... 7

1. Anastomose do Intestino Grosso em um plano de sutura..... 8

A. Estudos Experimentais..... 8

B. Estudos Clínicos..... 12

2. Alterações do tecido colágeno na Cicatrização das Anastomoses realizadas experimentalmente no Intestino Grosso..... 19

3. Emprego do bisturi elétrico no preparo das bocas anastomóticas..... 23

A. Estudos Experimentais..... 23

B. Estudos Clínicos..... 24

III - MATERIAL E MÉTODOS..... 28

1. Animal de Experiência..... 28

2. Planejamento..... 28

3. Pré-operatório..... 29

4. Anestesia..... 29

5. Técnica Operatória..... 30

6. Pós-Operatório..... 32

7. Sacrifício dos animais..... 33

8. Exame macroscópico das anastomoses..... 33

9. Exame microscópico das anastomoses..... 34

IV - RESULTADOS..... 37

1. Resultados macroscópicos..... 37

2. Resultados microscópicos..... 40

V - DISCUSSÃO..... 59

A. Análise da evolução da cicatrização em cada variedade de sutura..... 59

B. Análise Comparativa da cicatrização entre as suturas em um e em dois planos..... 64

a. aos cinco dias de evolução..... 64

b. aos quinze dias de evolução..... 67

C. Análise Comparativa da cicatrização entre as variedades de preparo das bocas anastomóticas com as suturas em um plano..... 71

a. aos cinco dias de evolução..... 71

b. aos quinze dias de evolução..... 72

VI - CONCLUSÕES..... 74

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 76

I — INTRODUÇÃO

Vários autores têm demonstrado experimentalmente as vantagens do emprego da sutura em um plano, quando comparada a clássica sutura em dois planos na execução das anastomoses do tubo digestivo (GORODICHE & JOURDAN, 1951; S A K O & WANGENSTEEN, 1951; FRUCHAUD, 1952; PRIMO, 1955; BUCHIN & VAN GEERTRUYDEN, 1960; HAMILTON, 1967; LETWIN & WILLIANS, 1967; CRONIN e col., 1968, a e b; SINGLETON e col.,1968;ABRAMOWITZ & Mc ALISTER, 1969; CARRIL, 1970; Mc ADAMS e col.1970;FARIA, 1972; GUIMARÃES, 1972; MEDEIROS, 1973; ROSEMBERG e col.1973; CAMELI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976; Mc LACHLIN e col., 1976; WARDE & CUTAIT, 1976; KIRK & IRVIN, 1977; MANTOVANI e col., 1977; JIBORN e col., 1978, a,b,c,; LANGER, 1978; LORD e col., 1978; MAILLET & POILLEUX, 1979; ROCHA, 1979 ; SCHILLACI e col., 1979; SUGIMACHI e col., 1979; JIBORN e col. 1980, a e b; e JANSEN e col., 1981.

Por outro lado, estudos comparativos entre as quatro variedades de sutura em plano único: sutura seromuscular com inversão das bordas, sutura perfurante total, sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas e a sutura com eversão das bordas, demonstraram vantagens com a utilização da sutura seromuscular extramucosa com pontos separados e justaposição das bordas, proposta por GORODICHE & JOURDAN (1951). Com o emprego desta variedade de sutura tem sido constatado necrose tecidual, comprometimento vascular e reação inflamatória exsudativa menos intensa e conseqüentemente mais precoce e mais intensa proliferação de fibroblastos e principalmente de formação de fibras colágenas (NARDI, 1957; ROSENBERG e col., 1973; MEDEIROS, 1973; CAMELI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976 a, b; BOURY e col., 1979 e SUGIMACHI e col., 1979).

Estes achados foram também observados nos segmentos do tubo digestivo não revestidos de peritoneo (PRIMO, 1955 ; MEDEIROS, 1973) e em condições clínicas experimentais de adversidade como peritonite, isquemia e imunossupressão (ROSEMBERG e col., 1975; MANTOVANI e col., 1976, a; LEONARDI e col. 1977, a e MANTOVANI, 1978).

Os resultados clínicos observados com o emprego desta técnica nos diferentes segmentos do tubo digestivo permitem concluir quanto à sua segurança (DEATON & BRADSHAW, 1950; BREMEN & JAMBE, 1955; BELING, 1957; NARDI, 1957; THOMERET e col., 1957; HELLEPUTTE & MONBALLIU, 1963; GETZEN e col. 1966; BRONWELL e col., 1967; FIGUEROA e col., 1968; REICHEL & NAGEL 1969; CARRIL, 1970; FARIA e col., 1971; REIS NETO, 1971 ; LEONARDI e col., 1973; LEONARDI e col., 1975; LEONARDI e col. 1976 e LEONARDI e col., 1977, a e b).

Esta variedade de sutura vem sendo utilizada desde - 1968 no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, praticando-se hemostasia prévia dos vasos da submucosa com categute 5-0 simples e sutura com pontos separados de fio de algodão número 3-0, com resultados bastante satisfatórios (LEONARDI e col., 1973; LEONARDI e col., 1974; LEONARDI e col., 1975; MANTOVANI e col., 1975, a; LEONARDI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976, b e c; e LEONARDI e col., 1977, a).

Todavia, decorridos alguns anos com o emprego desta - técnica e tendo em vista a razoável experiência clínica acumulada até 1976, indagou-se quanto ao tempo dispendido para a feitura da hemostasia prévia e também aos inconvenientes - do emprego do categute, que aumenta significativamente a reação inflamatória exsudativa (FARIA e col., 1969; MEDEIROS , 1973).

Por estes motivos, a partir de 1976; esta técnica foi modificada com o objetivo de diminuir o tempo operatório e torná-la mais acessível a um maior número de cirurgiões.

Esta simplificação, basicamente vem sendo proposta mediante o emprego do bisturi elétrico para a execução da hemostasia dos vasos da submucosa, nos segmentos do tubo digestivo a serem anastomosados (VALDONI, 1972; KOTT & LURIE, 1973; MATHESON & IRVIN, 1976; ROSIN e col., 1976; BRANDALISE e col. 1979; MATHESON e col., 1981).

Uma outra variante da técnica, com o emprêgo do bisturi elétrico, consiste na sua utilização tanto para a secção das túnicas a serem anastomosadas quanto para a hemostasia dos vasos da submucosa, (GRASSI, 1976).

Tal procedimento vem sendo utilizado neste Departamento desde 1976, com resultados clínicos satisfatórios (MEDEIROS e col., 1981 a,b).

Estes resultados permitem deduzir que o preparo das bocas anastomóticas do tubo digestivo e particularmente do colon, feito com o emprego do bisturi elétrico, oferece adequada segurança às suturas e anastomoses em plano único seromuscular extramucosa com justaposição das bordas.

Por outro lado, não se conhece até o momento estudos quanto aos possíveis efeitos do emprego do bisturi elétrico no processo de cicatrização das anastomoses do tubo digestivo. Deste modo, o presente trabalho analisa a técnica de preparo das bocas anastomóticas que emprega o bisturi elétrico, tanto para a secção das túnicas como para hemostasia dos vasos da submucosa, comparando-a com aquela em que se pratica a secção das túnicas com o bisturi, efetuando-se laqueadura dos vasos da submucosa com categute 5-0.

Estas duas técnicas foram ainda comparadas com uma terceira, na qual não se utiliza o bisturi elétrico, e que consiste basicamente no emprego da clássica sutura em dois planos.

Preferiu-se realizar esta pesquisa no intestino grosso dado que, a incidência de complicações observadas nas anastomoses aí realizadas é mais elevada do que no restante dos segmentos do tubo digestivo revestidos de peritonio.

Nesta pesquisa foi utilizado o fio "nylon" monofilamentar, de acordo com FARIA e col. (1969), que compararam experimentalmente em suturas no estômago de cães, o "nylon" -

monofilamentar, a seda, o algodão e o categute cromado, concluindo que o melhor dêles é o "nylon" monofilamentar por apresentar reação inflamatória exsudativa menos intensa e menor número de granulomas. As vantagens do emprêgo do fio de "nylon" monofilamentar foram salientadas recentemente por KOBAYASI (1978).

Com o objetivo de analisar comparativamente o processo de cicatrização com as duas variedades de preparo das bocas anastomóticas, bem como compara-las com a clássica sutura em dois planos, elaborou-se o presente trabalho, com o objetivo de demonstrar à microscopia ótica e de polarização, os fenomenos histológicos da fase exsudativa e proliferativa da cicatrização, com particular ênfase ao tecido colágeno, fundamental no processo de cicatrização e que, no tubo digestivo, se localiza quase que exclusivamente na túnica submucosa.

O tecido colágeno é birrefringente à microscopia de polarização e suas fibras são demonstráveis pelo seu brilho, em contraste com o campo escuro dos demais tecidos. Esta propriedade dos feixes de fibras de colágeno, propicia a sua identificação bem como a sua determinação quantitativa.

Desta forma, os processos destrutivos bem como os de elaboração de fibras de colágeno, podem ser seguidos quanto a sua evolução, pela análise de sua birrefringência, VIDAL, (1964 a,b) e VIDAL (1966).

Os feixes do colágeno por causa da sua organização ultra-estrutural e sua composição química especial, apresentam dois tipos de birrefringência, a de forma, também chamada - textural e uma birrefringência intrínseca devida a um certo

grau de cristalinidade de sua estrutura, o que é o resultado da distribuição específica das ligações químicas das moléculas que o compõem, VIDAL (1964, b), VIDAL e col. (1975) e PIMENTEL (1981).

Para os objetivos desta tese não foi necessário determinar as medidas de retardo ótico das birrefringências. Sòmente a comparação dos preparados entre si foi suficiente para a detecção das imagens birrefringentes e suas diferenças, sempre tendo como referência os cortes "contrôle".

II — DADOS DA LITERATURA

Para interpretação adequada dos achados obtidos nesta pesquisa julgou-se de interesse a análise da literatura relacionada aos trabalhos experimentais e à experiência clínica com as anastomoses realizadas no intestino grosso com sutura em um plano, ao estudo do comportamento do tecido colágeno na cicatrização, ao uso do bisturi elétrico no preparo das bocas anastomóticas e sua interferência no processo de cicatrização.

1. ANASTOMOSE DO INTESTINO GROSSO EM UM PLANO DE SUTURA.

A. ESTUDOS EXPERIMENTAIS:

Estudos experimentais na cirurgia do intestino grosso, empregando-se a tēcnica de sutura em um plano em suas diferentes variedades, tēm sido relatados por vārios autores: SAKO & WANGENSTEEN, 1951; GETZEN e col., 1966; RAVITCH e col., 1967; COWLEY & WALL, 1968; TRUEBLOOD e col., 1969; Mc ADAMS e col., 1970; YALE & VAN GEMERT, 1971; CHAIB e col., 1972; FARIA,1972; CAMELI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976 c; IRVIN, 1976 ; Mc LACHLIN e col., 1976; VON KRAUSE, 1976; KIRK & IRVIN, 1977; JIBORN e col., 1978 a,b,c; LANGER, 1978; LORD e col., 1978 ; MANTOVANI, 1978; BOURY e col., 1979; MAILLET & POILLEUX , 1979; SCHILLACI e col., 1979; SUGIMACHI e col., 1979; JIBORN e col., 1980, a,b; e JANSEN e col., 1981.

Vārias conclusões puderam ser obtidas destes estudos , utilizando-se a sutura em plano ūnico.

Estas variedades de sutura proporcionam adequada coaptação das bordas, facilitando o processo de cicatrização (SAKO & WANGENSTEEN, 1951; GETZEN e col., 1966; TRUEBLOOD e col. 1969; Mc ADAMS e col., 1970; YALE & VAN GEMERT, 1971; FARIA , 1972; CAMELI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976 c; MANTOVANI, 1978; LORD e col., 1978; MAILLET & POILLEUX, 1979; SUGIMACHI e col., 1979 e JANSEN e col.,1981).

A sutura em um plano evita a formação de esporão com conseqüente diminuição do calibre intestinal ao nivel da anas

tomose (SAKO & WANGENSTEEN, 1951; GETZEN e col., 1966;COWLEY & WALL, 1968; Mc ADAMS e col., 1970; FARIA, 1972; CAMELI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976 c; LANGER, 1978 e SUGIMACHI e col., 1979).

O plano único de sutura possibilita também satisfatória e precoce vascularização no local da anastomose, conforme referiram SAKO & WANGENSTEEN, 1951; WISE e col., 1975; MANTOVANI e col., 1976 b; Mc LACHLIN e col., 1976; VON KRAUSE, 1976; - LANGER, 1978; LORD e col., 1978; MAILLET & POILLEUX, 1979 ; SUGIMACHI e col., 1979 e JANSEN e col., 1981.

A resistência à pressão na linha de anastomose é satisfatória com o emprêgo da sutura em um plano (SAKO & WANGENSTEEN , 1951; GETZEN e col., 1966; COWLEY & WALL, 1968 ; TRUEBLOOD e col., 1969; Mc ADAMS e col., 1970; YALE & VAN GEMERT, 1971; WISE e col., 1975; VON KRAUSE, 1976; KIRK & IRVIN,1977; LORD e col., 1978; SCHILLACI e col., 1979 e SUGIMACHI e col., 1979).

A reação inflamatória de pequena intensidade e a rápida e precoce formação de tecido colágeno são verificados quando se utiliza a sutura em um plano no intestino grosso (CRONIN e col., 1968 a,b; FARIA, 1972; CAMELI e col., 1976; MANTOVANI e col., 1976 c; TRIMPI e col., 1977; KIRK & IRVIN, 1977; JIBORN e col., 1978 a,b,c; LANGER, 1978; LORD e col., 1978; MAILLET & POILLEUX, 1979; SCHILLACI e col., 1979; SUGIMACHI e col., - 1979; JIBORN e col., 1980 a,b e JANSEN e col., 1981).

BELLAMY e col., (1977) estudaram a resistência à infecção das suturas intestinais, realizando anastomoses intesti - nais em um plano de sutura extramucosa com justaposição das

bordas. Concluíram que as anastomoses cicatrizam em meio séptico, sendo bastante resistentes à infecção, mesmo em casos de contaminação, particularmente intensas e virulentas. Consideram que esta resistência à infecção deve-se a túnica serosa.

Na literatura nacional, FARIA (1972) realizou estudo comparativo no intestino grosso de cães, com anastomose término-terminal em dois planos, com outro grupo em que utilizou a variedade de sutura em um plano seromuscular extramucosa - com justaposição das bordas, utilizando pontos separados em plano único. Realizou 16 anastomoses íleo-cólicas e 16 colo-cólicas, tendo concluído que existem vantagens em usar a sutura em plano único por apresentar melhor coaptação das bordas, menor reação inflamatória exsudativa e mais precoce e intensa proliferação fibroblástica. MANTOVANI e col. (1976 c) realizaram estudo comparativo entre quatro variedades de sutura em plano único, com duas variedades em dois planos no - intestino grosso de 60 cães, utilizando fio de algodão número 3-0 nas suturas em plano único e categute cromado número 3-0 e algodão número 3-0 nas suturas em dois planos, mostrando vantagens no emprego da variedade de sutura em um plano - seromuscular extramucosa com justaposição das bordas. Resultados pouco inferiores foram obtidos com sutura em um plano seromuscular extramucosa com inversão das bordas e em um plano perfurante total. Resultados menos satisfatórios foram verificados com a sutura em um plano com eversão das bordas e com as variedades em dois planos, tanto com o primeiro plano mucomucoso quanto perfurante total. Nos animais examinados - aos quatro e quinze dias após a intervenção cirurgica houve

superioridade da sutura em plano único seromuscular extramucosa com justaposição das bordas sobre os demais tipos de sutura, tanto no aspecto macroscópico quanto no microscópico, pois apresentou melhor coaptação das bordas, sem aumento da parede ao nível da anastomose, menor reação inflamatória exsudativa, mais precoce e intensa proliferação fibroblástica, menor reação inflamatória atribuível ao fio de sutura e menor alteração vascular ao nível da cicatrização.

MANTOVANI (1978) realizou estudo sobre a evolução da cicatrização em anastomoses do intestino grosso de 180 cães ; 90 em condições de normalidade e os demais sob ação de drogas imunossupressoras. Este estudo feito à microscopia ótica e - eletrônica permitiu algumas conclusões: não foram observadas complicações nos dois grupos de animais estudados; ocorreu um retardo da cicatrização devido a ação das drogas imunossupressoras; o epitélio de revestimento da mucosa no local da anastomose nos cães normais estava totalmente refeito morfologica e funcionalmente no quarto dia pós operatório. Comparando os dois grupos não houve alteração da fibrogenese e sim retardo na cronologia dos fenômenos cicatriciais nos cães que receberam drogas imunossupressoras.

B. ESTUDOS CLINICOS

Vários cirurgiões tem relatado a experiência clínica em cirurgia do intestino grosso, com a sutura seromuscular - com inversão das bordas: BELLING (1957) realizou, em 52 doentes, ressecção segmentar do intestino grosso, com restabelecimento do transito por anastomose término-terminal, sendo 26 cólo-cólicas e 26 íleo-cólicas não tendo observado deiscência. VASCONCELOS e col. (1968), realizaram 14 anastomoses colo-cólicas e uma íleo cólica, término-terminais, com sutura contínua, sem complicações. REICHEL & NAGEL (1969) compararam ressecções do intestino grosso, com restabelecimento do transito por anastomose término-terminal, usando técnica de sutura em um plano com inversão das bordas, comparando-as às suturas em dois planos. Realizaram 164 anastomoses, sendo 83 em plano - único e 81 em dois planos, verificando nos casos de anastomoses em plano único a ocorrência de uma fístula, com conseqüente óbito e nos casos de anastomoses em dois planos, oito fístulas, com seis óbitos. NAHAS e col. (1971) apresentaram - 35 casos de cirurgia cólica eletiva em que realizaram anastomoses em plano único seromuscular com sutura contínua, não fazendo referência a complicações. GOLIGHER (1976) comparou os resultados de 48 pacientes submetidos à ressecção do colon; - em 21 foi empregada sutura em um plano com inversão das bordas, ocorrendo duas deiscências (9%) e em 27 pacientes foi empregada sutura em plano único com eversão das bordas, ocorrendo 13 deiscências (47%).

Verificou resultados semelhantes no fechamento de 26 colosto-

mias, das 14 em que a sutura foi com inversão, ocorreu uma deiscência (7%) e nos oito em que foi usada sutura com eversão das bordas, ocorreram dois óbitos (25%). Comparou ainda 29 casos de anastomose colo-cólica realizados com sutura em um plano com inversão das bordas com 31 casos de anastomoses feitas com sutura em dois planos, verificando cinco casos - (17%) de deiscência quando a sutura empregada foi em um plano com inversão das bordas e cinco casos (16%) quando a sutura foi praticada em dois planos. KISS & BOCHINI (1976) realizaram 13 cirurgias de urgência com a mesma técnica, sem - complicações. KISS e col. (1976) efetuaram 75 anastomoses cólicas em cirurgia eletiva empregando a mesma técnica, com resultado satisfatório. AMSHEL (1977) realizou 49 ressecções do intestino grosso, restabelecendo o trânsito por anastomose colo-cólica, com sutura em um plano com inversão das bordas - em 28 casos e sutura em dois planos em 12 pacientes; verificou apenas um caso de deiscência e fístula, cuja anastomose foi realizada em dois planos de sutura. GREENAL e col. (1979) realizaram 100 anastomoses cólicas com sutura em plano único com inversão das bordas, verificando a ocorrência de cinco - fístulas, sendo duas fatais; realizaram ainda, enema opaco pós operatório em 46 casos, verificando em dez, pequenas fístulas assintomáticas.

A experiência clínica com a utilização da sutura perfurante total no intestino grosso, foi referida por GAMBEE e col. (1966) que realizaram 163 anastomoses término-terminais, observando oito casos de fístulas com cinco óbitos. OLSEN e col. (1968) utilizando a mesma técnica, realizaram 112 anastomoses colo-cólicas término-terminais, observando apenas -

uma fístula que se fechou espontaneamente, sem estenose. ORR (1969) efetuou 15 ressecções do intestino grosso, com anastomose término-terminal sem complicação. EVERETT (1975) estudou 92 doentes submetidos à anastomose colo-retal, sendo 40 com a utilização da técnica de sutura em plano único perfurante total e 52 com a técnica de sutura em dois planos. Concluiu que não houve diferença significativa na incidência de fístula nos dois métodos, quando a anastomose foi realizada acima da reflexão peritonial pélvica. Porém, nas anastomoses realizadas abaixo do peritonio pélvico, a incidência de deiscência foi significantemente maior quando se utilizou a técnica de sutura em dois planos. GOLIGHER (1977) comparou a sutura em um plano perfurante total com a sutura em dois planos, em 84 anastomoses altas e 51 baixas no intestino grosso. Das anastomoses altas, 41 foram realizadas com sutura em dois planos e 43 com sutura em um plano e das anastomoses baixas, 25 foram realizadas em dois planos e 26 em plano único de sutura.

Houve maior incidência de fístulas nos casos em que foi empregada a sutura em um plano, tanto nas anastomoses altas 37% , contra 27% verificado com sutura em dois planos como nas anastomoses baixas, 58% contra 40% constatado com a sutura em dois planos.

Utilizando técnica de sutura com eversão das bordas, com pontos separados perfurantes totais, no intestino grosso, GETZEN (1966) praticou 24 ressecções com anastomose término-terminal, sem complicações. GOLIGHER e col. (1972) compararam a técnica de anastomose em um plano com eversão em 27 doentes, com a sutura em dois planos em outros 21 doentes. Verificaram

13 fístulas no primeiro grupo, com três óbitos, concluindo - que a sutura com eversão não deve ser indicada na cirurgia - do intestino grosso.

Utilizando a técnica de sutura seromuscular extramu - cosa com justaposição das bordas, GORODICHE & JOURDAN (1951) realizaram duas anastomoses íleo-cólicas após hemicolectomia direita. Realizaram ainda, duas anastomoses término-terminais no colon sigmoíde além de sutura de lesão intra-operatória - do sigmóide, com 5 cm de extensão em outro doente, sem com - plicações. JOURDAN (1955) utilizando a mesma técnica, executou ressecção e anastomose término-terminal em um caso de - obstrução intestinal por cancer do colon transverso, sem complicações. Em outro caso, de tumor do ceco, praticou hemicolectomia direita com anastomose íleo-cólica, término-terminal, ocorrendo fístula estercoral no 6º dia de pós-operatório, não referindo óbito.

DELANNOY e col. (1957) realizaram 33 ressecções de colon esquerdo, com restabelecimento do transito por anastomose término-terminal, referindo um óbito não relacionado à técnica de sutura empregada. NARDI (1957) praticou nove ressecções do intestino grosso com anastomose término-terminal, sem ocorrência de complicações. THOMERET e col. (1957) efetuaram 21 ressecções com anastomoses término-terminais,uma derivação interna por anastomose do íleo ao colon transverso , látero-lateral, além de sete suturas do colon. Observaram - duas fístulas, não referindo óbito nesta série de doentes. - BUCHIN & VAN GEERTRUYDEN (1960) comparando variedades de sutura em um e dois planos, realizaram 220 ressecções, sendo - 54 em plano único e 166 em dois planos. Verificaram no pri -

meiro grupo três casos de fístulas com dois óbitos e um caso de estenose tardia; no segundo grupo, 14 fístulas seguidas de sete óbitos e três casos de estenose tardia. BRONWELL e col., (1967) realizaram 136 ressecções do intestino grosso, com restabelecimento do trânsito por anastomose término-terminal, sendo 95 em um plano e 41 em dois planos, observando três - casos de fístulas e um óbito neste segundo grupo. FIGUEROA e col. (1968) realizaram nove anastomoses primárias colo-cólicas, término-terminais, em um plano, sem complicações. MANTOVANI e col. (1975 b) realizaram fechamento de colostomia em alça com sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, em 33 doentes, sem complicações.

MANTOVANI e col. (1975 a) efetuaram 12 ressecções em casos de cancer do intestino grosso, sendo sete casos em que a neoplasia localizava-se no ceco e cinco no colon sigmóide. Realizaram anastomoses término-terminais, com a mesma técnica, sem complicações. MATHESON & IRVIN (1975) utilizaram sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas em 52 doentes submetidos a ressecções eletivas do colon retossigmóide, verificando três fístulas, sendo duas delas observadas em 37 anastomoses realizadas acima da reflexão peritonial pélvica, e a outra em 15 anastomoses realizadas abaixo da reflexão peritonial pélvica. DELAITRE e col. (1976) realizaram 35 anastomoses colo-retais com a mesma variedade de sutura, verificando duas fístulas, sendo uma fatal. LEONARDI e col. (1976) realizaram 90 cirurgias do intestino grosso, sendo 44 fechamentos de colostomia em alça, 32 por neoplasia maligna, cinco por lesão - traumática, quatro por pólipo de sigmóide, uma por tuberculose íleo-cecal e, ainda, quatro outras ressecções, sendo uma por -

dolicocolon, uma por fístula colecistocólica, uma por tumor inflamatório e a última por doença diverticular do colon, - utilizando sutura em plano único seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, sem complicações. TRIMPI e col.(1977) analisaram 984 pacientes submetidos a cirurgia do colon e do reto, num período de treze anos. Em 717 pacientes em que realizaram sutura em plano único seromuscular com exclusão da - mucosa e justaposição das bordas, ocorreram 28 (3,9%) fístulas e nos 267 em que realizaram sutura em dois planos ocor - reram 29 fístulas (10,8%). JONSELL & ENDELMANN (1978) analisaram os resultados de 165 pacientes submetidos a cirurgia de intestino grosso, sendo em 43 hemicolectomia direita, em cinco hemicolectomia transversa, em 38 hemicolectomia esquerda, em 72 ressecção colo-retal alta e em sete ressecção colo-retal baixa. Empregaram técnica de sutura em um plano extramucoso seromuscular e com justaposição das bordas, tendo constatado a ocorrência de 14 fístulas (8,5%) e verificado mortalidade de 0,6%. FAGNIEZ (1979) utilizando a mesma técnica de sutura, realizou 25 anastomoses colo-retais, com a ocorrência de uma fístula não fatal. HAUTEFOUILLE (1979) também empregando a variedade de sutura seromuscular extramucosa com justa - posição das bordas, realizou 73 anastomoses colo-retais, tendo nove fístulas, sendo uma fatal. MAILLET & POILLEUX (1979) compilaram várias estatísticas sobre anastomoses colo-retais com sutura em um plano extramucoso com justaposição das bordas, verificando 12 casos de fístula em 233 pacientes operados. - CADY e col. (1980) analisaram os resultados de 64 anastomoses colo-retais realizadas com sutura em um plano extramucoso - seromuscular com justaposição das bordas, verificando a ocor-

rência de 17 fístulas (26,5%). Em 56 casos foi realizada ressecção parcial do colon, ocorrendo 16 fístulas (28,5%) e em oito foi realizada retossigmoidectomia anterior, ocorrendo - uma fístula (12,5%).

Os autores atribuem estes resultados à natureza da moléstia (tumores e doenças inflamatórias, como a doença de - Crohn), às condições locais das bocas anastomóticas, ao preparo do colon e ao tipo de ressecção realizada.

MATHESON e col. (1981) analisaram os resultados de 137 pacientes submetidos a cirurgia colo-retal com sutura em um plano seromuscular com justaposição das bordas, inclusive os operados em caráter de urgência, verificando ocorrência de nove - fístulas (7%). Nas cirurgias eletivas verificaram ocorrência de cinco fístulas (4%). MEDEIROS e col. (1981 b) realizaram em 40 pacientes, cirurgia cólica, sendo hemicolectomia direita em 12 doentes portadores de cancer do colon direito; hemicolectomia esquerda em 17: em 12 devido a cancer do colon esquerdo e em cinco, devido a moléstia diverticular do colon sigmóide. Em um paciente portador de moléstia diverticular difusa do - colon, com hemorragia, ressecaram todo o colon e realizaram - anastomose íleo-retal. Em dez pacientes realizaram fechamento de colostomia sendo seis em alça devido a ferimento cólico e quatro em dupla boca devido a colectomia realizada na vigência de obstrução intestinal por cancer. Em todos os casos foram - sempre realizadas a "céu aberto" em plano único de sutura - seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, com pontos separados de algodão 3-0. Os autores não tiveram complicações atribuíveis ao modo de preparo das bocas anastomóticas e à técnica de sutura empregada.

2. *ALTERAÇÕES DO TECIDO COLÁGENO NA CICATRIZAÇÃO DAS ANASTOMOSES REALIZADAS EXPERIMENTALMENTE NO INTESTINO GROSSO*

HALSTED (1887) concluiu que a túnica mais importante do intestino na cicatrização das suturas e anastomoses é a submucosa, por ser a camada mais rica em tecido colágeno, o que foi confirmado posteriormente por inúmeros autores. A literatura demonstra também que qualquer processo de cicatrização é feito às custas da formação do tecido colágeno. Por este motivo, vários autores tem procurado estudar as alterações do colágeno na cicatrização das anastomoses intestinais: CRONIN e col. (1968 a) procuraram relacionar a resistência à pressão e à tensão, a concentração de colágeno no local da anastomose. Para tanto realizaram 20 anastomoses com sutura seromuscular em um plano, com sutura contínua. Sacrificaram os animais com 3,5,7,10 e 14 dias de pós-operatório, realizando testes de resistência à pressão e tensão e mediram a concentração do colágeno utilizando hidroxiprolina. Concluiram que não existe relação entre a resistência, à tensão e à pressão com a concentração de colágeno. Concluiram que a cicatrização das anastomoses no colon envolve não apenas as margens seccionadas mas uma extensão variável à montante e à jusante da anastomose.

Grande quantidade de colágeno prê-existente é destruído e em seu lugar é sintetizado um novo tecido colágeno que assume a forma de um tubo de tecido conjuntivo no plano submucoso. Estes resultados indicam haver simultaneamente remoção do colágeno velho e síntese de um novo colágeno tanto na linha de

anastomose como acima e abaixo dela.

CRONIN e col. (1968 b) empregando a mesma técnica de sutura no colon, estudaram a síntese e a lise do tecido colágeno na cicatrização das anastomoses, dosando a concentração de colágeno com hidroxiprolina. Os resultados indicam que em torno do 5º dia de pós-operatório existe um equilibrio entre a lise de colágeno pré-existente e a síntese do novo colágeno. Consideram que a lise do colágeno pré-existente deve-se a atividade de uma enzima, a colagenase e que o tecido colágeno - neoformado é resistente à ação deste enzima. Se o colágeno - pré-existente e o colágeno neoformado fossem igualmente atacados por esta colagenase, a reparação tecidual seria incompleta. IRVIN (1976) estudou o metabolismo do colágeno em anastomoses cólicas infectadas com um plano de sutura com inversão das bordas. Mediu a concentração do colágeno usando hidroxiprolina. Verificou que a infecção altera o metabolismo - do colágeno diminuindo a sua concentração, mas a causa precisa das alterações bioquímicas é incerta. Todavia constatou haver em decorrência da infecção, aumento da lise do colágeno - pré-existente e um retardo na síntese do novo tecido colágeno.

KIRK & IRVIN (1977) estudaram a ação da oxigenioterapia - sobre a anastomoses realizadas no colon, com sutura em um plano com inversão das bordas, em condições de normalidade e em condições de hipoxia. Concluiram que sem oxigênio não existe - síntese de colágeno e que a síntese de colágeno é retardada e diminuída em regime de hipóxia. Por outro lado, consideram que na prática a hipóxia no local da anastomose não se deve a causas sistêmicas e sim locais, devido a desvascularização decor

rente das ressecções praticadas e portanto a oxigenioterapia não tem nenhum efeito sobre a cicatrização das anastomoses - cólicas. JIBORN e col. (1978 a,b) estudaram a resistência à pressão e à tensão de anastomoses cólicas realizadas com sutura em um plano extramucoso com inversão das bordas. Concluiram não haver relação entre a concentração de colágeno e a - resistência à pressão e à tensão. JIBORN e col. (1978 c) explicaram a menor atividade colagenolítica verificada nos trabalhos anteriores pelo edema e reação inflamatória mais intensos provocados pela sutura contínua, que funcionariam como - obstáculo à progressão do conteúdo intestinal. Isto poderia - explicar porque a função normal do colon é restabelecida após um a dois dias quando se usam pontos separados e 4 a 6 dias - quando se emprega sutura contínua. As fezes retidas no colon favorecem a invasão bacteriana e o aumento na lise de colágeno. SCHILLACI e col. (1979) estudaram a concentração de colágeno, comparando em cães, anastomoses cólicas com sutura em dois planos, em um plano perfurante total e em um plano com invaginação das bordas, não havendo diferença significativa da concentração do colágeno entre as variedades de sutura estudadas durante a evolução da cicatrização.

JIBORN e col. (1980 a) estudaram em ratos o balanço - entre a lise e a síntese do colágeno em diferentes segmentos do colon durante o período de cicatrização após ressecção do colon esquerdo e anastomose com um plano de sutura com inversão das bordas e sutura contínua de seda 7-0. Utilizaram a hidroxiprolina para medir a concentração do colágeno. Concluíram que as alterações do colágeno não são confinadas à vizinhança imediata da anastomose, mas se estendem a considerável distância e são mais acentuadas na região proximal da anasto-

mose, mas atingem todo o colon. O máximo de degradação do colágeno ocorre entre 4 e 24 horas, a partir daí ocorre uma diminuição na degradação do colágeno.

Do 5º ao 7º dia aumenta a síntese do colágeno, atingindo um equilíbrio no 7º dia. A partir do 8º dia predomina a síntese do colágeno. Estes resultados indicam que o colon inteiro reage ao trauma e que na cicatrização do colon existe um delicado equilíbrio entre a síntese e a degradação do colágeno.

JIBORN e col. (1980 b) estudaram o efeito da técnica de sutura sobre a concentração do colágeno na parede do colon. Para isto realizaram anastomoses colo-cólicas em um plano de sutura seromuscular com inversão das bordas, com sutura contínua em com pontos separados. Verificaram que as anastomoses com sutura contínua apresentam alta incidência de complicações e uma nítida diminuição da concentração de colágeno ao nível da anastomose e na parede do colon proximalmente à anastomose durante a primeira semana de cicatrização. Nos animais em que a anastomose foi feita com pontos separados ocorreram menos complicações e a diminuição da concentração de colágeno estava confinada à região anastomótica e a normalização da concentração de colágeno ocorria mais precocemente. Estes achados indicam que a técnica com pontos separados é preferível nas anastomoses do colon esquerdo.

3. *EMPREGO DO BISTURI ELÉTRICO NO PREPARO DAS BOCAS ANASTOMÓTICAS*

Existem poucas referências na literatura sobre o emprego do bisturi elétrico no preparo das bocas anastomóticas do tubo digestivo e particularmente do intestino grosso.

O bisturi secciona os tecidos mecanicamente enquanto que com o bisturi elétrico os tecidos são seccionados por uma corrente elétrica alternada de alta freqüência.

A hemostasia dos vasos da submucosa é feita por laqueadura dos vasos da submucosa com categute simples, quando a secção é feita com bisturi e por eletrocoagulação quando se emprega o bisturi elétrico.

A. *ESTUDOS EXPERIMENTAIS*

KOTT & LURIE (1973) estudaram experimentalmente em gatos a cicatrização de anastomoses cólicas, cujas bocas anastomóticas foram preparadas com bisturi e hemostasia dos vasos da submucosa com categute simples e com o emprego do bisturi elétrico tanto na secção das túnicas a serem anastomosadas quanto na hemostasia dos vasos da submucosa.

A técnica de sutura empregada foi em dois planos, um muco-mucoso e outro seromuscular com pontos separados de seda 5-0. Os animais foram sacrificados 24 horas, 48 horas, 4 dias, 6 dias e 11 dias de pós-operatório. O exame histoló

gico das anastomoses mostrou necrose tecidual e infiltrado - inflamatório nos dois grupos, sendo um pouco mais intenso - quando se utilizou o bisturi elétrico. O processo regenerativo, com proliferação de fibroblastos e fibras colágenas no 6º dia pós-operatório eram também um pouco menos intensas no - grupo em que foi utilizado o bisturi elétrico. Concluem que apesar da diferença ser pequena, os resultados sugerem pequena vantagem quando se emprega o bisturi cirúrgico, quando - comparado com o bisturi elétrico.

ROSIN e col. (1976) compararam experimentalmente em ratos a cicatrização de suturas praticadas no estômago. Em metade dos animais o estômago foi seccionado com bisturi cirúrgico e nos outros com bisturi elétrico, sendo o fechamento - da brecha gástrica feito com sutura em um plano extramucoso - com inversão das bordas. Estudaram a cicatrização no período de 24 horas a 21 dias de pós-operatório. Verificaram resultados semelhantes nos dois grupos quanto à resistência à pressão e a tensão. Do ponto de vista histológico, a cicatrização estava completa em torno do 10º dia. Concluem que o bisturi elétrico pode ser utilizado em cirurgia gástrica sem prejuízo da cicatrização.

B. ESTUDOS CLÍNICOS

VALDONI (1972) refere apenas o uso do bisturi elétrico nas suturas gástricas, com resultado satisfatório.

MATHESON & IRVIN (1975) realizaram em 52 pacientes, -

ressecções eletivas do reto e sigmóide, restabelecendo o trânsito por anastomose colo-retal, com sutura em um plano sero - muscular extramucoso com justaposição das bordas. A hemostasia dos vasos da submucosa no preparo das bocas anastomóticas foi realizada com bisturí elétrico. Ocorreram três fístulas, duas em 37 anastomoses realizadas acima da reflexão peritonial e a outra em 15 anastomoses praticadas abaixo da reflexão peritonial.

GRASSI (1976) refere empregar rotineiramente no tubo - digestivo o bisturí elétrico, tanto na secção das túnicas a - serem anastomosadas quanto na hemostasia dos vasos da submucosa, com resultados satisfatórios.

BRANDALISE e col. (1979) empregaram o bisturí elétrico na hemostasia dos vasos da submucosa por pinçamento e a eletrocauterização no preparo das bocas anastomóticas seccionando as túnicas da maneira convencional com bisturí com resultado satisfatório. Realizaram 100 operações no tubo digestivo , sendo 82 gastrectomias, 2 anastomoses gastrojejunais, 2 gastrectomias totais, 3 esofagoplastias, 1 esofagocoloplastia, - 7 colectomias e 3 enterectomias.

Tiveram apenas um caso de deiscência de sutura com fístula em um paciente que apresentava cancer gástrico e que - para seu tratamento exigiu a ressecção de 3/4 do estômago e parte do colon transverso. Referem que a recuperação do paciente foi possivel graças a hiperalimentação venosa e consideram a ocorrência de um caso de fístula não relacionado ao método de hemostasia empregado.

MEDEIROS e col. (1981 a) analisaram os resultados obti

dos com o emprego do bisturi elétrico, tanto na secção das túnicas do tubo digestivo a serem anastomosadas ou suturadas, - quanto na hemostasia dos vasos da submucosa, no preparo das - bocas anastomóticas em 183 doentes submetidos à cirurgia do tubo digestivo, com a utilização da sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas. Realizaram 9 cirurgias - esofágicas, 123 gástricas e 4 duodenais; em 10 pacientes realizaram anastomose bilio-digestiva e em 1, anastomose pancreato-digestiva. Anastomoses de intestino delgado foram praticadas em 3 pacientes e de intestino grosso em 33 pacientes. Apenas um paciente (0,5%) apresentou fístula, consequente à deiscência de sutura da anastomose entero-entérica, de pequeno débito, fechando no 15º dia de pós-operatório com tratamento conservador. Concluem que o método oferece segurança necessária à sua utilização rotineira, sendo a principal vantagem a simplicidade, reduzindo sensivelmente o tempo operatório e tornando a sutura em plano único mais simples e portanto mais acessível a todos os cirurgiões que a praticam.

MATHESON e col. (1981) realizaram cirurgia colo-retal em 137 pacientes, com sutura em plano único seromuscular extramucoso e justaposição das bordas, realizando a hemostasia dos vasos da submucosa com bisturi elétrico. Verificaram 4% de fístulas nas cirurgias eletivas e 7% nas de urgência. Não referem complicações atribuíveis ao uso do bisturi ou ao tipo de sutura utilizado nas anastomoses.

MEDEIROS e col. (1981 b) realizaram 40 cirurgias no intestino grosso, preparando as bocas anastomóticas utilizando o bisturi elétrico tanto na secção das túnicas quanto na hemostasia dos vasos da submucosa. Em todos os casos, a técnica de sutura foi em um plano seromuscular extramucosa com justaposi

ção das bordas, com pontos separados de algodão 3-0. Realizaram hemicolectomia direita em 12 paciente, hemicolectomia esquerda em 17, anastomose do íleo ao reto em um e fechamento de colostomia em 10 pacientes.

Os trabalhos clínicos e experimentais demonstram a possibilidade de se realizar, com segurança e com bons resultados as anastomoses no intestino grosso em um plano de sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, preparando as bocas anastomóticas com o bisturí elétrico, tanto na secção das túnicas a serem anastomosadas como na hemostasia dos vasos da submucosa.

III - MATERIAL E MÉTODO

1. ANIMAL DE EXPERIÊNCIA

A experiência foi realizada em cães mestiços aparentemente sadios fornecidos pelo biotério do Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, sendo as intervenções cirúrgicas realizadas no laboratório da Disciplina de Técnica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Foram utilizados cães machos, com pesos que variou entre 7 e 10 Kg.

2. PLANEJAMENTO

Foi planejada cirurgia dos 30 cães, sendo operados cinco por dia, utilizando-se em cada animal uma variedade de preparo da boca anastomótica, sendo anotada a sua frequência de tal forma que sempre iniciamos pela última variedade de preparo da boca anastomótica realizada no dia anterior.

Todas as anastomoses foram realizadas pelo mesmo cirurgião.

Os animais foram divididos em três grupos de 10 cães cada, assim distribuídos:

GRUPO I - preparo das bocas anastomóticas com bisturi na secção das túnicas e hemostasia dos vasos da submucosa feita com laqueadura com fio de categute 5-0 simples.

GRUPO II - preparo das bocas anastomóticas com bisturi elétrico na secção das túnicas e na hemostasia dos vasos da submucosa.

GRUPO III - preparo das bocas anastomóticas com bisturi na secção das túnicas, sem hemostasia dos vasos da submucosa.

3. PRÉ-OPERATÓRIO

O pré-operatório dos animais foi apenas o jejum durante um período de 12 a 15 horas antes da cirurgia.

4. ANESTESIA

Os cães foram submetidos à anestesia geral com thionembutal (tiobarbiturato etil sódico), via intravenosa, na dose de 20 mg para cada quilograma de peso, com entubação endotraqueal e respiração controlada com aparelho de Takaoka modêlo 660.

Durante a cirurgia, foram ministrados 200 ml de soro fisiológico por via intravenosa. Sempre que necessário foram administradas doses suplementares de anestésico.

5. TÉCNICA OPERATÓRIA

Em todos os cães foi feita tricotomia abdominal e antissepsia com tintura de merthiolate (timerosal) na diluição de 1:10.000 e empregados todos os preceitos de técnica asséptica.

A via de acesso foi sempre a laparotomia mediana infraumbelical, numa extensão de aproximadamente 8 cm.

A cavidade peritonial foi protegida por compressas.

Procedia-se a seguir, à identificação do intestino grosso. Em todos os animais foi feita secção total transversal de todas as camadas do colon, a oito centímetros da transição íleo-cólica, obtendo-se desta maneira duas bocas que foram a seguir anastomosadas. Antes da realização da anastomose foi retirado um fragmento de colon para controle de exame histológico.

As anastomoses foram realizadas nos grupos I e II com sutura extramucosa em um plano seromuscular com justaposição das bordas e no grupo III com a sutura clássica em dois planos, sendo um plano perfurante total com sutura contínua e outro invaginante seromuscular, com pontos separados.

Foram realizadas 30 anastomoses no intestino grosso, 20 com sutura em um plano seromuscular extramucosa, com justaposição das bordas, 10 para cada variedade de preparo das bocas anastomóticas e 10 com a clássica sutura em dois planos.

Nas anastomoses realizadas com sutura em plano único

(GRUPOS I e II), foram utilizados pontos separados de fio de "nylon" monofilamentar 5-0 distantes três milímetros da borda de secção, com os nós voltados para fora da luz do intestino, tanto em plano anterior como no plano posterior. Sempre foram utilizadas agulhas atraumáticas de mesmo calibre.

Nas anastomoses realizadas com sutura em dois planos (GRUPO III), o primeiro plano hemostático perfurante total - foi feito com fio de categute cromado 5-0, sutura contínua , englobando todas as túnicas, desde a serosa até a mucosa, - transfixando-as. O segundo plano foi realizado com fio de "nylon" monofilamentar 5-0, pontos separados, distante três - milímetros um do outro, incluindo apenas as camadas serosa e muscular, com o objetivo de invaginar o plano anterior e justapor as superfícies serosas das bocas anastomóticas. Neste - plano os nós ficam voltadas para fora da túnica serosa.

Sempre se procurou obter suturas herméticas e não estenosantes.

Não foi necessário utilizar pinças coprostáticas, sendo as - anastomoses realizadas a "céu-aberto", sendo feita a mobilização das fezes e gases do colon em direção proximal e distal - por pinçamento digital, com a finalidade de esvaziar o conteúdo intestinal.

a) Pormenores de Técnica no Preparo das Bocas Anastomóticas.

GRUPO I - as túnicas do intestino grosso foram seccionadas com o bisturí convencional e a hemostasia dos vasos da submucosa foi feita por pinçamento com pinças hemostáticas e laqueadura dos vasos com fio de categute simples 5-0.

GRUPO II - As túnicas do intestino grosso foram seccionadas com bisturi elétrico e a hemostasia dos vasos da submucosa foi também realizada com o bisturi elétrico. Não foram utilizadas pinças hemostáticas, sendo a cauterização dos vasos feita diretamente com a extremidade da caneta do bisturi elétrico.

O bisturi elétrico empregado foi da marca Valley-Lab e modelo Surgistat.

GRUPO III - As túnicas do intestino grosso foram seccionadas com o bisturi convencional, não sendo feita hemostasia dos vasos da submucosa.

6. PÓS-OPERATÓRIO

Após a cirurgia os cães receberam 300 ml de soro fisiológico por via intra-venosa, nas primeiras seis horas. Todos os animais receberam dose única de um grama de ampicilina, por via intra muscular. A alimentação foi reiniciada 24 horas após a cirurgia e constituída de dieta líquida até o segundo dia de pós-operatório quando passaram a receber dieta - padrão do canil.

Os cães foram inspecionados diariamente durante o pós-operatório até o dia determinado para o sacrifício e autópsia.

7. SACRIFÍCIO DOS ANIMAIS

Metade dos cães de cada grupo foi sacrificado no quinto dia de pós-operatório e a outra metade no décimo quinto dia.

Os animais foram anestesiados com tiobarbiturato etil sódico e a seguir foi injetado éter etílico por via intravenosa.

8. EXAME MACROSCÓPICO DAS ANASTOMOSES

Após o sacrifício, realizou-se a necrópsia sendo examinados nesta ocasião o aspecto da cavidade peritonial e das anastomoses.

As peças foram cuidadosamente examinadas e a seguir foram abertas, inspecionando-se o aspecto interno da zona de sutura, interessando particularmente o aspecto da mucosa, a pesquisa de áreas de necrose, a existência de fios na linha de sutura, a presença de fístulas e a espessura da parede no local da sutura.

a) Critérios utilizados no exame macroscópico

Na avaliação macroscópica foi adotado um critério qualitativo. Assim sendo, classificou-se o aspecto da mucosa como ótimo, bom, regular e mau, e a espessura da parede em normal ou aumentada. Foi observada a presença ou ausência de

fístulas, de áreas de necrose, bem como de fios na linha de - sutura.

Nas peças examinadas foi avaliado também o aspecto da cicatriz, podendo ser de fácil identificação, pela presença de necrose ou tecido de granulação e de difícil identificação devido a boa coaptação das bordas da mucosa.

9. *EXAME MICROSCÓPICO DAS ANASTOMOSES*

O exame histológico foi realizado no Departamento de Biologia Molecular do Instituto de Biologia da Universidade - Estadual de Campinas.

a) Estudo do Material à Microscopia Ótica

As peças recém removidas do animal foram imediatamente fixadas em solução de formalina a 10% tamponado para pH 7,00. A fixação foi feita durante 24 horas em geladeira (temperatura aproximada de 10ºC).

Após a fixação, o material foi desidratado em uma série de alcoóis de concentração crescente, diafazinados e incluídos em parafina.

Destas inclusões foram feitos cortes de 7 mu (micrometros), que foram corados pela hematoxilina e eosina.

O exame à microscopia ótica foi realizado em todas as peças com a finalidade de se analisar, comparativamente a -

evolução do processo de cicatrização nos três grupos de animais, no quinto e décimo quinto dia de pós-operatório.

b) Estudo do material à microscopia de polarização

Para melhor serem detectados os feixes de colágeno e suas possíveis alterações, também levou-se a efeito o exame dos cortes histológicos à microscopia de polarização. O estudo e as mic ografias em microscopia de polarização para esta pesquisa foram realizados em um fotomicroscópio com ótica ... Pol.Zeiss.

No exame à microscopia de polarização foi examinada a sua birrefringência, pois o tecido colágeno é demonstravel pelo brilho de suas fibras, em contraste com o campo escuro - dos demais tecidos.

c) Critérios utilizados no exame histológico

Os exames à microscopia ótica e de polarização tiveram a finalidade de comparar os fenômenos da cicatrização entre as duas variedades de preparo das bocas anastomóticas, - quando a sutura empregada foi em um plano seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, aos cinco e aos quinze - dias de pós-operatório, bem como compará-las com a clássica sutura em dois planos.

Procurou-se classificar a característica da coaptação das bordas das bocas anastomóticas em anatômica e não anatômica. Anatômica quando se faz plano por plano, totalmente - coincidentes ou não, e não anatômica por invaginação ou super

posição das bordas.

A espessura da parede pode apresentar-se normal ou aumentada.

A microscopia ótica procuramos analisar o grau de necrose tecidual, a reação inflamatória exsudativa, a reação inflamatória crônica, a proliferação de fibroblastos, a formação de fibras colágenas e as alterações histológicas atribuíveis aos fios de sutura.

O exame à microscopia de polarização tem como objetivo a demonstração da lise e da formação do tecido colágeno durante o processo de cicatrização, o que é possível pela birrefringência dos feixes de colágeno, demonstráveis pelo seu brilho contra o campo escuro dos demais tecidos.

IV - RESULTADOS

1. RESULTADOS MACROSCÓPICOS

O exame da cavidade peritonial mostrou em todos os animais, aderências de epiploon envolvendo a anastomose, sendo sempre mais extensas nas anastomoses realizadas com sutura em dois planos (GRUPO III).

Nos cães sacrificados no quinto dia de pós-operatório, as aderências no intestino grosso com o epiploon ao nível da anastomose eram frouxas, facilmente destacáveis. Nos cães sacrificados no 15º dia, estas aderências eram firmes e difíceis de serem destacadas.

Em nenhum animal havia abscesso intraperitonial ou fístula.

O aspecto da zona de sutura na superfície mucosa era diferente conforme o tempo de evolução e a variedade de sutura empregada, conforme mostram as tabelas I e II.

O aspecto da mucosa no quinto dia de evolução era ótimo nos grupos I e II e mau no grupo III, havendo áreas de necrose apenas no grupo III, no qual os fios de sutura eram também visíveis.

TABELA I

ESTUDO COMPARATIVO DO ASPECTO MACROSCÓPICO DA ZONA DE SUTURA ENTRE OS GRUPOS DE ANIMAIS AOS 5 DIAS DE EVOLUÇÃO

GRUPO	ASPECTO DA MUCOSA	ÁREAS DE NECROSE	FIOS VISÍVEIS	ESPESSURA DA PAREDE
I	ótimo	-	não	normal
II	ótimo	-	não	normal
III	mau	extensas (1 a 3 mm)	sim	aumentada

TABELA II

ESTUDO COMPARATIVO DO ASPECTO MACROSCÓPICO DA ZONA DE SUTURA ENTRE OS GRUPOS DE ANIMAIS AOS 15 DIAS DE EVOLUÇÃO.

GRUPO	ASPECTO DA MUCOSA	ÁREAS DE NECROSE	ASPECTO DA CICATRIZAÇÃO	FIOS VISIVEIS	ESPESSURA DA PAREDE
I	ótimo	-	difícil identificação	não	normal
II	ótimo	-	difícil identificação	não	normal
III	regular	-	fácil identificação tecido de granulação	sim	aumentada

2. RESULTADOS MICROSCÓPICOS

Os resultados do exame microscópico mostram tanto - aos 5 quanto aos 15 dias de evolução, uma coaptação das bor - das das bocas anastomóticas de forma anatômica, totalmente coincidentes nos grupos I e II e de forma não anatômica, com invaginação das bordas o grupo III.

A espessura da parede, tanto aos cinco quanto aos 15 dias de evolução era normal nos grupos I e II e aumentada no grupo III.

a) Aos cinco dias de evolução

GRUPO I - Junto a linha de sutura existem áreas esparsas de hemorragia e presença de moderado infiltrado inflamatório agudo, rico em polimorfonucleares neutrófilos. Existe também necrose, edema e restos de fibroblastos e fibras de colágeno. O infiltrado inflamatório está presente e é mais intenso junto ao fio de categute, mas também é observado na - periferia da sutura (fig. 5). O aspecto da malha de colágeno é pouco refringente (fig. 6).

GRUPO II - Comparando com o grupo I, notamos menos hemorragia e necrose, menor grau de edema e mais compaccidade - celular. A configuração vascular é mais nítida e aparente, - sendo o grau de necrose tecidual e a reação inflamatória exsudativa mínimos.

Existem células histiocitárias em grande

quantidade, com citoplasma claro e núcleos bem evidentes. Estas células estão entremeadas de fibras de colágeno. Nota-se claramente uma linha cicatricial formada por fibroblastos - (fig.7). O aspecto da malha de colágeno apresenta-se mais refringente e com melhor aspecto, quando comparada com o grupo I. A zona de birrefrigência também é muito maior e apresenta mais fibroblastos que no grupo I e apresenta maior número de fibras colágenas (fig. 8).

Grupo III - Junto à linha de sutura observa-se extensas áreas de hemorragia. Existe intenso infiltrado inflamatório, rico em polimorfonucleares e também extensas áreas - de necrose, intenso edema e restos de fibroblastos. O infiltrado inflamatório é intenso e está presente em toda a periferia da sutura (fig. 9). Não existem sinais de formação de fibras colágenas, pela ausência total de birrefrigência - (fig. 10).

b) Aos 15 dias de evolução

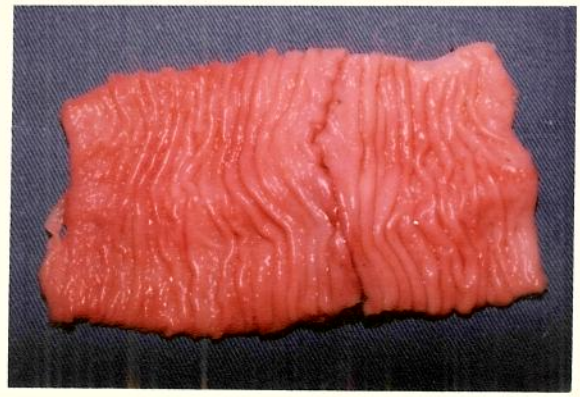
GRUPO I - Persistem restos de fio de categute e em torno deles, mínimo infiltrado inflamatório agudo, com muitos neutrófilos e infiltrado inflamatório crônico com linfócitos e histiócitos. Abaixo do epitélio ainda nota-se um grau mínimo de necrose e de hemorragia. Os vasos se apresentam de aspecto normal (fig. 11).

A sub-mucosa apresenta birrefrigência se aproximando do normal, mas ainda com sinais de edema. Em certas áreas , onde ainda existe infiltrado inflamatório não há síntese adequada de colágeno (fig. 12).

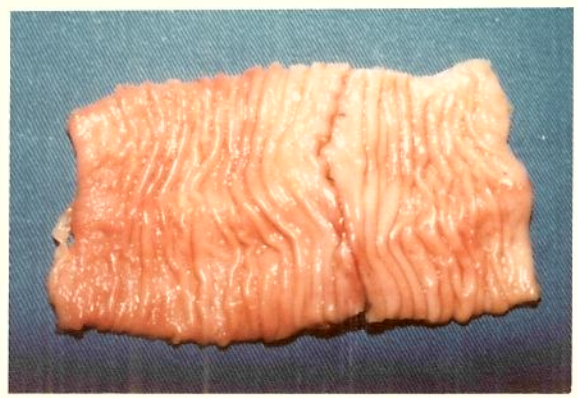
GRUPO II - Predomina um quadro histológico com sinais de alterações teciduais menos intensas do que aquele verificado no grupo I. A submucosa e a musculatura apresentam-se bem delimitadas. Os vasos sanguíneos da submucosa apresentam-se bem formados. A reação inflamatória em torno do fio de sutura é discreta, com linfócitos e plasmócitos. A este nível nota-se intensa proliferação fibroblástica em torno do fio de sutura. Não há infiltrado inflamatório agudo, com polimorfonucleares neutrófilos como no grupo I (fig. 13). A submucosa apresenta-se com birrefringência normal e sem sinais de edema (fig.14).

GRUPO III - Existem ainda abaixo do epitélio áreas de necrose e hemorragia. Na periferia da sutura observa-se ainda infiltrado inflamatório agudo, com polimorfos nucleares, neutrófilos e também infiltrado inflamatório crônico, rico em plasmócitos e linfócitos e presença de células histiocitárias. Ao nível da sutura nota-se moderada proliferação de fibroblastos (fig.15).

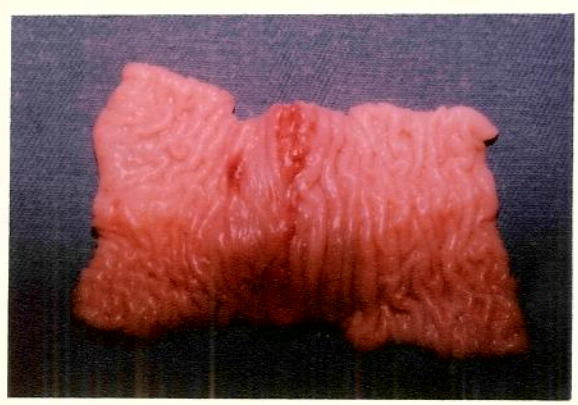
A submucosa apresenta apenas vestígios de birrefringência e ainda sinais de edema, o que demonstra mínima formação de tecido colágeno (fig. 16).



I



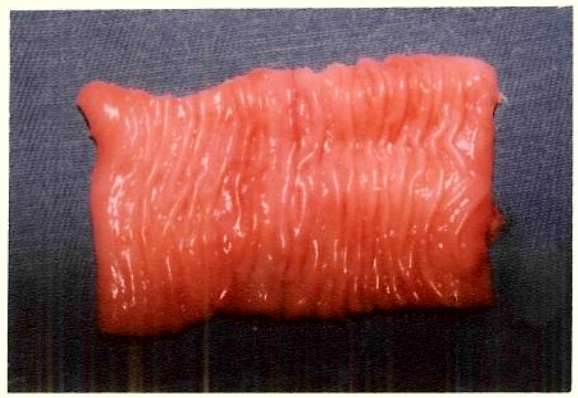
II



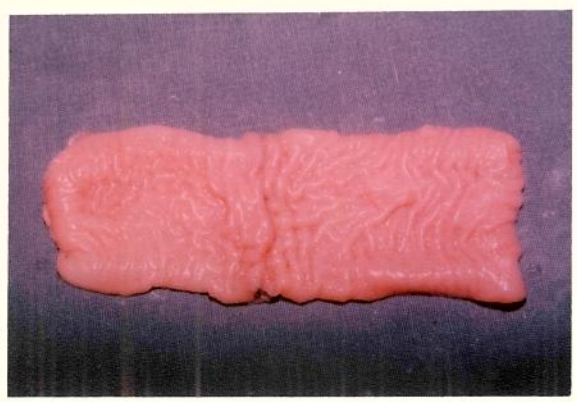
III

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

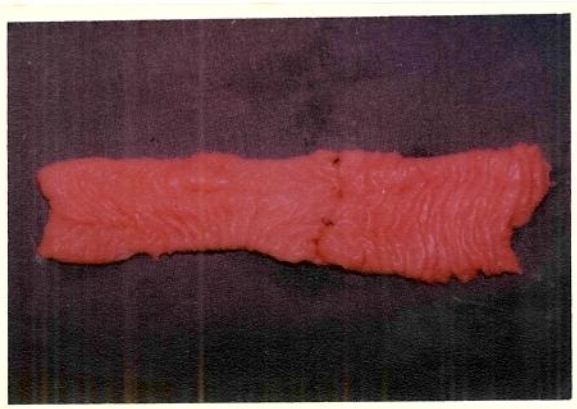
FIGURA 1 - Aspecto macroscópico das anastomoses aos cinco dias de evolução



I



II



III

FIGURA 2 - Aspecto macroscópico das anastomoses aos quinze dias de evolução

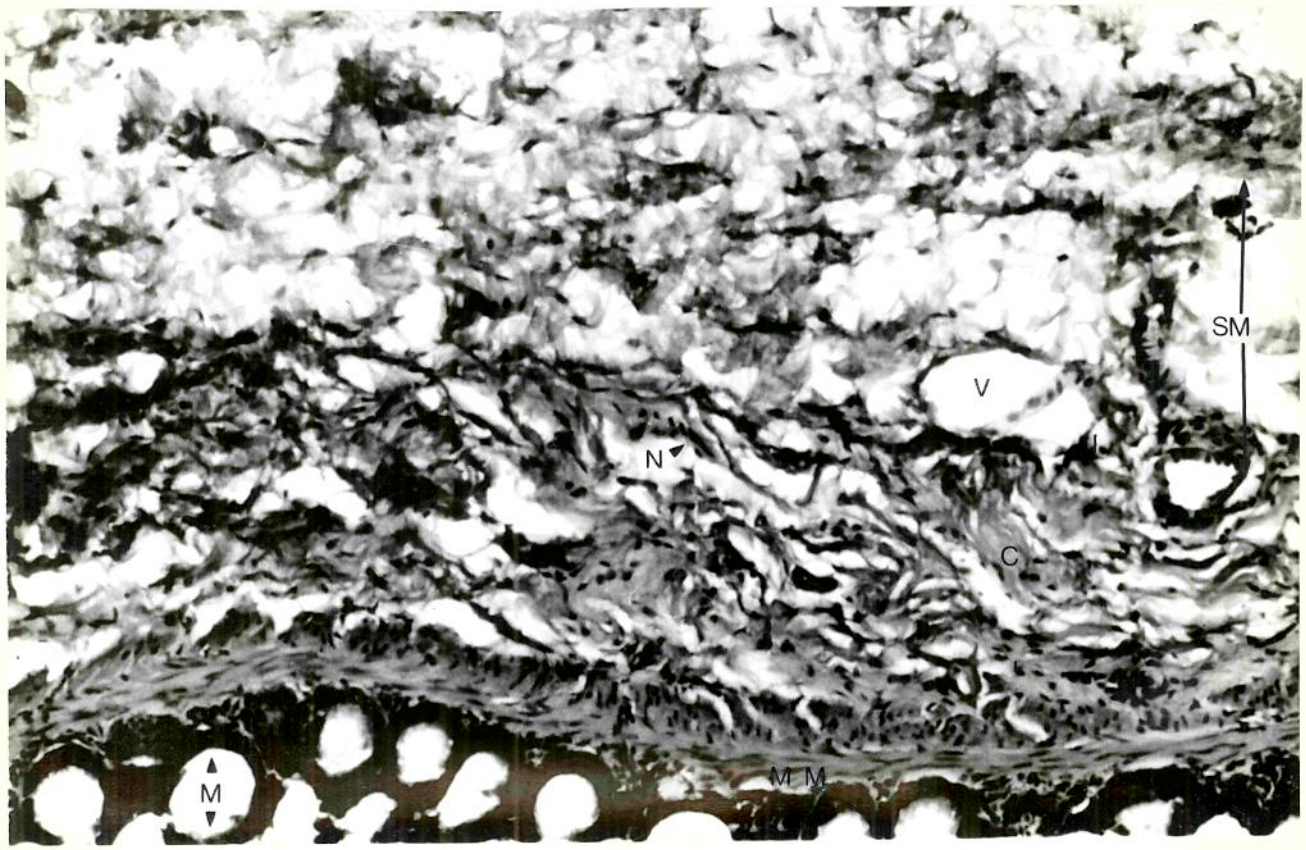


FIGURA 3 - Controle sem anastomose, mostra o aspecto do intestino grosso normal. Observa-se na espessura da submucosa (SM) vasos (V) e fibras de colágeno (C) que se entrecruzam formando uma rede, entre elas veem-se núcleos de fibroblastos (N) (hematoxilina-eosina, aumento 451, 58x)

M= mucosa MM= muscularis mucosae

FIGURA 4 - Controle sem anastomose, mostra o aspecto normal da birrefringência das fibras de colágeno, do mesmo corte da figura anterior. Contra o fundo negro brilham intensamente as fibras de colágeno (microscopia de polarização, aumento 451, 58X)

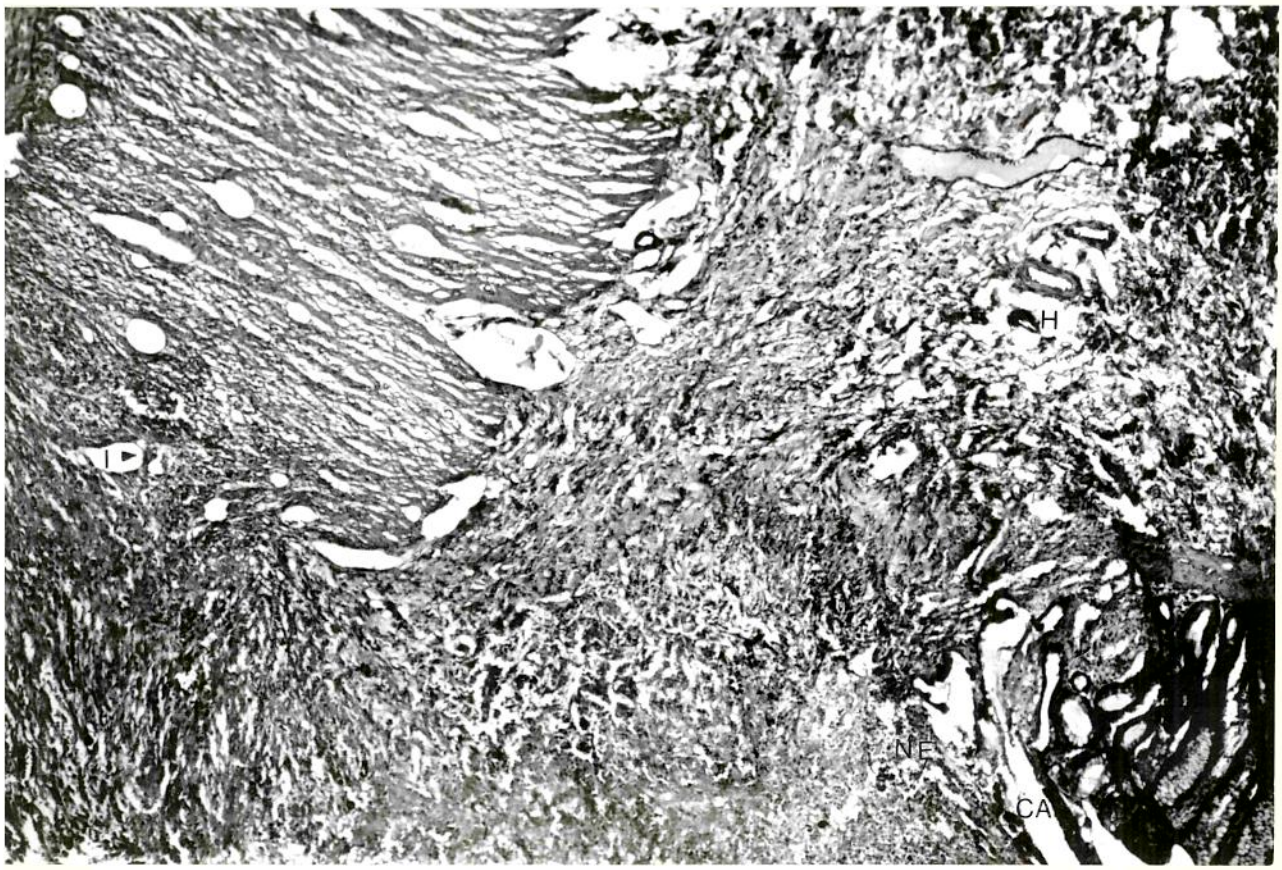


FIGURA 5 - Cão do grupo I - 5º dia pós-operatório.
Observa-se a presença de necrose tecidual (NE), edema e restos de fibras colágenas. Existe infiltrado inflamatório (I) inclusive na periferia da sutura, mais intenso junto ao fio de categute (CA) e também áreas de hemorragia (H).
(hematoxilina-eosina, aumento 97 , 28 X)

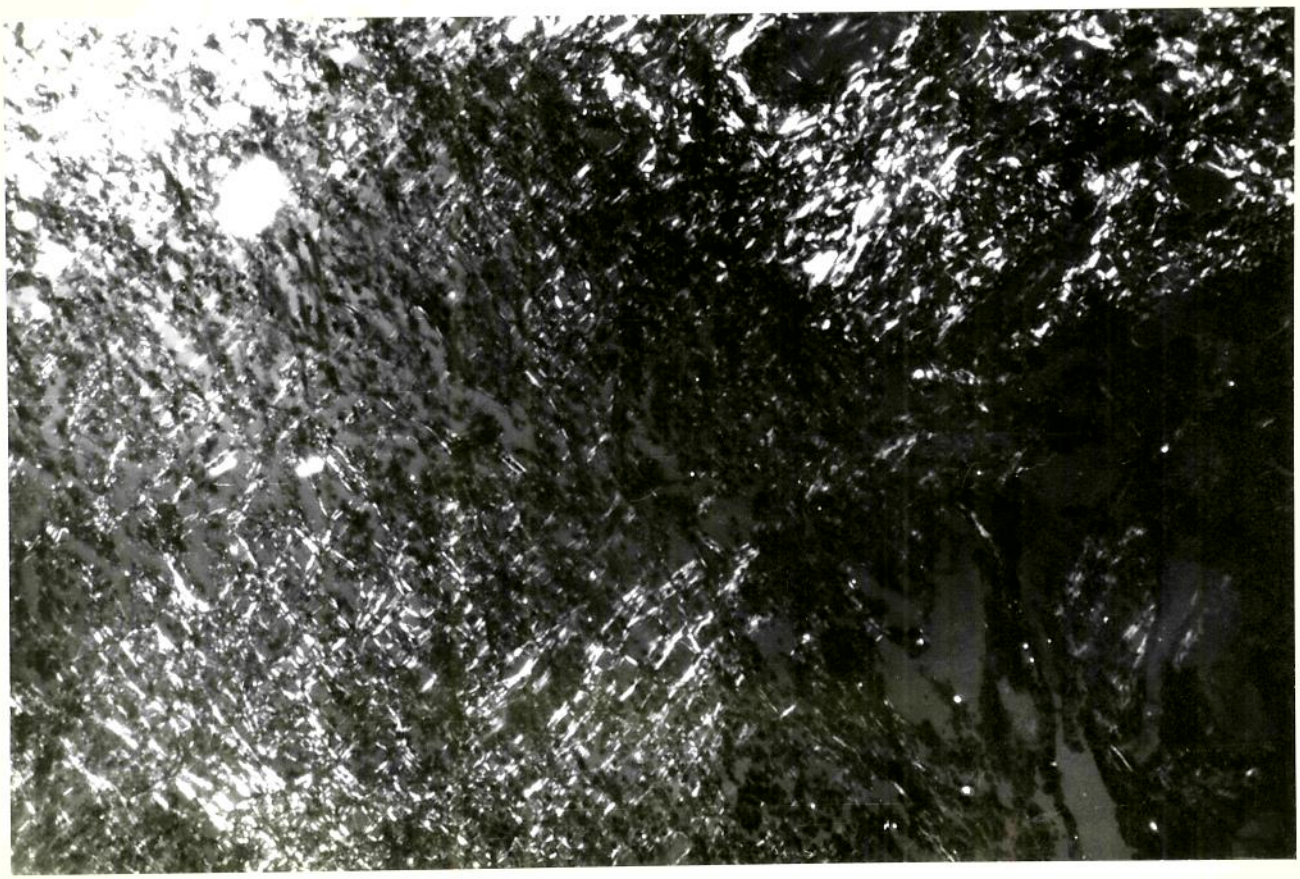


FIGURA 6 - Cão do grupo I - 5º dia de pós-operatório.
A microscopia de polarização mostra que a malha do tecido colágeno é pouco refringente. (microscopia de polarização, aumento 241,92 X)

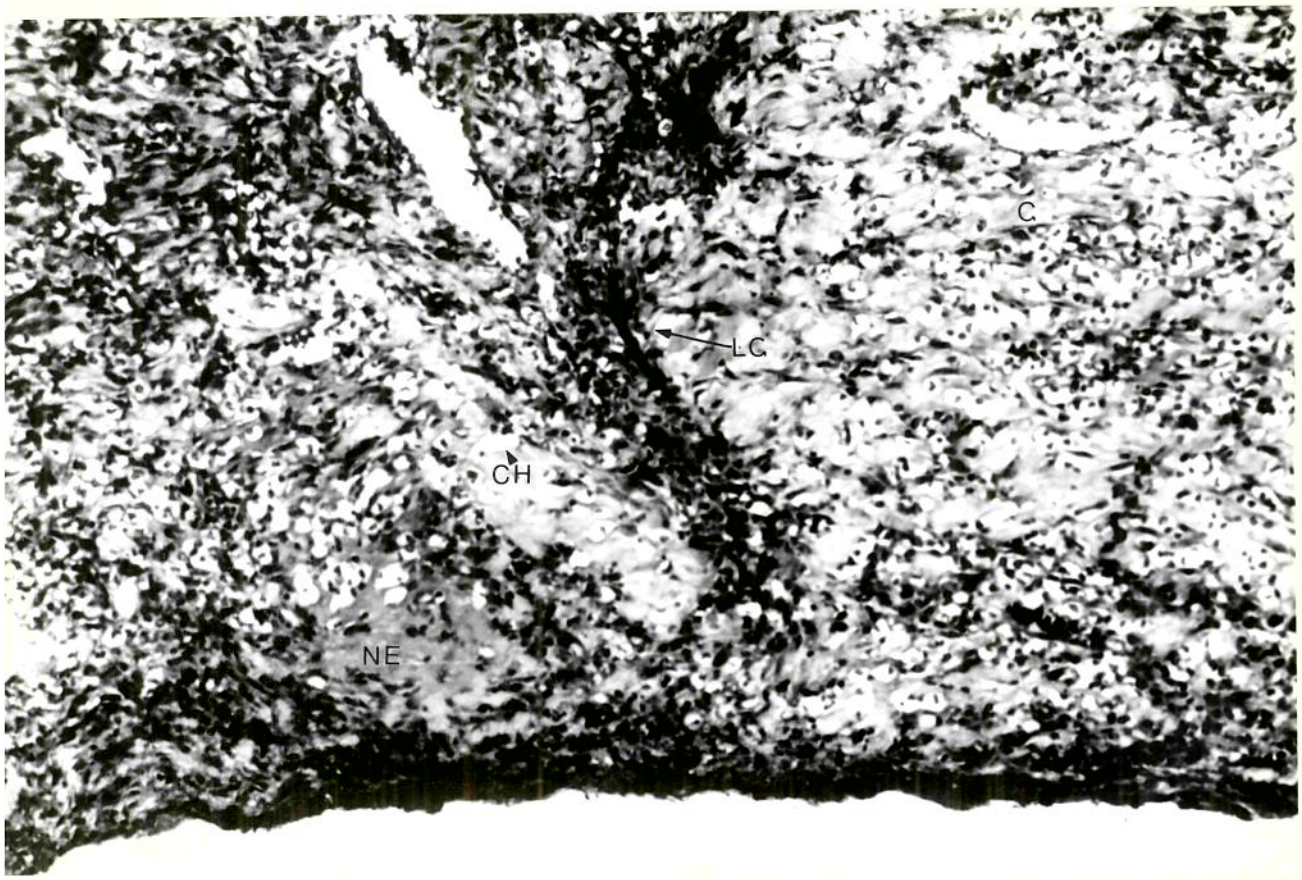


FIGURA 7 - Cão do grupo II - 5º dia de pós-operatório.
Mostra um grau mínimo de necrose (NE), células histiocitárias (CH) em grande quantidade, entremeadas de fibras de colágeno (C). Nota-se claramente uma linha cicatricial (LC) formada por fibroblastos (hematoxilina-eosina, aumento 218,53 X)

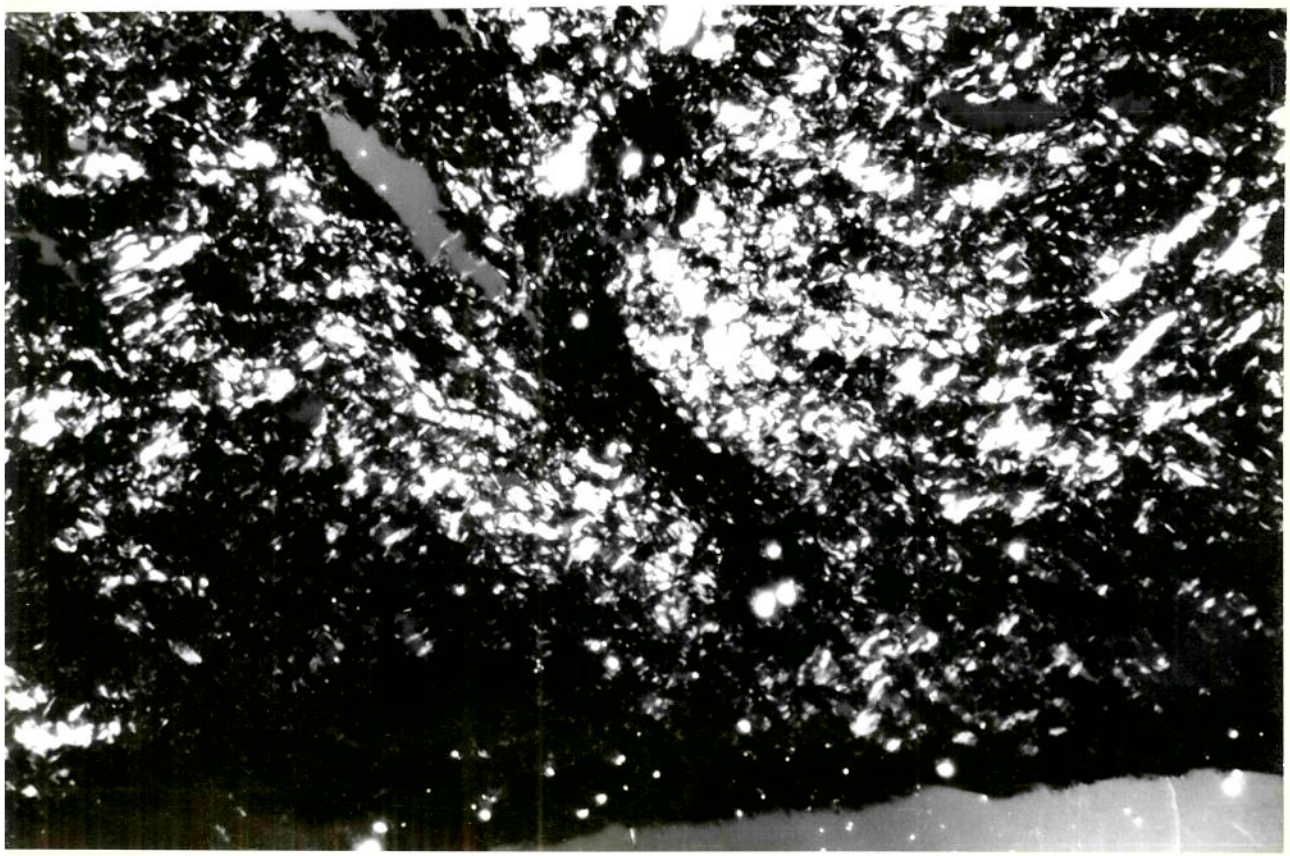


FIGURA 8 - Cão do grupo II - 5º dia de pós-operatório.
Mostra a malha de colágeno mais refringente do que no grupo I e a birrefringência é bastante intensa.
(microscopia de polarização, aumento 218,53 X)

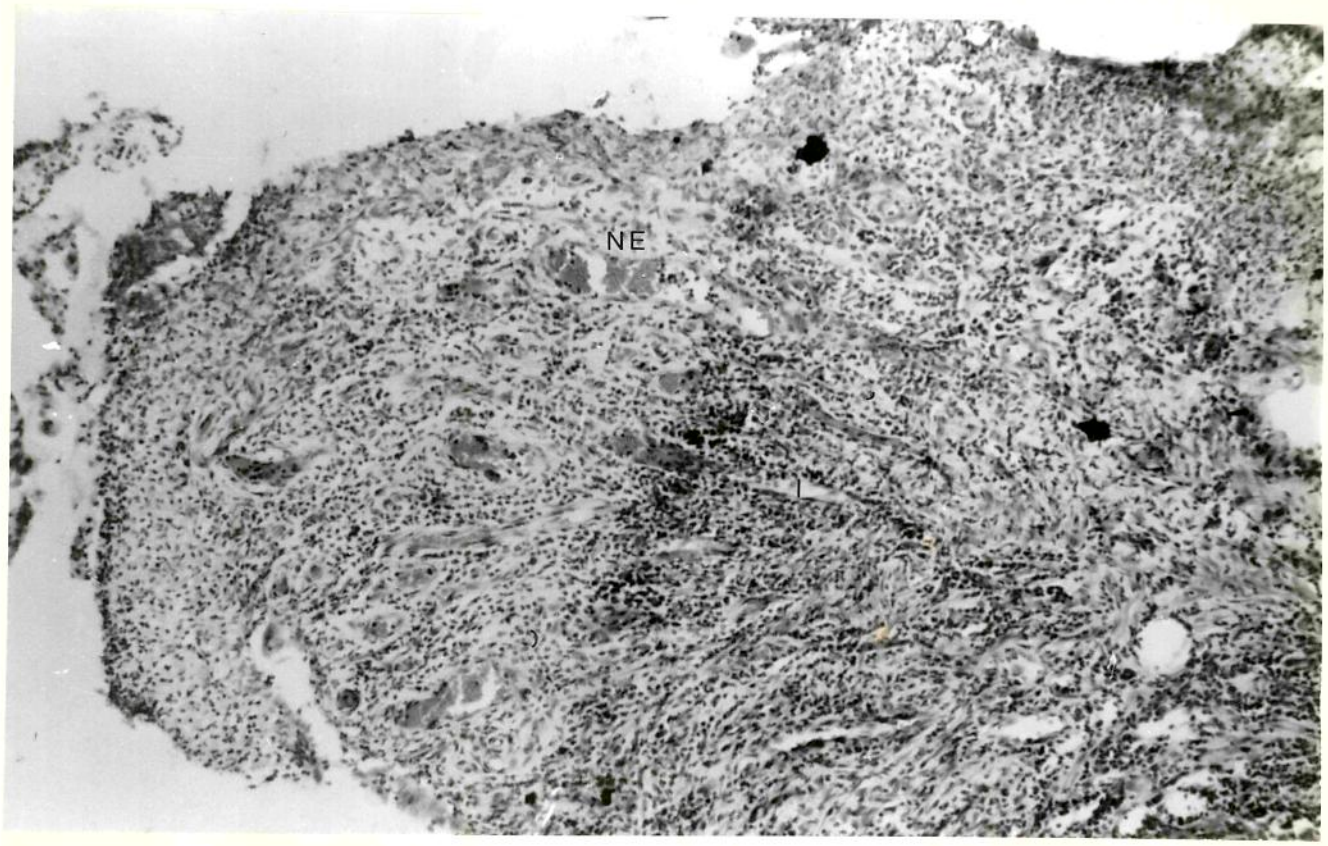


FIGURA 9 - Cão do grupo III - 5º dia de pós-operatório.
Observa-se a presença de necrose tecidual (NE) e infiltrado inflamatório exsudativo (I), em toda a região da sutura.
(hematoxilina-eosina, aumento 97,28 X)

FIGURA 10 - Cão do grupo III - 5º dia de pós-operatório.
Observa-se ausência completa de birrefringência da submucosa. (microscopia de polarização 97,28 X)

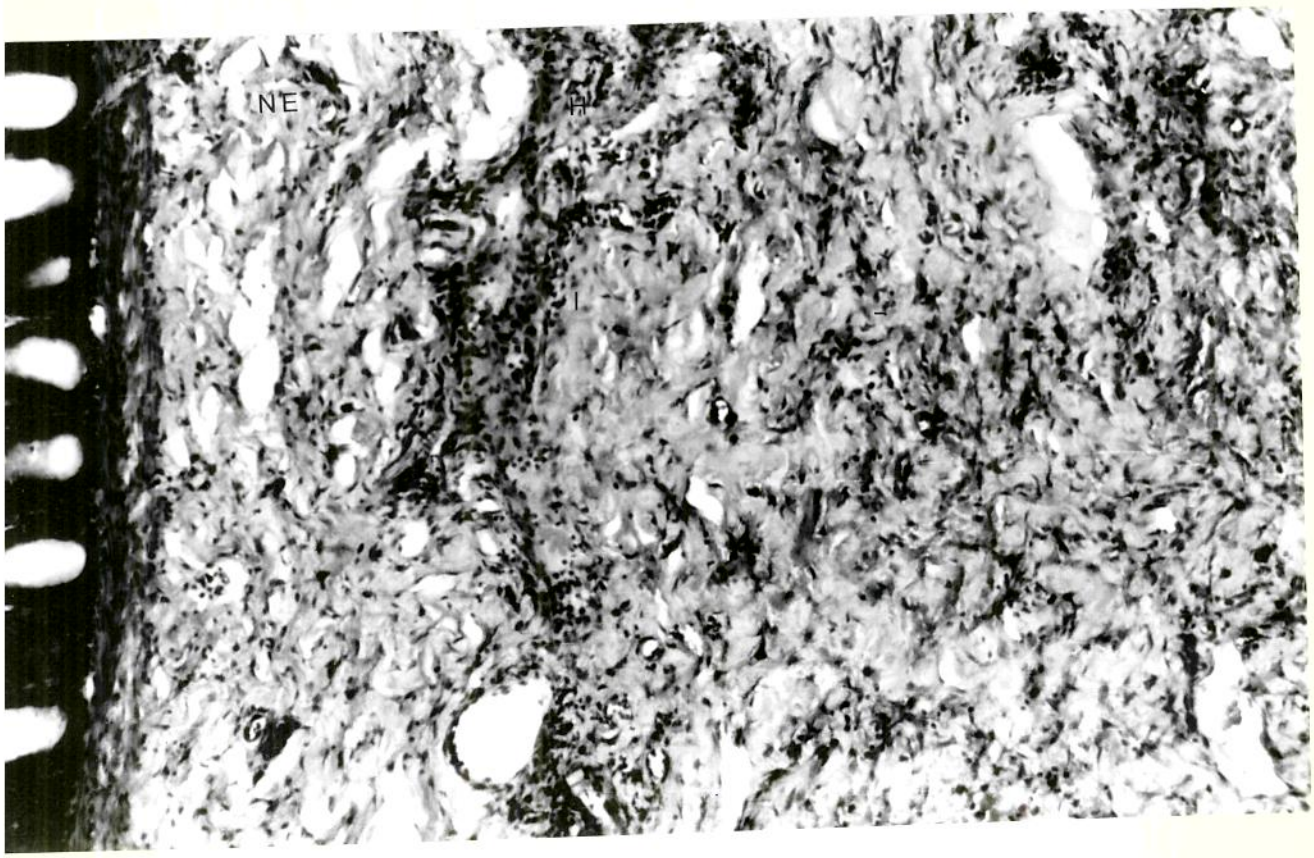


FIGURA 11 - Cão do grupo I - 15º dia de pós-operatório.
Observa-se a presença de infiltrado inflamatório (I). Abaixo do epitélio ainda existem áreas de necrose (NE) e hemorragia (H). (hematoxilina-eosina, aumento 451,58 X)

FIGURA 12 - Cão do grupo I - 15º dia de pós-operatório.
Observa-se a submucosa com birrefringência se aproximando do normal, mas ainda com sinais de edema.
(microscopia de polarização, aumento 218,53 X)

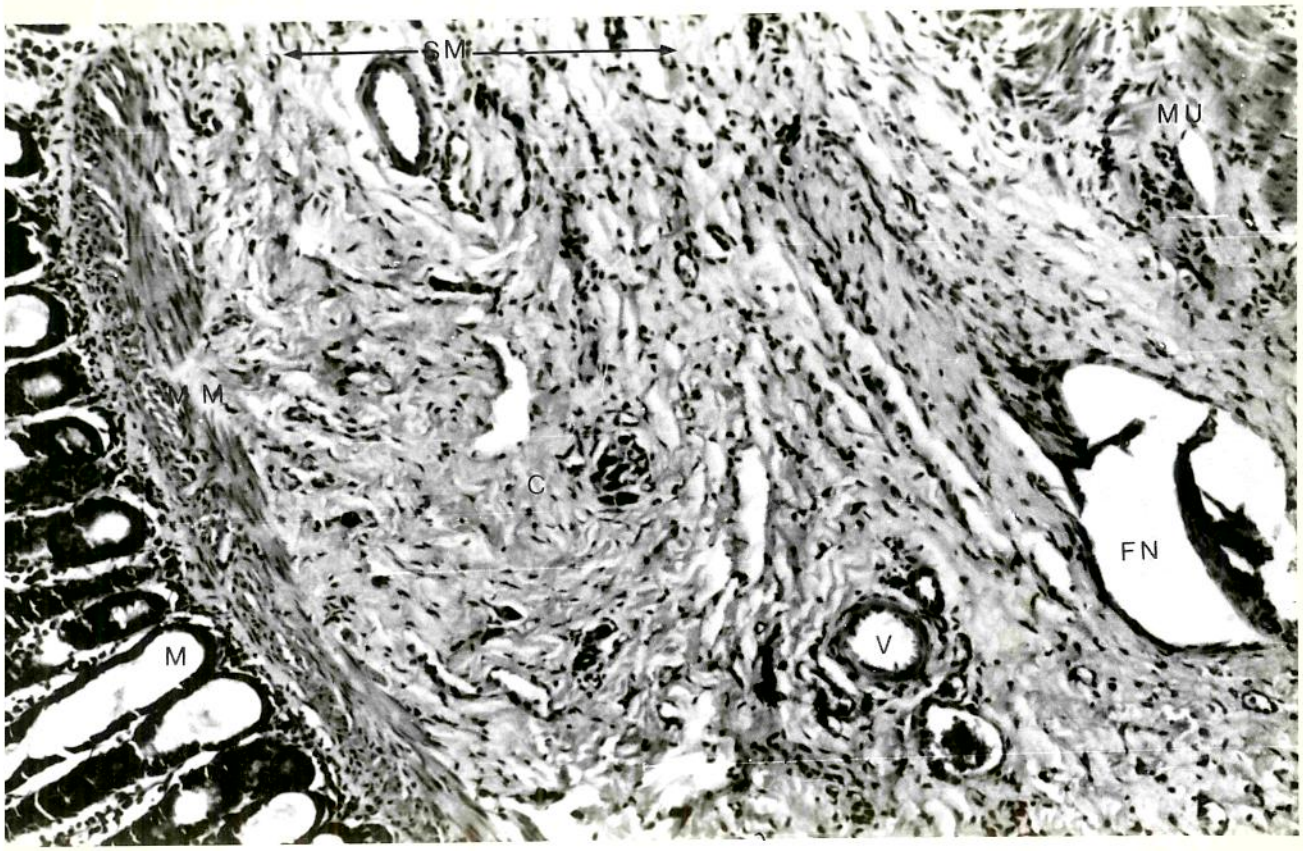


FIGURA 13 - Cão do grupo II - 15º dia de pós-operatório.
Mostra a mucosa (M), a muscularis mucosae (MM), a submucosa (SM) e a muscular (MU) bem delimitadas. Os vasos sanguíneos (V)apresentam-se normais. A reação inflamatória em torno do fio de(nylon)(FN) é mínima. O aspecto das fibras de colágeno (C) é muito semelhante ao normal.
(hematoxilina-eosina, aumento 245,14 X)

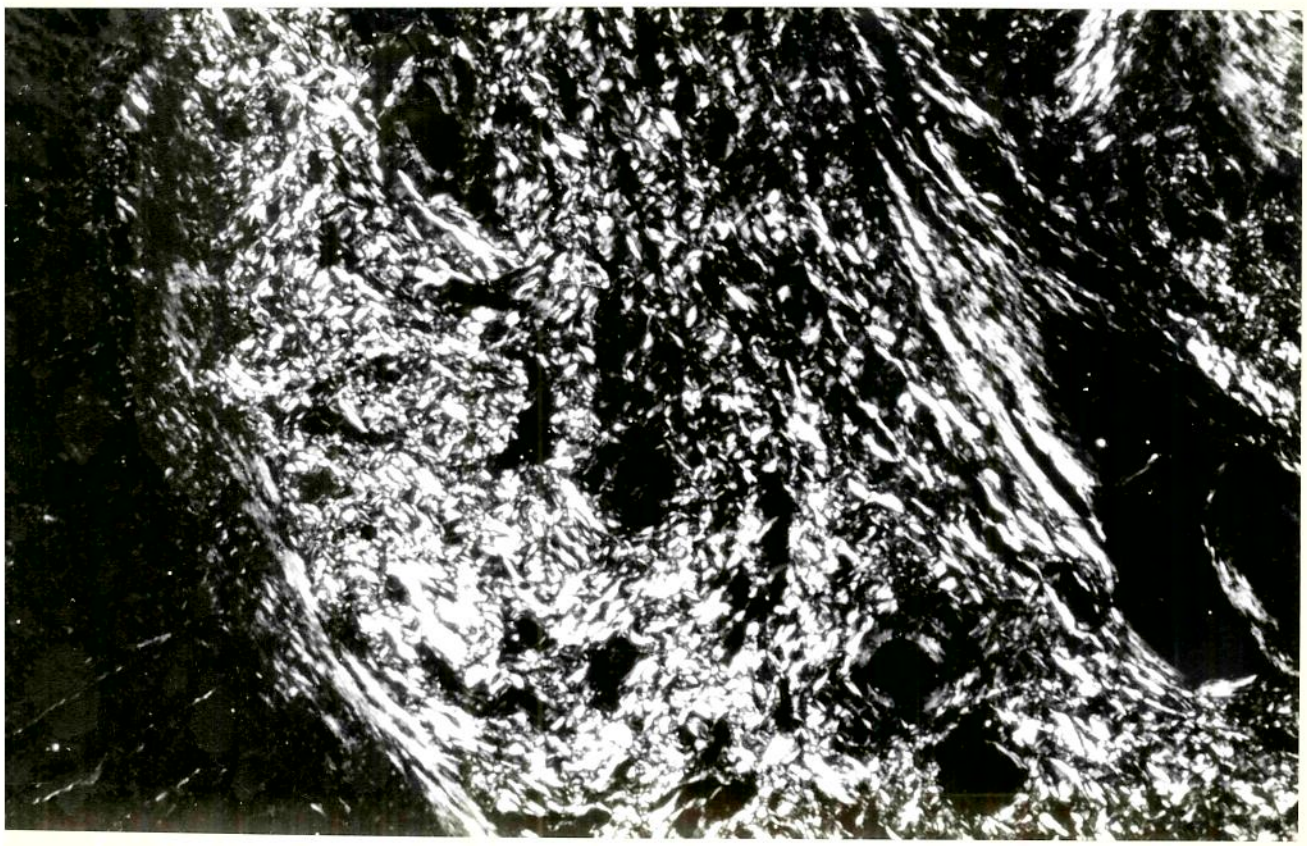


FIGURA 14 - Cão do grupo II - 15º dia de pós-operatório.
Mostra a submucosa com birrefringência normal, sem sinais de edema. (microscopia de polarização, aumento 245,14 X)

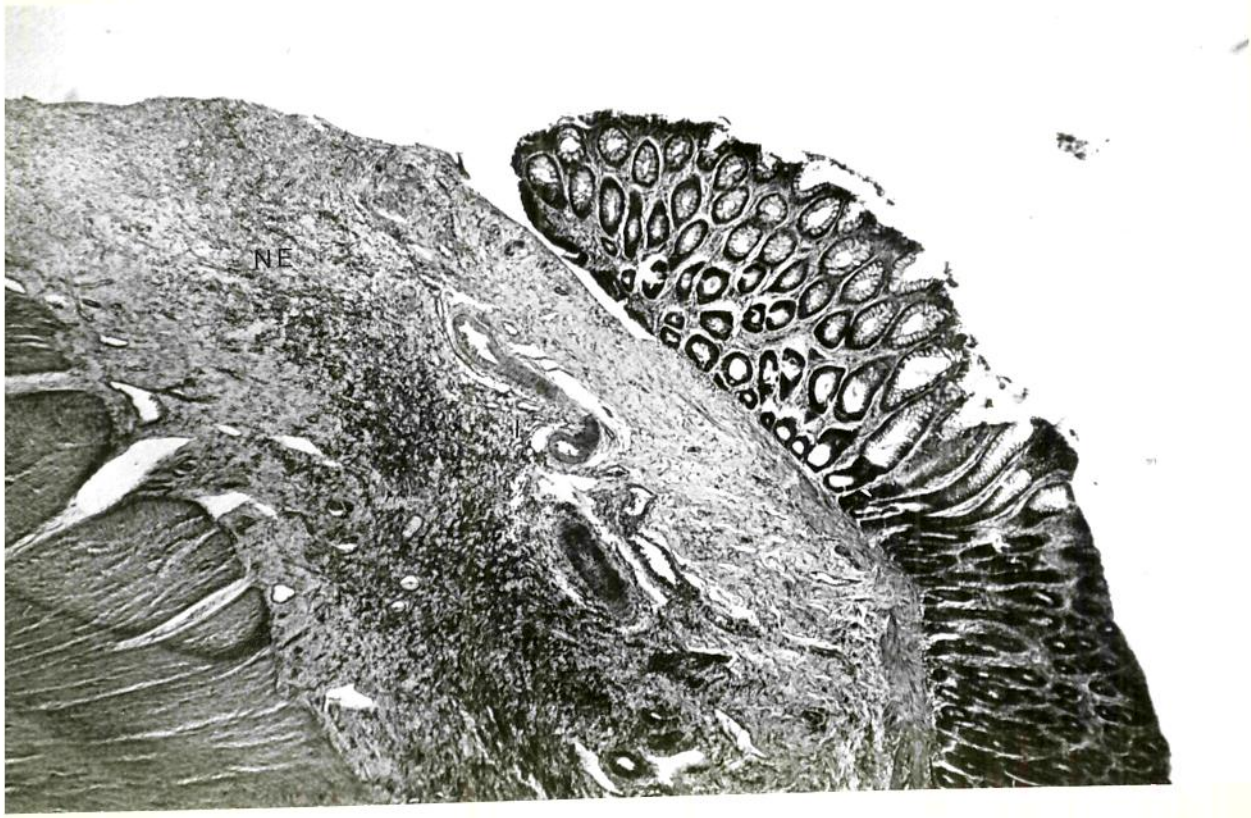


FIGURA 15 - Cão do grupo III - 15º dia de pós-operatório.
Observa-se ainda áreas de necrose (NE) e presença de infiltrado inflamatório exsudativo (I).
(hematoxilina-eosina, aumento 96,6 X)

FIGURA 16 - Cão do grupo III - 15º dia de pós-operatório.
Observa-se a submucosa com apenas vestígios de birrefringência. Nota-se também resto de fio de categute com intensa birrefringência (microscopia de polarização, aumento 218,53 X)

V - DISCUSSÃO

O presente trabalho permite analisar a evolução da cicatrização de cada variedade de sutura aos cinco e quinze dias de pós-operatório, bem como compará-las entre si.

Não ocorreu fístula em nenhum dos animais utilizados nêste trabalho.

A_ ANALISE DA EVOLUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO EM CADA VARIEDADE DE SUTURA

A evolução da sutura em plano único seromuscular - extramucosa com justaposição das bordas, com o preparo das bocas anastomóticas sendo realizado da maneira convencional pela secção das túnicas com bisturi e hemostasia dos vasos - da submucosa com categute simples, Grupo I do quinto ao 15º dia mostrou-se boa, pois não ocorreu fístula, como não ocorreram alterações do aspecto da mucosa na linha de sutura, não houve necrose, não se notaram os fios de sutura e sequer alterações da espessura da parede (fig. 1). A linha de sutura, bastante nítida no quinto dia, no 15º dia era de difícil - identificação (fig. 2). Estes resultados estão de acôrdo com o relatado por FARIA (1972); MANTOVANI e col. (1976 c); LEONARDI (1977 a) e MANTOVANI (1978). Tais fatos foram confirmados ao exame histológico, pois havia um mínimo grau de necrose e moderado infiltrado inflamatório no quinto dia (fig. 5), com a malha de tecido colágeno da submucosa pouco refringente(fig.6),

enquanto que no 15º dia havia rica proliferação de fibrobastos e formação de tecido colágeno (fig.11) demonstravel pela birrefringência do colágeno da submucosa que se aproxima do normal (fig.12).
Em certas áreas, onde ainda existe infiltrado inflamatório, - não há síntese adequada de colágeno.

A coaptação das bordas se fez sempre de modo anatômico, plano por plano, totalmente coincidentes.

Em relação ao tecido de cicatrização, ocorreu regressão da reação inflamatória no 15º dia em comparação ao quinto dia de pós-operatório. Em relação aos fios de sutura, no 15º dia houve reação granulomatosa e proliferação fibroblástica - em torno dos mesmos (fig. 5 e 11). Estes resultados estão de - acordo com os relatados por FARIA (1972); MANTOVANI e col. (1976 c); LEONARDI (1977 a) e MANTOVANI (1978).

A boa evolução das anastomoses realizadas com esta variedade de sutura é possivelmente devida a coaptação anatômica das bordas, com aproximação dos planos submucosos, à ausência de lesão da mucosa, à mínima interferência na vascularização na zona de anastomose e ao fato dos pontos não englobarem a mucosa.

Todavia, a presença de necrose tecidual, embora pequena e de pequeno infiltrado inflamatório exsudativo, deve-se a laqueadura dos vasos com fio de categute, com consequente necrose isquêmica dos tecidos nela englobados e pela própria - presença do fio de categute.

A evolução da sutura em um plano seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, com o preparo das bocas -

anastomóticas sendo feito com o bisturi elétrico, Grupo III, tanto na secção das túnicas a serem anastomosadas quanto na hemostasia dos vasos da submucosa, do quinto ao 15º dia, mostrou-se boa, pois não ocorreu fístula, como não ocorreram alterações do aspecto da mucosa na linha de sutura, não havendo necrose e não sendo notados os fios de sutura e tampouco a.terações da espessura da parede. A linha de sutura, bastante - nítida no quinto dia, era de difícil identificação no 15º dia (fig. 1 e 2). A confirmação destes fatos foi verificada ao exame histológico, pois quase não havia necrose e infiltrado inflamatório exsudativo no quinto dia (fig. 7). A malha de tecido colágeno da submucosa é extensa e apresenta intensa birrefringência e bom aspecto (fig. 8). No 15º dia de evolução, - havia rica proliferação de fibroblastos e formação de fibras colágenas, conferindo à cicatriz um aspecto muito próximo do normal (fig. 13), demonstrado pelo exame à microscopia de polarização, pois a birrefringência do colágeno da submucosa - apresenta-se normal e sem sinais de edema (fig. 14).

A coaptação das bordas se fez sempre de modo anatômico, plano por plano totalmente coincidentes.

Em relação a reação inflamatória praticamente desapareceu o infiltrado inflamatório presente no quinto dia, havendo também reação fibroblástica em torno dos fios de sutura (fig.13).

A boa evolução das anastomoses realizadas com esta variedade de sutura deve-se possivelmente à coaptação anatômica das bordas, com ausência de lesão da mucosa e adequada aproximação dos planos submucosos e a mínima alteração vascular na zona de anastomose e também ao fato dos pontos não englobarem a mucosa.

A presença de um grau mínimo de necrose e de reação inflamatória exsudativa deve-se ao fato da hemostasia ter sido feita por eletrocauterização provocando necrose de coagulação. O tecido necrosado por este mecanismo é eliminado precocemente, iniciando-se a seguir o processo de reparação. Além disso, não permanecem fios de categute na linha de sutura, o que explica a pequena intensidade da reação inflamatória exsudativa.

Nos animais cujas anastomoses foram realizadas com sutura em dois planos (grupo III) o aspecto da superfície da mucosa era mau no quinto dia de evolução, pela presença de uma faixa de necrose da mucosa, em toda a extensão da anastomose, ficando as bordas da mucosa de aspecto normal distantes cerca de um a três milímetros (fig. 1). No 15º dia, o aspecto era regular, havendo substituição do tecido necrosado por tecido de granulação (fig. 2).

Estes fatos foram confirmados ao exame histológico, que revelou necrose intensa no quinto dia e presença de infiltrado inflamatório exsudativo intenso, rico em polimorfonucleares neutrófilos (fig. 9).

A espessura da parede estava aumentada, tanto no 5º quanto no 15º dia de evolução, sendo os fios de sutura sempre visíveis.

Sempre ocorreu invaginação das bordas, pois a coaptação se fez de forma não anatômica por invaginação das bordas, com aumento da espessura da parede e formação de um esporão saliente na luz intestinal. Tais fatos estão de acôrdo com o que demonstraram FARIA (1972) e MANTOVANI e col. (1976 c).

A submucosa não apresenta sinais de birrefringência (fig. 10).

Houve nítida melhora em relação à reação inflamatória exsudativa no 15º dia, quando comparada ao quinto dia -- (fig.9 e 15).Todavia a formação de tecido colágeno ainda era - de mínima intensidade, demonstrando uma cicatrização lenta, como pode-se notar pelos vestigios de birrefringência dos feixes de colágeno à microscopia de polarização (fig. 16).

Os maus resultados verificados nesta variedade de sutura foram atribuidos ao número excessivo de pontos, à compressão - pelo plano invaginante seromuscular sobre o primeiro plano, o que causou isquemia e, consequentemente, intenso grau de necrose e de reação inflamatória exsudativa, o que retardou o processo de cicatrização.

É possivel que ocorra também um afastamento dos planos submucosos que contribui para uma cicatrização mais lenta e imperfeita.

A necrose das bordas pode dar origem ao estabelecimento de uma deiscência de sutura e consequente formação de - fístula. A cicatrização da mucosa se faz por segunda intenção, pois é feita à custa de neoformação de tecido conjuntivo, retardando o processo de cicatrização da mucosa, de acôrdo com FARIA (1972).

Além disso, entre os dois planos de sutura permanece um espaço, onde se coletam exsudato e sangue, retardando também o processo de cicatrização, conforme demonstrou FARIA (1972).

B - *ANALISE COMPARATIVA DA CICATRIZAÇÃO ENTRE AS SUTURAS EM UM E EM DOIS PLANOS*

a) Aos cinco dias de evolução

As anastomoses realizadas com sutura em um plano (Grupos I e II) mostram melhores resultados do que aquelas realizadas com sutura em dois planos. Não ocorreu fístula em nenhum dos animais operados, embora BUCHIN & VAN GEERTRUYDEN (1960); BRONWELL e col. (1967); REICHEL & NAGEL (1969); EVERETT(1975); AMSHEL (1977) e TRIMPI e col. (1977), relatem maior incidência de fístulas quando as anastomoses são realizadas com sutura em dois planos.

A análise da Tabela I consigna melhores resultados para as anastomoses realizadas em um plano de sutura (Grupos I e II), pois não houve aumento da espessura da parede, a mucosa mostra melhor aspecto, sem necrose e fios de sutura visíveis (fig. 1) de acôrdo com os resultados de SAKO & WANGENSTEEN .. (1951); GETZEN e col. (1966); COWLEY & WALL (1968); Mc ADAMS e col. (1970); FARIA (1972); CAMELI e col. (1976);MANTOVANI e col. 1976 c); LANGER (1978) e SUGIMACHI e col. (1979).

Por outro lado quando as anastomoses foram realizadas com sutura em dois planos, ocorreu sempre necrose da mucosa, em toda extensão da anastomose e sempre foi verificado aumento da espessura da parede (fig. 1).

A coaptação das bordas, feita sempre de modo anatômico, plano por plano totalmente coincidentes verificada nos

animais em que as anastomoses foram realizadas com sutura em um plano, demonstraram sua superioridade em relação a coaptação não anatômica, com invaginação das bordas verificadas - quando as anastomoses foram realizadas com sutura em dois planos (fig. 1), como demonstraram SAKO & WANGENSTEEN (1951); - GETZEN e col. (1966); TRUEBLOOD e col.(1969);Mc ADAMS e col. (1970); YALE & VAN GEMERT(1971); FARIA (1972); CAMELI e col. (1976); MANTOVANI e col. (1976 c);MANTOVANI (1978); LORD e col. (1978); MAILLET & POILLEUX (1979); SUGIMACHI e col. (1979) e JANSEN e col. (1981).

O grau de necrose tecidual verificado nas anastomoses realizadas com sutura em um plano (Grupo I e II) foi mínimo - quando comparado a intensa e extensa necrose verificada quando foi empregada a sutura em dois planos (Grupo III) (fig.9), como demonstraram SAKO & WANGENSTEEN (1951); BUCHIN & V A N GERTRUYDEN (1960); HAMILTON (1967); FARIA (1972); MEDEIROS - (1973); MANTOVANI e col. (1976 b); LANGER (1978) e LORD e col. (1978).

Estes resultados foram atribuidos ao fato da mucosa possuir vascularização bastante delicada, sofrendo necrose com - pequenos traumatismos. Além disso, o tempo de regeneração da mucosa é bastante rápido quando não existe comprometimento da sua vascularização. O processo de regeneração é retardado quando ocorre isquemia, pois, inicialmente ocorre necrose e apenas mais tarde haverá substituição do tecido necrótico por - tecido de granulação.

Estes resultados demonstram que quando a mucosa não é englobada na sutura, não ocorre necrose, a reação inflamatória exsudativa é de mínima intensidade, possibilitando reepiteli-

zação completa no quinto dia de evolução. Por outro lado, - quando a mucosa é englobada pelos pontos, ocorrem necrose e reação inflamatória de graus variáveis, de acordo com a extensão de tecido envolvido pelos pontos. Desta forma, fica - claro que quando os pontos são separados ocorrerão menos necrose e menor reação inflamatória do que quando se utiliza - sutura contínua. Por outro lado, quando se utilizam dois planos de sutura, com o primeiro plano perfurante total, com sutura contínua, ocorre também isquemia do primeiro plano por compreenssão provocada pelo plano invaginante seromuscular , além do número excessivo de pontos.

Em relação a reação inflamatória exsudativa, os piores resultados foram verificados quando as anastomoses foram realizadas com sutura em dois planos (fig. 9) como demonstraram CRONIN e col. (1968 a,b); FARIA (1972); CAMELI e col. (1976); MANTOVANI (1976 b); TRIMPI e col. (1977);KIRK & IRVIN (1977); JIBORN e col. (1978 a,b,c); LORD e col. (1978); SCHILLACI e col. 1979); MAILLET & POILLEUX (1979); SUGIMACHI e col. - (1979); JIBORN e col. (1979 a,b) e JANSEN e col. (1981).

Em relação a formação de tecido colágeno, os melhores resultados foram verificados quando as anastomoses foram realizadas com sutura em um plano (Grupo I e II), pois no quinto dia de evolução já existe bastante formação de fibras colágenas, conforme demonstraram ao exame histológico NARDI (1957); CRONIN e col. (1968 b); FARIA (1972); MEDEIROS (1973); CAMELI e col .(1976) MANTOVANI e col. (1976 a,b); MANTOVANI (1978); - BOURY e col. (1979); SCHILLACI e col. (1979); SUGIMACHI e col. (1979) e JIBORN e col. (1980 a).

Este fato foi comprovado pelo exame à microscopia de polarização pela presença de birrefringência na submucosa (fig. 6 e 8). Por outro lado, quando foi empregada a sutura em dois planos o exame à microscopia de polarização mostrou ausência de tecido colágeno na linha de sutura, pela ausência de birrefringência da submucosa (fig.10). Estes resultados estão em desacordo com os relatos de FARIA (1972); MEDEIROS (1973); MANTOVANI e col. (1976 b,c); MANTOVANI (1978) e SCHILLACI e col. (1979), que assinalam haver menos formação de tecido colágeno e não ausência de atividade colagênica até os cinco dias de evolução. Por este motivo, as anastomoses realizadas com sutura em dois planos apresentam uma maior possibilidade de deiscência e consequentemente formação de fístulas do que aquelas realizadas com sutura em um plano.

b) Aos quinze dias de evolução

Agrupados na tabela II estão os piores resultados verificados e que são os das anastomoses realizadas com sutura em dois planos, pois houve aumento da espessura da parede, a mucosa mostra pior aspecto, sendo de fácil identificação e com os fios de sutura visíveis (fig. 2) de acôrdo com os relatos de SAKO & WANGENSTEEN (1951); GETZEN e col. (1966);COWLEY & WALL (1968); Mc ADAMS e col. (1970); FARIA (1972); CAMELI e col.(1976); MANTOVANI e col. (1976 c); LANGER (1978) e SUGIMACHI e col. (1979).

Por outro lado, quando as anastomoses foram realizadas com sutura em um plano, a espessura da parede era normal e o aspecto da mucosa era ótimo, sendo de difícil identificação (fig. 2), de acordo com os resultados de SAKO & WANGENSTEEN -

(1951); GETZEN e col. (1966); COWLEY & WALL (1968); Mc ADAMS e col. (1970); FARIA (1972); CAMELI e col. (1976); MANTOVANI e col. (1976 c); LANGER (1978) e SUGIMACHI e col.(1979).

A coaptação das bordas foi sempre feita de modo anatômico, plano por plano totalmente coincidentes nos animais - em que as anastomoses foram feitas com sutura em um plano, - enquanto que nas anastomoses realizadas com sutura em dois - planos, a coaptação das bordas foi feita sempre de modo não anatômico, por invaginação das bordas, como demonstraram SAKO & WANGENSTEEN (1951); GETZEN e col. (1966); TRUEBLOOD e col. (1969); Mc ADAMS e col. (1970); YALE & VAN GEMERT (1971);FARIA (1972); CAMELI e col. (1976); MANTOVANI e col. (1976 c); MANTOVANI (1978); LORD e col. (1978); MAILLET & POILLEUX (1979); SUGIMACHI e col. (1979) e JANSEN e col.(1981).

Havia necrose tecidual intensa apenas nos animais - em que se empregou a sutura em dois planos (fig. 15) de acôrdo com SAKO & WANGENSTEEN (1951); BUCHIN & VAN GEERTRUYDEN (1960); HAMILTON (1967); FARIA (1972); MEDEIROS (1973); MANTOVANI e - col. (1976 c); LANGER (1978) e LORD e col. (1978).

Em relação a reação inflamatória, existe infiltrado inflamatório crônico, com numerosos linfócitos, plasmócitos e cêlulas histiocitárias, mas ainda existe infiltrado inflamatório agudo com polimorfonucleares neutrófilos (fig. 15) conforme demonstraram FARIA (1972); MEDEIROS (1973);CAMELI e col. - (1976); MANTOVANI e col. (1976 b); TRIMPI e col. (1977); KIRK & IRVIN (1977); JIBORN e col. (1978 a,b,c); LORD e col.(1978); MAILLET & POILLEUX (1979); SCHILLACI e col. (1979); SUGIMACHI e col. (1979); JIBORN e col. (1980 a,b) e JANSEN e col. (1981).

Em relação a formação de tecido colágeno os melhores resultados foram verificados quando as anastomoses foram realizadas com sutura em um plano, pois no 15º dia de evolução,o colágeno presente na linha de sutura se apresenta praticamente normal, conforme demonstraram ao exame histológico comum CRONIN e col. (1968 a,b); FARIA (1972); CAMELI e col. (1976); MANTOVANI e col. (1976 c); TRIMPI e col. (1977); KIRK & IRVIN (1977); JIBORN e col. (1978 a,b,c); LORD e col. (1978);MAILLET & POILLEUX (1979); SCHILLACI e col. (1979); SUGIMACHI e col.-(1979); JIBORN e col. (1980 a,b) e JANSEN e col.(1981). A comprovação deste fato observa-se na fig.14, que mostra intensa formação de tecido colágeno, demonstrado através da microscopia de polarização pela birrefringência das fibras de colágeno da submucosa, que se aproxima muito do normal. Por outro lado, quando foi empregada a sutura em dois planos, o exame à microscopia de polarização mostrou a submucosa com apenas vestígios - de birrefringência, o que demonstra mínima formação de tecido colágeno (fig.16).

Estes resultados estão em desacordo com os relatados por NARDI (1957); CRONIN e col.(1968 b); FARIA (1972); MEDEIROS (1973); CAMELI e col. (1976); MANTOVANI e col.(1976 a,b); MANTOVANI - (1978); BOURY e col. (1979); SCHILLACI e col. (1979); SUGIMACHI e col. (1979) e JIBORN e col. (1980 a), que assinalam haver - moderada formação de tecido colágeno e não apenas leves indícios de atividade colágena até os 15 dias de evolução.

Este fato permite deduzir que até esta altura da - evolução das anastomoses em dois planos existe possibilidade de deiscência de sutura com consequente formação de fístula , fato que algumas vezes observamos na prática cirúrgica diária.

Estes resultados são atribuídos ao grau de lesão - da mucosa, pois na variedade de sutura em que houve maior - lesão desta tūnica, foi necessário um maior tempo para haver reepitelização, pois no processo de cicatrização a formação de fibras colāgenas, tanto na intensidade quanto no tempo, - são inversamente proporcionais aos fenōmenos de lesão e inflamação verificados na fase inicial.

C - ANALISE COMPARATIVA DA CICATRIZAÇÃO ENTRE AS VARIEDADES - DE PREPARO DAS BOCAS ANASTOMÓTICAS COM AS SUTURAS EM UM PLANO

a) Aos cinco dias de evolução

A análise comparativa das duas variedades de preparo das bocas anastomóticas mostra melhores resultados quando a - secção das túnicas e a hemostasia dos vasos da submucosa foi feita com o bisturi elétrico (grupo II), pois havia menos hemorragia e necrose, menor grau de edema e reação inflamatória exsudativa menos intensa e mais compaccidade celular(fig.7). Além disso, o aspecto da malha de colágeno apresenta-se mais refringente e com melhor aspecto, demonstrado pela microscopia de polarização (fig. 8).

Os melhores resultados verificados no grupo em que foi empregado o bisturi elétrico (grupo II) merecemalgumas - considerações. Quando realizamos a hemostasia dos vasos da - submucosa por eletrocauterização, ocorre necrose de coagulação, que é rápidamente eliminada, provocando um grau mínimo de reação inflamatória exsudativa, possibilitando uma rápida e intensa formação de fibras colágenas (fig.7 e 8). Por outro lado, quando a hemostasia dos vasos da submucosa é feita por pinçamento dos vasos com pinças hemostáticas e laqueadura com fio de categute, ocorre traumatismo pelo pinçamento e necrose isquêmica pela laqueadura com o fio de categute.

A necrose isquêmica se estabelece mais lentamente - do que a coagulação, demorando mais tempo para ser absorvida e provocando consequentemente maior reação inflamatória exsudativa. Além disso, a presença do fio de categute na linha de sutura também contribui para a existência de maior reação inflamatória exsudativa (fig.5). Por estes motivos, a formação - de tecido colágeno é mais intensa e melhor orientada quando - as bocas anastomóticas são preparadas com o bisturi elétrico (fig. 7 e 8).

b) Aos quinze dias de evolução

A análise comparativa das duas variedades de preparo das bocas anastomóticas mostra melhores resultados quando foi utilizado o bisturi elétrico (Grupo II), tanto para seccionar as túnicas quanto para realizar a hemostasia dos vasos da submucosa, pois não existe mais necrose, edema e reação inflamatória exsudativa (fig. 13). A malha de colágeno da submucosa se apresenta com birrefringência normal e sem sinais de edema (fig. 14).

Os melhores resultados verificados no grupo em que foi empregado o bisturi elétrico (Grupo II) devem-se também a diferença de tempo existente entre a absorção do tecido necrosado por mecanismos diferentes. Quando a hemostasia é feita por pinçamento dos vasos e laqueadura com categute, o tecido necrosado é eliminado mais lentamente do que quando se utiliza o bisturi elétrico.

Por este motivo e também pela presença do fio de -

categute na linha de sutura, a reação inflamatória exsudativa, embora mínima, ainda existe. Isto retarda um pouco a formação de fibras colágenas, o que é demonstrado à microscopia de polarização (fig. 12), que mostra a birrefringência da submucosa normal quando foi empregado o bisturi elétrico (fig.14) e se aproximando do normal quando se empregou o categute (fig. 12), existindo ainda sinais de edema.

Estes resultados estão em desacordo com os resultados relatados por KOTT & LURIE (1973) que concluiram haver pequena desvantagem do ponto de vista histológico quando empregou o bisturi elétrico. Entretanto estes autores realizaram apenas suturas em dois planos. Os resultados desta pesquisa confirmam experimentalmente os bons resultados verificados clinicamente por MEDEIROS e col. (1981 a,b) com esta variedade de preparo das bocas anastomóticas.

VI - CONCLUSÕES

A análise do presente trabalho permite as seguintes conclusões:

1. Os resultados observados com as anastomoses realizadas com sutura em um e em dois planos, foram igualmente satisfatórias, pois não ocorreram fístulas.

2. A evolução da cicatrização observada com as técnicas de sutura utilizadas foram satisfatórias, progressivamente do quinto ao 15º dia de pós-operatório.

3. A análise da birrefingência à microscopia de polarização mostrou ser um excelente método de estudo, tendo em vista a possibilidade de identificação direta das fibras de colágeno.

4. A análise à macroscopia e à microscopia (óptica e de polarização) mostra haver vantagens das suturas em um plano sobre a clássica sutura em dois planos. Ocorreram necrose tecidual e reação inflamatória exsudativa mais intensas nas suturas em dois planos.

5. Os resultados verificados pelo estudo da birrefringência nas suturas em dois planos evidenciou a ausência de formação de tecido colágeno no quinto dia de evolução e mínima formação de tecido colágeno no 15º dia de pós-operatório.

6. Os resultados obtidos pelo estudo da birrefringência nas suturas em um plano, mostraram a presença de tecido colágeno no quinto e 15º dia.

7. A análise da birrefringência demonstrou que a formação de tecido colágeno é mais intensa e melhor orientada quando as bocas anastomóticas foram preparadas com o bisturi elétrico.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABRAMOWITZ.H.B. & MC.ALISTER, W.H. - A comparative study of small bowel anastomosis by angiography an microangiography. Surgery, 66: 564-569, 1969.

AMSHEL. A.L. - The use of vicryl (Polyglactin 910) sutures in colonic and rectal surgery. Dis.Col. & Rect., 20:635-638, 1977.

BELING, C.A. - Single layer end-to-end intestinal anastomois. Amer. J.Gastroent, 27: 374-379, 1957.

BELLAMY, J.; BRUNSCHVICG, O, FÉKÉTÉ, F. et LORTAT-JACOB, J.L. - La résistence à l'infection des sutures digestives. J.Chir.(Paris) 113: 319-324, 1977.

BOURY. G.; DALOUBEIX, H.; GALLARD, P.Y.; FAVRE, M.; LEHN, E.; MANSOURI, A.L.; BRUNAUD, M.D. et LARRIEU, H. - Sutures intestinales expérimentales. Etude comparative. Ann.Chir. 33: 275-282, 1979.

BRANDALISE, N.A.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M,: COSTA , L.A. & ANDREOLLO, N.A. - A eletrocauterização para hemostasia dos vasos da submucosa em cirurgia do aparelho digestivo. Revta.Paul.Med., 94: 130-131, 1979.

BREMEN, A. & JAMBE, J. - Brèves impressions au sujet de la suture gastrique en un plan. Acta.Chir.Belg., 54 : 790-794, 1955.

BRONWELL, A.W.; RUTLEDGE, R. & DALTON, M.L. - Single - layer open intestinal anastomosis. Ann.Surg., 165 : 925-932, 1967.

BUCHIN, R. & VAN GEERTRUYDEN, J. - Valeur comparée des sutures intestinales en un plan et en deux plans. Acta.Chir.Belg., 59: 461-480, 1960.

CADY, J.; GODFROY, O.; SIBAUD, O. et MERCADIER, M. - La désunion anastomotique em chirurgie colique et rectale. Ann.Chir., 34: 350-356, 1980.

CAMELI, G.; DISANTE, U.; MEDORI, M.; MORBIDUCCI, G. ; GUERRUCCI, D.; ZAMBIANCHI, C. i COLOMBATI, M. - In tema di suture monostrato del tenue e del colon. Ann. Ital.Chir., 49: 179-194, 1976.

CARRIL, C.F. - Anastomoses intestinais: mētodos invaginantes e mētodos por aposição em mesmo alinhamento . Estudo experimental comparativo com apresentação de um processo original. Tese Doc. Fac.Med.Rib.Preto - USP, 1970.

CHAIB, S.A.; LING, W.S. & VASCONCELOS, E. - Avaliação - experimental dos fios na sutura em um sō plano. Revta. Paul.Med, 80: 217-226, 1972.

COWLEY, L.L. & WALL, M. - Comparative strenght of single and two-layer open anastomosis of colon. Amer. Surg., 34: 463-464, 1968.

CRONIN, K.; JACKSON, D.S. & DUNPHY, J.E. - Changing - bursting strength and collagen content of the healing colon. Surg. Gynec. & Obstet., 126: 747-753, 1968 a.

CRONIN, K.; JACKSON, D.S. & DUNPHY, J.E. - Specific - activity of hydroxyproline-tritium in the healing - colon. Surg. Gynec. & Obstet., 128: 1062-1065, 1968 b.

DEATON, J.R.; W.R. & BRADSHAW, H.H. - lung-pleura graft for esophagoesophageal anastomosis; experimental - study. J. Thorac.Surg., 20: 166-168, 1950.

DELAITRE, B.; CHAMPAULT, G.; CHAPUIS, Y.; PATEL, J.C. ; LOUVEL, A. et LEGER, L. - Sutures intestinales par surget extra-muqueaux en un plan. Rēsultats de 101 sutures en clinique comparēs aux aspects histologi - ques tirēs d'une expērimentation animale. Chirurgie, 102: 219-220, 1976.

DELANNOY, E.; LAGACHE, G. & SOOTS, G. - A propos des anastomoses digestives en un plan. Mem.Acad.Chir. , 83: 405-407, 1957.

EVERETT, W.G. - A comparison of one layer and two layer techniques for colorectal anastomosis. Brit.J.Surg., 62: 135-140, 1975.

FAGNIEZ, P.L. - Anastomoses digestives chez l'homme par surjet monoplan de polyglactine. Colloque - Paris - Lille 1977 (synthese). Ann.Chir., 33: 58-64, 1979.

FARIA, P.A.J.; PASQUALUCCI, M.E.A.; MEDEIROS, R.R. ; MANTOVANI, M. & VIEIRA, R.W. - Estudo comparativo de materiais de sutura de estômago de cães com tēcnica de sintese extra mucosa. Revta.Assoc.Med.Brasil. 15: 3 - 10, 1969.

FARIA, P.A.J. - Sutura gastrointestinal em plano ūnico extramucoso e em dois planos, um total e um seromus cular invaginante. Estudo experimental no cão. Tese Dout. - Esc.Paul.Medicina, S.Paulo, 1972.

FARIA, P.A.J.; SCHAPIRO, M.; VIEIRA, R.W.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. & FARIA NETO, A.J. - Estudo Clínico de 833 anastomoses gastrointestinais em um plano de sutura com exclusão da mucosa. In. Congresso Brasileiro de Cirurgia, 12º, Guanabara, 1971.

FIGUEROA, A.O.; CASTILHO, J.A.; NASI, A.; AMIANO, C. & ALLENDE, D. - Suturas monoplanas em cirurgia digestiva. Bol.Sanat.S.Lucas (S.Paulo), 29: 111-114, 1968.

FRUCHAUD, M.H. - Remarques sur les sutures digestives de la sous-muqueuse couvertures sēreuses. Sem.Hôp., 28: 2825-2831, 1952.

GAMBEE, L.P.; GARNJOBST, W. & HARDWICK, C.E. - Ten year's experience with a single layer anastomosis in colon surgery. Amer. J.Surg., 92: 222-227, 1966.

GETZEN, L.C.; ROE, R.D. & HOLLOWAY, C.K. - Comparative study of intestinal anastomotic healing in inverted and everted closures. Surg.Gynec.Obstet., 123 : 1219-1227, 1966.

GOLIGHER, J.C.; MORRIS, C.; MC ADAM, W.A.F.; DE DOMBAL, F.T. & JOHNSTON, D. - A controlled trial of inverting versus everting intestinal suture in clinical large bowel surgery. Brit.J.Surg., 57: 817-822, 1972.

GOLIGHER, J.C. - Visceral and parietal suture in abdominal surgery. The Amer.J.Surg., 131: 130-140,1976.

GOLIGHER, J.C.; LEE, P.W.G.; SIMPKINS, K.C. & LINTOTT, D.J. - A controlled comparison of one and two-layer techniques of suture for hig and low colorectal - anastomoses. Brit. J.Surg., 64: 609-614, 1977.

GORODICHE, J. & JOURDAN, P. - Anastomoses digestives em un plan de suture. Sem.Hôp., 4: 3740-3747, 1951.

GRASSI, G. - Comunicação pessoal, 1976.

GREENAL, M.J.; EVANS, M. & POLLOCK, A.V. - Influence of depth of suture bite on integrity of single layer - large-bowel anastomoses: controlled trial. J.Royal - Soc.Med., 72: 351-356, 1979.

GUIMARÃES, A.S. - Estudo comparativo da rede vascular - sanguínea e da cicatrização em anastomoses intestinais em um e dois planos de sutura: Trabalho experimental no intestino delgado do cão. Tese de Dout. Fac. Med.Rib.Preto, USP, 1972.

HALSTED, W.S. - Circular suture of the intestine. Amer. J.Med.Sci., 94: 436-461, 1887.

HAMILTON, J.E. - Reappraisal of open intestinal anastomoses. Ann.Surg., 165:917-924, 1967.

HAUTEFOUILLE, J.L. - Le surget monoplan, technique et - expérience clinique a propos de 680 sutures et anastomoses digestives. Colloque-Paris-Lille, 1977. Ann. Chir., 33:58-64, 1979.

HELLEPUTTE, J. & MONBALLIU, G. - La suture en un plan - des tuniques digestives em chirurgie gastrique. Acta. Chir.Belg., 62: 533-541, 1963.

IRVIN, T. - Collagen metabolism in infected colonic - anastomoses. Surg.Gynec.Obstet., 143: 220-224, 1976.

JANSEN, A.; BECKER, A.E.; BRUMMELKAMP, W.H.; KEEMAN , J.N. & KLOPPER, P.J. - The importance of the apposition of the submocosal intestinal layers for primary wound healing of intestinal anastomosis. Surg . Gynec. Obstet., 152: 51-58, 1981.

JIBORN, H.; AHONEN, J. & ZEDERFELDT, B. - Healing of experimental colonic anastomoses. I - Bursting - strength of the colon after left colon resection and Anastomosis. The Amer. J.Surg., 136:587-594, 1978 a.

JIBORN, H.; AHONEN, J. & ZEDERFELDT, B. - Healing of experimental colonic anastomoses. II - Breaking - strength of the colon after left colon resection and anastomosis. The Amer. J.Surg., 136: 595-599, 1978 b.

JIBORN, H.; AHONEN, J. & ZEDERFELDT, B. - Healing of Experimental Colonic Anastomoses. The effect of suture technic on collagen concentration in the colonic wall. The Amer. J.Surg. 135: 333-340, 1978 c.

JIBORN, H.;AHONEN, J. & ZEDERFELDT, B. - Healing of experimental colonic anastomoses III - Collagen metabolism in the colon after left colon resection . The Amer. J.Surg., 139: 398-405, 1980 a.

JIBORN, H.; AHONEN, J. & ZEDERFELDT, B. - Healing of experimental colonic anastomoses. IV - Effect of suture technique on collagen metabolism in the colonic wall. The Amer. J.Surg., 139: 407-413, 1980 b.

JONSELL, G & ENDELMAN, G. - Single layer anastomosis of the colon. A review og 165 cases. The Amer.J.Surg. , 135: 630-632, 1978.

JOURDAN, P. - A propos de la suture ã plan unique des tuniques digestives. Acta.Chir.Belg., 54: 765-771 , 1955.

KISS, D.R. & BOCCHINI, S.F. - Anastomose em plano único de sutura na cirurgia cólica de urgência. Revta.Paul. Med., 87: 112-114, 1976.

KISS, D.R.; BOCCHINI, S.F.; NAHAS, P. & VASCONCELOS, E. -Anastomose em plano único de sutura na cirurgia cólica eletiva. Revta.Paul.Med., 87: 64-66, 1976.

KIRK, D. & IRVIN, T.T. - The role of oxygen therapy in the healing of experimental skin wounds and colonic anastomosis. Brit. J.Surg., 64: 100-103, 1977.

KOBAYASI, S. - Sutura contínua em plano único, extra mucoso, sem hemostasia prévia, em gastrojejuno anastomose após gastrectomia, no cão. Dissertação de Mestrado. Fac.Med.Botucatu, 1978.

KOTT, I. & LURIE, M. - The effects of electrosurgery - and the surgical knife on the healing of intestinal-anastomoses. Dis.Col. & Rect., 16: 33-38, 1973.

LANGER, S. - Colon - Nahttechnik: Einreihige naht. Langenbecks Arch. Chir. 347: 601-604, 1978.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; BRANDALISE, N.A. & MEDEIROS, R.R. - Gastrectomia com conservação do piloro no tratamento da úlcera péptica. Revta.Assoc. Med.Brasil., 19: 473-478, 1973.

LEONARDI, L.S.; - Enfarte hemorrágico do intestino : Considerações a propósito de três casos com sobrevida. Revta.Paul.Med., 83: 121-128, 1974.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & MEDEIROS, R.R. - Gastrectomia: Sutura em um plano. Revta.Paul.Med. 85 : 109-115, 1975.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; BRANDALISE, N.A. & FAGUNDES, J.J. - Resultados do emprego da sutura em plano único extramucoso na cirurgia da úlcera péptica perfurada. Revta.Col.Bras.Cirurgiões , 3: 139-143, 1976.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; ALCÂNTARA, F.G. & HADLER, W.A. - Estudo comparativo entre suturas em plano único e em dois planos no intestino delgado na vigência de peritonite; Trabalho Experimental no cão. Revta. Paul.Med., 89: 5-11, 1977 a.

LEONARDI, L.S.; REIS NETO, J.A.; BRANDALISE, N.A. ; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J. - Sutura em plano único na cirurgia gastrintestinal. Resultados clínicos em 756 doentes. Revta.Col.Bras. Cirurgiões, 4: 223-233, 1977 b.

LETWIN, E. & WILLIANS, H.T.G. - Healing of intestinal anastomosis. Canad.J.Surg., 10: 109-116, 1967.

LORD, M.G.; BROUGHTON. A.C. & WILLIANS, H.T.G. - A morphologic study on the effect of suturing the submucosa of the large intestine. Surg.Gynec.Obstet., 146: 211-216, 1978.

MAILLET, P. et POILLEUX, F. - Matēriaux et techniques rēcentes en matiēre des sutures manuelles et mēcaniques. Colloque Paris - LILLE (synthese),1977. Ann.Chir, 33: 58-64, 1979.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; ALCĀNTARA, F.G. & HADLER, W.A. - Estudo comparativo entre suturas em plano único e em dois planos no intestino delgado na vigência de isquemia. Trabalho experimental no cão. Revta.Paul.Med., 87: 56-63, 1976 a.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; ALCĀNTARA, F.G. & HADLER, W.A. - Estudo comparativo entre sutura em um plano e dois planos no intestino delgado na vigência do uso de drogas imunossupressoras. Trabalho experimental no cão. Revta.Paul.Med., 89: 35-41, 1977.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; ALCĀNTARA, F.G.; MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J. & HADLER, W.A. - Estudo comparativo entre diferentes variedades de sutura em um e dois planos no intestino delgado. Trabalho experimental no cão. Revta.Ass.Med.Brasil., 22: 79-86, 1976 b.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; ALCĀNTARA, F.G.; MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J. & HADLER, W.A. - Estudo comparativo entre diferentes variedades de sutura em um e dois planos no intestino grosso. Trabalho experimental no cão. Revta.Ass.Med.Brasil., 22: 245-251, 1976 c.

MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & LEONARDI, L.S. - Sutura seromuscular extramucosa em plano ūnico na cirurgia do intestino. Revta.Paul.Med., 86: 125-130, 1975 a.

MANTOVANI, M.; REIS NETO, J.A.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J. - Fechamento de colostomia em alça - com sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas. Revta.Assoc.Med.Brasil, 21: 223-225 , 1975 b.

MANTOVANI, M. - Evolução da cicatrização em anastomose do intestino grosso de cães em condições de normalidade e sob a ação de drogas imunossupressoras. Tese Livre Doc., Fac.C.Med.UNICAMP, 1978.

MC ADAMS, A.J.; MEIKLE, A.G. & TAYLOR, J.O. - One layer or two layer colonic anastomoses. Amer.J.Surg., 120: 546-550,1970.

MC LACHLIN, A.D.; OLSSON, L.S. & PITT, D.F. - Anterior - anastomosis of the retosigmoid colon: An experimental study. Surgery, 80: 306-311, 1976.

MATHESON, N.A. & IRVING, A.D. - Single layer anastomosis after rectosigmoid ressection. Brit.J.Surg., 62 : 239-242, 1975.

MATHESON, N.A. & IRVING, A.D. - Single layer anastomosis in the gastrointestinal tract. Surg.Gynec. & Obstet., 143: 619-624, 1976.

MATHESON, N.A.; FARQUHARSON , A; VALERIO, D. & THOMSON , H . - Single layer anastomosis in the large bowel: ten year's experience. J.Royal Soc.Med. 74: 44-48, 1981.

MEDEIROS, R.R. - Estudo comparativo da cicatrização nas anastomoses do esôfago cervical com técnicas de sutura em um e dois planos. Trabalho experimental em cães. Tese dout.Fac.C.Med.UNICAMP, 1973.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; PIRES, A.M. & MANTOVANI, M. - Emprego do bisturí elétrico na secção das túnicas e na hemostasia dos vasos da submucosa nas anastomoses do tubo digestivo. Revta.Col.Bras.Cirurgiões, 2: 101-102, 1981 a.

MEDEIROS, R.R.; PIRES, A.M. & GOES, J.R.N. - Emprego do bisturí elétrico na secção das túnicas e na hemostasia dos vasos da submucosa nas anastomoses do intestino delgado e do colon. Revta.Bras.de Colo-Proctol. 1: 71-77, 1981 b.

NAHAS, P.; KISS, D.R. & VASCONCELOS, E. - Anastomose em plano único de sutura contínua na cirurgia cólica - eletiva. In: Congresso Brasileiro de Proctologia , 21º, Salvador, 1971.

NARDI, C. - Sur les sutures intestinales en un plan . Mém.Acad.Chir., 83: 426-427, 1957.

OLSEN, G.B.; LETWIN, E. & WILLIANS, H.T.G. - Clinical - experience with the use of a single-layer intestinal anastomosis. Canad.J.Surg., 11:97-100, 1968.

ORR, N.W.M. - A single layer intestinal anastomosis . Brit. J.Surg., 56: 772-774, 1969.

PIMENTEL, E.R. - Form birrefringence of collagen bundles. Acta.Chir.Belg. Histochem. Cytochem. 14 (1): 35-40, 1981

PRIMO, G. - Observations expérimentales sur la suture - oesophagienne. Essai de suture en un plan. Acta.Chir. Belg., 54: 772-789, 1955.

RAVITCH, M.M.; CANALIS, F.; WEINSHELBAUM , A. & MC CORMICK, J. - Studies in intestinal healing: III - Observations on everting intestinal anastomosis. Ann.Surg., 166 : 670-680, 1967.

REICHEL, K. & NAGEL, R. - Esfahrungen un kamplikationem beider zwei-und eireihigen enteroanastomose. Langenbecks Arch.Klin.Chir., 323: 362-373, 1969.

REIS NETO, J.A.; BRANDALISE, N.A.; LEONARDI, L.S. ; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & VIEIRA, R.W. - Anastomose intestinal extramucosa. In: Congresso Brasileiro de Proctologia, 21º Salvador, 1971.

ROCHA, J.R.M. - Fechamento do coto duodenal em um e dois planos de sutura. Estudo experimental. Dissertação de Mestrado Fac.Med.Univ.S.Paulo, 1979.

ROSENBERG, D.; FRAZATTO JR, C.; MANTOVANI, M.; VIEIRA , R.W. & MEDEIROS, R.R. - Estudo experimental comparativo entre as suturas em plano único, total, extramucosa e de eversão. Revta.Paul.Med., 81: 5-11, 1973.

ROSIN, D.; EXARCHAKOS, G. & ELLIS, H.E. - An experimental study of gastric healing following scalped and diathermy incisions. Surgery, 79: 555-559, 1976.

SAKO, Y, & WANGENSTEEN, O.H. - Experimental studies on gastrointestinal anastomoses. Surg.Forum, 2: 117-123, 1951.

SCHILLACI, A.; CAVALLARO, A. & STIPA, S. - Comparative results of three different techniques for colonic - anastomosis in the dog. Surg.Gynec.& Obstet., 149 : 238-240, 1979.

SINGLETON JR., A.O.; WHITE, B.A.D. & MONTALBO, B.A.P. - A comparative study of intestinal anastomose. Arch. Surg., 96: 563-566, 1968.

SUGIMACHI, K.; YAITA, T.N. & INOKUCHI, K. - An alternative one layer inverting suture technique for intestinal anastomosis. Japanese, J.Surg., 9: 322-326, 1979.

THOMERET, G.; DUBOST, C. & VALIDIRE, J. - Emploi systēmatique des anastomoses en un plan sēro-musculaire en chirurgie digestive. Mēm.Acad.Chir., 83 : 407-413, 1957.

TRIMPI, H.D.; KHUBCHANDANI, I.T.; SHEETS, J.A. & STASIK JR., J.J. - Advances in intestinal anastomosis. Disc.Col. & Rect., 20: 107-117, 1977.

TRUEBLOOD, H.W.; NELSEN, T.S.; KOHATSU, S. & OBERHELMAN JR., H.A. - Wound healing in the colon: Comparison of inverted and everted closures. Surgery, 65: 919-930, 1969.

VALDONI, P. - Operation de Billroth II in El Ofício de La Cirurgia. Cooper. P. pg. 628 e 629 1º ed. Lopes Libreros editores SRI, Buenos Aires, 1972.

VASCONCELOS, E.; NAHAS, P. & KISS, D.R. - Anastomoses em plano ūnico de sutura na cirurgia dos cōlons. Hospital, 74: 1423-1426, 1968.

VIDAL, B.C. - Sobre a organização dos mucopolissacarideos ācidos em tendões calcaneares de cobaia. Tese Livre Docência, Fac.Farm. Odont.UNICAMP, 1964 a.

VIDAL, B.C. - The part played by Mucopolysacharides in the form Birrefringence of the collagen. Protoplasma, Bd., 59: 472-479, 1964 b.

VIDAL, B.C. - Macromolecular Desorientation in Detached Tendons. Protoplasma Bd, 62: 121-132, 1966.

VIDAL, B.C.; MELLO, M.L.S.; GODO, C.; CASEIRO, A.C. & ABUJADI, J.M. - Anisotropic properties of silver plus gold-impregnated collagen bundles: ADB an form birrefringence curves. Ann.Histochim., 20: 15-26, 1975.

VON KRAUSE, H. - Einreihige Naht in der Magenchirurgie. Zbl.Chir. 101: 565-567, 1976.

WARDE, P.J. & CUTAIT, D. - Anastomose colo-retal experimental em um e dois planos de sutura. Estudo Comparativo. Revta.Col.Bras.Cirurgiões, 3: 95-97, 1976.

WISE, L.; MC ALISTER, W.; STEIN, T. & SCHUCK, P. - Studies on the healing of anastomoses of small and large intestines. Surg.Gynec.Obstet., 141: 190-194, 1975.

YALE, C.E. & VAN GEMERT, J.V. - Healing of inverted and everted intestinal anastomosis in rats. Surgery, 69: 382-388, 1971.

RAUL RAPOSO DE MEDEIROS

M_E_M_O_R_I_A_L

Apresentado à:
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para o Concurso de Docência Livre em Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia.

1150004783
FCM
T/UNICAMP M467e

Campinas - 1982

I_N_D_I_C_E

Introdução 01

I - Identificação 07

II - Vida Escolar 08

A - Cursos de Aperfeiçoamento durante o Curso Médico 10

B - Estágios de Aperfeiçoamento durante o Curso Médico 11

C - Concursos Prestados durante o Curso Médico 13

D - Atividades Didáticas durante o Curso Médico 14

E - Participação em Trabalhos Científicos durante o Curso Médico 16

F - Atividades Esportivas durante o Curso Médico 18

III - Atividades Profissionais e Universitárias Cargos, Funções, Títulos Universitários . 19

A - Em outros Hospitais 19

B - Na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas ... 22

B_1 - Concursos Prestados 22

B_2 - Cargos e Funções Docentes 22

B_3 - Organização de Serviços e Disciplinas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP 27

B_4 - Cargos Administrativos junto à - Diretoria do Hospital das Clínicas e Departamento de Cirurgia . 28

C - Sociedades Médicas a que Pertence ... 30

D - Cursos de Aperfeiçoamento 32

E - Organizador de Cursos de Extensão Universitária 35

IV - Atividades Didáticas 37

A - Em Cursos Oficiais de Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. 40

a) aulas teóricas 40

b) aulas práticas e teórico-práticas. 46

c) seminários 57

d) coordenador de cursos, estágios e órgãos oficiais da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP 61

e) participação em cursos externos oficiais como representante da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP..... 64

B - Cursos Oficiais de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP 65

C - Em Cursos Oficiais de Pós-Graduação de outras Escolas Médicas 67

D - No Hospital Municipal "Ignácio Proença de Gouveia", da Secretaria da Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo 68

E - Aulas em Cursos de Extensão Universitária 69

V - Atividades Científicas 73

A - Comparecimento em Congressos Médicos. 73

B - Comunicações em Associações, Departamentos e Congressos Médicos 78

B_1 - Em Associações e Departamentos . 78

B_2 - Em Congressos Médicos 86

C - Participação como Convidado, em Congressos Médicos, Forum Televisado, Mesa Redonda, Conferência e como Membro de Comissões Organizadoras de Congressos 103

D - Colaboração em Teses 105

E - Participação em Bancas Examinadoras - de Teses 107

F - Trabalhos Publicados 108

A - Tese de Doutoramento 108

B - Trabalhos Publicados em Revistas nacionais 112

C - Trabalhos Publicados em Revistas Científicas Estrangeiras 185

D - Capítulo em Livros Didáticos 192

I_N_T_R_O_D_U_Ç_Ã_O

Este Memorial apresenta as atividades, títulos e trabalhos do candidato, destacando os diferentes períodos de sua carreira universitária. Assim, a primeira etapa relata sua vida acadêmica, anterior a 1969; a segunda, de 1969 a 1973, relata suas atividades até o concurso para doutor em Ciências Médicas e a terceira, relata suas atividades de 1974 até 1982.

Iniciando seu Curso médico em 1963, na Escola Paulista de Medicina, realizou seu curso com regularidade procurando neste período aprimorar seus conhecimentos em Medicina de uma maneira geral.

Desde o terceiro ano do Curso Médico - realizou estágios em várias disciplinas dos Departamentos da Escola Paulista de Medicina: Disciplina de

Patologia Clínica do Departamento de Medicina (Prof. Sílvio dos Santos Carvalhal); Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia (Prof. Henrique Mélega); Serviço de Eletrocardiografia do Departamento de Medicina (Prof. José Bocanegra); Departamento de Patologia (Prof. Mario - Enzo Átila Pasqualucci); Grupo de Fígado, Vias Biliares e Pâncreas do Departamento de Cirurgia (Prof. Pedro Alberto Jorge Faria). Nenhum destes estágios foi inferior a um ano de permanência, tendo em todos eles realizado trabalhos de investigação científica. Realizou, ainda, estágios em outros serviços: Primeira Clínica Cirúrgica de Homens da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Prof. Sebastião Hermeto Júnior); Banco de Sangue da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Dr. Vasco Ferraz Costa) e Pronto Socorro Municipal de São Paulo, como estudante estagiário remunerado.

Participou de cursos de aperfeiçoamento com regularidade.

Prestou concurso, tendo sido aprovado no Pronto Socorro Municipal de São Paulo, para plantonista, e no Hospital e Maternidade Nossa Senhora -

da Conceição, em Obstetrícia e Cirurgia.

Exerceu as funções de Monitor da Disciplina de Patologia Clínica do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina, remunerado, ministrando aulas práticas em programas oficiais da Disciplina.

Participou de reuniões em Associações Médicas e Congressos Médicos, como colaborador, na apresentação de trabalhos.

Durante o curso Médico, publicou trabalhos, frutos de pesquisas desenvolvidas nas diferentes Disciplinas da Escola Paulista de Medicina.

Terminado o curso médico, aceitou o honroso convite do Professor Sílvio dos Santos Carvalhal, Chefe do Departamento de Clínica e Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e do Professor David Rosemberg, livre docente em Clínica Cirúrgica, para ingressar no corpo docente desta Faculdade. Para tanto, submeteu-se a concurso público, para instrutor de ensino do Departamento, tendo sido aprovado.

No exercício destas funções, passou, - após dois anos, a Professor Assistente (MS-2), no mesmo Departamento.

Com o desmembramento do Departamento,- aceitando o honroso convite do professor Luiz Sergio Leonardi, transferiu-se para o Departamento de Cirurgia, lotado na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, segundo tendência e inclinação cirúrgica, preparadas desde os tempos de acadêmico de medicina. Desde então, até a presente data vem participando ativamente na formação e treinamento dos Residentes do Departamento de Cirurgia.

Sob a orientação do prof. Luiz Sergio Leonardi, Chefe do Departamento de Cirurgia e do professor Marcel Cerqueira Cezar Machado, Livre Docente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo, defendeu tese de doutoramento em 1973.

Foi preceptor dos residentes do Departamento de Cirurgia em 1974, 1975, 1977 e 1979, tendo sido também membro do Conselho de Preceptores de Residentes da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP no

ano de 1975. Participou da Comissão de Seleção dos Residentes do Departamento de Cirurgia, desde 1974 até 1982.

Foi chefe do Serviço de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da UNICAMP em 1975.

Em 1974, passou a fazer parte do Grupo de Colon, Reto e Anus, da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia.

Em 1979, foi designado pelo Prof. Luiz Sergio Leonardi, para Chefiar este grupo, coordenando sua reestruturação. Sob sua coordenação o Ambulatório de Colo-Proctologia está estruturado para o atendimento dos pacientes e realização de procedimentos especializados, tais como, Retossigmoidoscopias; Colonoscopias; Ressecção Endoscópica de Pólipos,e, também de procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais, tais como: ligadura elástica, crioterapia e cirurgias sob anestesia local.

Coordenou dois cursos de Pós-Graduação em Colo-Proctologia, no Departamento de Cirurgia, em 1980 e 1981.

Foi ainda, Presidente do Departamento de Gastroenterologia da Sociedade de Medicina e Cirurgia - de Campinas, em 1980 e 1981.

O candidato vem exercendo atividades didáticas na formação de alunos, internos e residentes - que realizam estágio no Departamento de Cirurgia, na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, na área de Colo-Proctologia, compreendendo atividades de pesquisa, discussão de casos clínicos nas enfermarias, aulas e intervenções cirúrgicas.

O Grupo de Colo-Proctologia, conta atualmente com a colaboração de dois Assistentes, o Dr. João José Fagundes e o Dr. Juvenal Ricardo Navarro Góes, ambos realizando curso de Pós-Graduação em Cirurgia sob a orientação do candidato e do Prof. Luiz Sergio Leonardi.

Nesta apresentação, está sintetizado o conteúdo do Memorial que submetemos à douta Comissão de Julgamento.

I - I_D_E_N_T_I_F_I_C_A_Ç_Ã_O

- RAUL RAPOSO DE MEDEIROS,
nascido em 21 de setembro de 1940,
em São Paulo (Estado de São Paulo),
Filho de José Raposo de Medeiros Sobrinho
e Lydia Rocha Medeiros,
casado com Cynthia Senna Raposo de Medeiros.

Inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob número 13.779. (DOC. 01)

II - V_I_D_A E_S_C_O_L_A_R

01. Educação primária no Instituto de Educação "Caetano de Campos", em São Paulo, tendo concluido no ano letivo de 1952.

02. Curso Ginasial no Colégio Estadual "Presidente Roosevelt", em São Paulo, tendo concluido no ano letivo de 1956.

03. Curso Científico no Colégio de Aplicação Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, tendo concluido no ano letivo de 1959.

04. Concurso de habilitação para o Curso Médico, em 1963, tendo sido classificado na Escola Paulista de Medicina.

05. Curso Superior na Escola Paulista de Medicina, desde março de 1963, tendo frequentado os seis anos, da Escola, com regularidade. Colou Grau a 26 de dezembro de 1968.

Diploma de Médico registrado no MEC em 27

de maio de 1969, sob o nº 28.115, livro M-25, folha 85 V e registrado no Serviço de Fiscalização do Exercício Profissional em 16 de junho de 1969, sob o número 429/69, livro 23, - pagina 482.

CRM Nº 13.779. (DOC. 02)

Durante o curso médico, além das atividades - regulamentares, frequentou cursos e estágios de aproveitamento.

A - CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DURANTE O CURSO MÉDICO

01. Curso de Temas de Reumatologia, organizado pelo Prof. Horácio Kneese de Mello. Rg. nº 2737, em 1965. (DOC. 03)

02. Curso de Eletrocardiografia Elementar, organizado pelo Dr. Flávio Suplicy de Lacerda Júnior, - aprovado em exame. Rg. nº 2927, em 1966. (DOC. 04)

03. Curso de Propedêutica Obstétrica, patrocinado - pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e, organizado pelo Corpo Clínico do Hospital "Perola Byington". Rg. nº 3200, em 1966. (DOC. 05)

04. Curso de Atualização em Gastroenterologia, organizado pelo Dr. Moises Mincis. Rg. nº 2984, em 1966. (DOC. 06)

05. Curso de Propedêutica Ginecológica, organizado pelo Dr. Klaus Mirin Rudolph. Rg. nº 3028, em 1967. (DOC. 07)

06. Curso de Emergências em Cardiologia, organizado pelo Dr. Adolpho Barcellini. Rg. nº 4038, em 1968. (DOC. 08)

B - ESTÁGIOS DE APERFEIÇOAMENTO DURANTE O CURSO MÉDICO

01. Banco de Sangue da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de janeiro a dezembro - de 1964. (DOC. 09)

02. Disciplina de Patologia Clínica do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina, Serviço do Prof. Sílvio Carvalhal, de março de 1965 a dezembro de 1968. (DOC. 10)

03. Primeira Cirurgia de Homens da Irmandade da Santa Casa de São Paulo, Serviço do Prof. Sebastião Hermeto Júnior, de 04 a 26 de julho de 1965, de 21 de janeiro a 11 de fevereiro de 1966, de 04 a 26 de junho de 1966. (DOC. 11)

04. Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina, Serviço - do Prof. Henrique Melega, de janeiro de 1966 a dezembro de 1968. (DOC. 12)

05. Serviço de Eletrocardiografia da Escola Paulista de Medicina, Serviço do Dr. José Bocanegra, de fevereiro de 1966 a dezembro de 1968.(DOC. 13)

06. Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Conceição, por concurso em obstetrícia e cirurgia, no ano de 1966. (DOC. 14)

07. Departamento de Cirurgia - grupo de Vias Biliares e Pâncreas, Serviço do Prof. Pedro Alberto Jorge - Faria, de setembro de 1966 a dezembro de 1968. (DOC. 15)

08. Departamento de Patologia da Escola Paulista de Medicina, Serviço do Prof. Mário E. A. Pasqualucci,- de setembro de 1967 a dezembro de 1968.(DOC. 16)

09. Pronto Socorro Municipal de São Paulo, de 16 de janeiro de 1968 a 16 de janeiro de 1969, como estudante estagiário, remunerado (fo. 5248 - rg.86160) de Medicina, aprovado em Concurso, conforme decreto nº 7158 de 01 de setembro de 1967. (DOC.17e18)

C - CONCURSOS PRESTADOS DURANTE O CURSO MÉDICO

01. Aprovado em Concurso de Obstetrícia e Cirurgia, no Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Conceição. São Paulo, em 1966. (DOC. 19)

02. Aprovado em Concurso no Pronto Socorro Municipal de São Paulo, em 1967, conforme decreto nº 7158 de 01 de setembro de 1967, Rg. 86160. (DOC. 18)

D - ATIVIDADE DIDÁTICA DURANTE O CURSO MÉDICO

- Tendo sido Aprovado no 4º ano médico, em 1965, iniciou seus trabalhos na qualidade de estagiário remunerado na Disciplina de Patologia Clínica do Departamento de Medicina, em 1966, até a conclusão do curso, em 1968, exercendo inclusive o cargo de Monitor da Disciplina.

(DOC. 20)

01. Exercícios práticos de correlação anátomo-clínica para os alunos da 4º série médica, pela - Disciplina de Patologia Clínica, da Escola Paulista de Medicina, anos de 1966 e 1967.

(DOC. 21)

02. Exercícios práticos de Propedêutica Médica na Enfermaria Geral do Hospital São Paulo, para os alunos da 3º série médica na qualidade de - Monitor da Disciplina de Patologia Clínica da Escola Paulista de Medicina, em 1967 (DOC. 22)

03. Exercícios práticos de correlação anátomo-clínica para alunos da 4º série médica, pela Disciplina de Patologia Clínica, da Escola Paulista de Medicina, no ano de 1967. (DOC. 22)

04. Participação no Curso de Férias de Propedêutica Médica, ministrando aulas práticas aos alunos do 3º ano médico da Faculdade de Medicina de - Campinas, de dezembro de 1966 a janeiro de 1967

(DOC. 23)

E - PARTICIPAÇÃO EM TRABALHOS CIENTÍFICOS DURANTE O CURSO MÉDICO

01. Disciplina de Patologia Clínica do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina, em 1965, 1966, 1967 e 1968. (DOC. 24)

02. Disciplina de Gastroenterologia, no grupo de - Vias Biliares e Pâncreas do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, em 1966, 1967 e 1968. (DOC. 25)

03. Cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia, em 1966, - 1967 e 1968. (DOC. 26)

04. Serviço de Eletrocardiografia do Departamento - de Medicina da Escola Paulista de Medicina desde 1966 até 1968. (DOC. 27)

05. Departamento de Patologia da Escola Paulista de Medicina, no ano de 1968. (DOC. 28)

- Durante o curso médico, participou de Congressos Médicos, comunicações de Trabalhos Científicos - em Associações, Departamentos e Congressos Médicos, bem como foi Co-Autor de alguns trabalhos - científicos publicados, cuja especificação será feita no ítem correspondente a Atividades Científicas.

F - ATIVIDADES ESPORTIVAS DURANTE O CURSO MÉDICO

- Participou ativamente na Associação Atlética Acadêmica "PEREIRA BARRETO", no setor de futebol de salão, tendo defendido o nome da Escola Paulista de Medicina em inúmeras competições esportivas, de 1963 a 1968.

(DOC . 29)

III - A T I V I D A D E S P R O F I S S I O N A I S

- CONCURSOS, CARGOS, FUNÇÕES, TÍTULOS UNIVERSITÁRIOS, CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO.

A - EM OUTROS HOSPITAIS:

01. Médico da divisão de Pronto Socorro do Departamento de Higiene e saúde da Secretaria da Higiene da Prefeitura Municipal de São Paulo, exercendo suas funções no Hospital Municipal " Ignácio Proença - de Gouveia ", desde 1971 até 1976.

(DOC. 30)

02. Médico com credencial na especialidade de cirurgia, para prestar serviços em Hospitais contratados pelo INPS, desde 1971, até a presente data.

(DOC. 31)

03. Médico aprovado em concurso para a especialidade de Cirurgia Geral e Proctologia, realizado pelo INPS, em 1976.

(DOC. 32)

04. Membro do Corpo Clínico da " Clínica Pierro Hospital ", onde pratica Cirurgia do Aparelho Digestivo e Colo-Proctologia, desde 1974, até a presente data.

(DOC. 33)

05. Vice-Diretor Clínico e Chefe do Departamento de Cirurgia do "Hospital Geral Santa Edwiges", da Cooperativa Médica de Campinas, no ano de 1982.

(DOC. 34)

B - NA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

03. Exerceu as funções de Responsável pela Enfermaria Geral de Homens, no ano de 1971. (DOC. 37)

04. Exerceu as funções de Cirurgião Chefe de Plantão, no Serviço de Medicina de Urgência do Hospital - das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1969 a 1974. (DOC. 38)

05. Exerceu as funções de responsável pelos alunos do 4º ano médico no Departamento de Clínica e Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP , no ano de 1971. (DOC. 39)

06. Exerceu as funções de assessor administrativo do Serviço de Medicina de Urgência da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1971. (DOC. 40)

07. Exerceu as funções de responsável pelo Ambulatório do Departamento de Clínica e Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1969. (DOC. 41)

08. Exerceu as funções de Cirurgião das Enfermarias - Gerais da Disciplina de Integração Clínico-Patológica do Departamento de Clínica e Cirurgia na F. C.M. da UNICAMP, de 1969 a 1971. (DOC. 42)

09. Exerceu as funções de Professor Assistente (MS-2) em jornada de 40 horas semanais de trabalho no

Departamento de Cirurgia, desde setembro de 1971, atē junho de 1974. (DOC. 43)

10. Exerceu as funções de Professor Assistente Doutor (MS-3) em jornada de 24 horas semanais de trabalho no Departamento de Cirurgia, desde junho de 1974 atē 1975. (DOC. 44)

11. Exerceu as funções de Preceptor dos Residentes do Departamento de Cirurgia desde 02 de janeiro atē 20 de maio de 1974. (DOC. 45)

12. Exerceu as funções de Preceptor dos Residentes do Departamento de Cirurgia, no ano de 1975. (DOC. 46)

13. Foi membro do Conselho de Preceptores de Residentes da F.C.M. da UNICAMP, no ano de 1975. (DOC. 47)

14. Foi membro da Comissão de Internato da F.C.M. da UNICAMP, no ano de 1975. (DOC. 48)

15. Foi Chefe da Equipe de Plantões de Cirurgia do Hospital das Clīnicas da Faculdade de Ciências Mēdicas da UNICAMP, no perīodo de 1975, 1976 e 1977. (DOC. 49 e 49a)

16. Exerceu a Chefia do Serviço de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da F.C.M. da UNICAMP em 1975. (DOC. 50)

17. Exerceu as funções de Preceptor dos Residentes do Departamento de Cirurgia, desde setembro de 1977, até 1979. (DOC. 51)

18. Participou da Comissão de Seleção dos Residentes do Departamento de Cirurgia, nos anos de 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981 e 1982. (DOC. 52)

19. Responsável pelo programa e Estágio dos alunos do 5º ano médico, no Departamento de Cirurgia da F. C. M. da UNICAMP, em 1976 e 1977. (DOC. 53 e 53a)

20. Presidiu a Comissão de Seleção dos Residentes do Departamento de Cirurgia, nos anos de 1977, 1978, 1979 e 1980. (DOC. 54)

21. Exerceu as funções de Professor Assistente Doutor (MS-3) em jornada de 24 horas semanais de trabalho no grupo de Colon, Reto e Anus da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, de 1974 a 1982. (DOC. 55)

22. Exerce a Chefia do Grupo de Colon, Reto e Anus da Disciplina de Molēstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia, da F.C.M. da UNICAMP, de janeiro de 1979 atē a presente data. (DOC. 56)

B_3 - ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS E DISCIPLINAS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

01. Participou ativamente na organização do Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas da F.C.M. da UNICAMP e da Disciplina de Medicina de Urgência, em 1971. (DOC. 57)

02. Participou ativamente da Organização da Disciplina de Técnica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 1973. (DOC. 58)

03. Coordenou a organização do Ambulatório de Proctologia do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 1974 e 1975. (DOC. 59)

04. Responsável pelo Ambulatório de Proctologia do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 1975, 1976 e 1977. (DOC. 60)

05. Coordenou a Reestruturação do Ambulatório de Proctologia, dotando-o de endoscopia diagnóstica e cirúrgica e procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, tais como: ligadura elástica, crioterapia e cirurgias sob anestesia local, em 1980, 1981 e 1982. (DOC. 61)

B_4 - CARGOS ADMINISTRATIVOS JUNTO À DIRETORIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS E DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

01. Exerceu as funções de responsável pelos ambulatórios do Departamento de Clínica e Cirurgia da F. C.M. da UNICAMP, em 1969. (DOC. 62)

02. Exerceu as funções de responsável pelos ambulatórios do Departamento de Cirurgia, no ano de 1973. (DOC. 63)

03. Exerceu as funções de membro da Comissão de Administração do Departamento de Cirurgia, no ano de 1973. (DOC. 64)

04. Exerceu as funções de Coordenador do ambulatório da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia, no ano de 1974. (DOC. 65)

05. Exerceu as funções de Coordenador do Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas da F.C.M. da UNICAMP, em 1974. (DOC. 66)

06. Membro da Comissão de Padronização de Medicamentos do Hospital das Clínicas da F.C.M. da UNICAMP no ano de 1974. (DOC. 67)

07. Coordenador do Serviço de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da F.C.M. da UNICAMP, no ano de 1975. (DOC. 68)

08. Coordenador das Reuniões Semanais de Cirurgia de Urgência, realizadas a partir de agosto de 1977 a 1978. (DOC. 69)

09. Chefe do Serviço de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, de 1975 até junho de 1976. (DOC. 70)

10. Membro da Sub Comissão de Pós-Graduação do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, desde - setembro de 1976 até março de 1978. (DOC. 71)

11. Preceptor dos Residentes do Departamento de Cirurgia desde 10 de setembro de 1976 a 1977. (DOC. 72)

12. Chefe do Setor de Cirurgia de Urgência do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, desde - 1976 a 1978. (DOC. 73)

C - S_O_C_I_E_D_A_D_E_S M_E_D_I_C_A_S A Q_U_E P_E_R_T_E_N_C_E

01. Membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, filiada à Associação Médica Brasileira e Associação Paulista de Medicina, desde 1969. (DOC. 74)

02. Membro associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (1972). (DOC. 75)

03. Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Gastroenterológica pela Associação Médica Brasileira. (1972). (DOC. 76)

04. UNIMED de Campinas, desde 1971. (DOC. 77)

05. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (1975). (DOC. 78)

06. Membro Titular do Collegiun Internacionale Chirurgiae Digestivae (1975). (DOC. 79)

07. Membro filiado da Sociedade Brasileira de Proctologia (1975) (DOC. 80)

08. Especialista em Proctologia, por concurso, realizado em 1975, pela Sociedade Brasileira de Procto

logia, durante o XXV Congresso Brasileiro de Proctologia, de 21 a 24 de outubro de 1975, em Curitiba, Pr. (DOC. 81)

09. Membro Titular da Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo, desde 1976. (DOC. 82)

10. Membro da Federação Brasileira de Gastroenterologia.

11. Especialista em Gastroenterologia, por concurso - realizado em 1976, pela Sociedade Brasileira de Gsatroenterologia, Salvador, Bahia.

12. Membro da Diretoria do Departamento de Gastroenterologia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de - Campinas, em 1978 e 1979. (DOC. 83)

13. Membro Associado da Sociedade Brasileira de Proctologia, desde 1978. (DOC. 84)

14. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo- - Proctologia, desde 1980. (DOC. 85)

15. Presidente do Departamento de Gastroenterologia - da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas,- em 1980 e 1981. (DOC. 86)

D - C_U_R_S_O_S D_E A_P_E_R_F_E_I_Ç_O_A_M_E_N_T_O

01. Curso de Atualização em Medicina de Urgência realizado de 16 a 30 de outubro de 1972, organizado pelos Drs. Luiz Sergio Leonardi e Mário Mantovani, patrocinado pelo Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
(DOC. 87)

02. Curso de atualização sobre temas de Cirurgia do Aparelho Digestivo, realizado de 15 a 16 de dezembro de 1972, orientado pelo Prof. Arrigo A. Raia e Prof. Marcel C. C. Machado, patrocinado pelo Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP. (DOC. 88)

03. Curso de Extensão Universitária em Medicina de Urgência, realizado de 11 a 30 de dezembro de 1972, organizado pelos Drs. Luis Sergio Leonardi e Raul Raposo de Medeiros, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência da F.C.M. da UNICAMP. (DOC. 89)

04. Curso de Extensão Universitária em Medicina de Urgência, realizado de 16.08.73 a 30.08.73, organizado pelos Drs. Raul Raposo de Medeiros e Nelson Ary Brandalise, patrocinado pela Disciplina

de Medicina de Urgência da F.C.M. da UNICAMP.
(DOC. 90)

05. Curso de Cirurgia Gastroenterológica, realizado no decorrer do XXV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, em Salvador, Bahia, organizado pelo Prof. Arrigo A. Raia, em 1976. (DOC. 91)

06. Curso de Atualização em Cirurgia de Urgência do Aparelho Digestivo, no período de 30 de maio a 04 de junho de 1977, realizado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. (DOC. 92)

07. Curso sobre Colonoscopia, realizado no decorrer do XXIX Congresso Brasileiro de Proctologia, Belo Horizonte, em 1979. (DOC. 93)

08. Curso de Atualização em Proctologia, realizado no decorrer do XXX Congresso Brasileiro de Proctologia, Rio de Janeiro, 1980. (DOC. 94)

09. Curso de Técnicas Básicas em Colo-Proctologia, realizado no decorrer do XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, São Paulo, 1981. (DOC. 95)

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

10. Curso de Endoscopia Digestiva, realizado no decorrer do XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, São Paulo, 1981. (DOC. 95)

11. Curso de Doenças Inflamatórias do Intestino Grosso, realizado no decorrer do XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, São Paulo.
(DOC. 95)

12. Curso de Problemas Urológicos e Ginecológicos ligados à Colo-Proctologia, realizado no decorrer do XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia São Paulo, 1981. (DOC. 95)

13. Curso de Quimio, Imuno e Radioterapia no Tratamento do Cancer de Intestino Grosso, realizado no decorrer do XXXI Congresso Brasileiro de Colo Proctologia, São Paulo, 1981. (DOC. 95)

E - ORGANIZADOR DE CURSOS DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

01. Organizou o Curso de Extensão Universitária em Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, realizado no período de 11 a 30 de dezembro de 1972, tendo sido aprovado pelo Magnífico Reitor, conforme Processo nº 4668/72.

(DOC. 96)

02. Organizou o II Curso de Extensão Universitária em Medicina de Urgência, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, reconhecido pelo Magnífico Reitor da UNICAMP, de acôrdo com o Processo 1522/73, realizado de 21 a 30 de março de 1973.

(DOC. 97)

03. Organizou o Curso de Extensão Universitária em Cirurgia Cólica, patrocinado pelo Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Colégio

Brasileiro de Cirurgiões e Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, em 1978.

(DOC. 98)

IV - ATIVIDADES DIDÁTICAS

- Desde 1969 até 1971, exerceu atividades didáticas nos Cursos Oficiais da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, tendo ministrado aulas teórico-práticas de Clínica Cirúrgica para os alunos do 3º, 4º, 5º e 6º anos médico, na Disciplina de Integração Clínico_patológica do Departamento de Clínica e Cirurgia.

- Durante este período ministrou também aulas teóricas de Clínica Cirúrgica para os alunos do 3º, 4º e 5º anos médico, e, aulas práticas de Técnica - Cirúrgica para os alunos do 5º ano médico, nos - Cursos de Cirurgia do Departamento de Clínica e Cirurgia.

- Desde setembro de 1971, até o presente, ministra aulas teóricas e práticas de Clínica Cirúrgica - do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia para os alunos do 3º, 4º, 5º e 6º anos médico, - bem como, aulas práticas de Técnica Cirúrgica para os alunos do 5º ano médico.

- Ministrou aulas teóricas e práticas no Curso de Medicina de Urgência para alunos do 4º ano médico em 1971, 1972 e 1973.

- Exerceu as funções de Coordenador do Curso de Cirurgia, do Departamento de Cirurgia, no ano letivo de 1972, para os alunos da 5º série médica.

- Exerceu as funções de Coordenador dos Seminários de Clínica e Cirurgia para os alunos do 6º ano Médico em estágio no Departamento de Cirurgia da F. C.M. da UNICAMP, no período de 06 de janeiro a 20 de maio de 1974.

- Como Chefe do Serviço de Emergência, foi responsável pela Coordenação do ensino de Clínica Cirúrgica, no Serviço de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da F.C.M. da UNICAMP.

- Tem participado em suas atividades didáticas na formação de internos e residentes, que estagiam no Departamento de Cirurgia, na Disciplina de Medicina de Urgência e na Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, seja em discussão de casos clínicos, seja em intervenções cirúrgicas.

- Como Chefe do Grupo de Colon, Reto e Anus da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo, vem desde 1979, coordenando as atividades didáticas -

na formação de internos e residentes, que estagiam no Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP.

- Organizou e coordenou dois cursos de Pós-Graduação na área de Colo-Proctologia, da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da F. C. M. da UNICAMP, em 1980 e 1981.

- As atividades didáticas serão expostas a seguir:

A - EM CURSOS OFICIAIS DE GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

a - A U L A S T E Ó R I C A S

01. Propedêutica das moléstias do estômago e duodeno, para os alunos do 3º ano médico (1969).(DOC. 99)

02. Propedêutica das moléstias do Intestino Grosso, - para alunos do 3º ano médico (1969). (DOC . 99)

03. Neoplasias do estômago, para os alunos do 3º ano médico (1969). (DOC. 99)

04. Bócio adenomatóide, para os alunos do 3º ano médico (1969). (DOC. 99)

05. Neoplasias do cólon, para os alunos do 4º ano médico (1969). (DOC. 99)

06. Hipertireóidismo, para os alunos do 4º ano médico (1969). (DOC. 99)

07. Neoplasias de tireóide, para os alunos do 4º ano médico (1969). (DOC. 99)

08. Colecistite crônica calculosa, para os alunos do 4º ano médico (1969) (DOC. 99)

09. Úlcera péptica-fisiopatologia, para os alunos do 5º ano médico (1969). (DOC. 99)

10. Fístulas biliares, para os alunos do 5º ano médico (1969). (DOC. 99)

11. Tireodeopatias, para os alunos do 3º ano médico,- (1970). (DOC. 100)

12. Hipertireoidismo, para os alunos do 3º ano médico (1970). (DOC. 100)

13. Bócio adenomatóide, para os alunos do 3º ano médico (1970). (DOC. 100)

14. Tumôres do estômago, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 100)

15. Tumôres do colon, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 100)

16. Tumôres da tireóide, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 100)

17. Úlcera péptica, para os alunos do 5º ano médico - (1970). (DOC. 100)

18. Tumôres do intestino grosso, para os alunos do 4º ano médico (1971). (DOC. 101)

19. Infarto hemorrágico do intestino, para os alunos do 4º ano médico (1971). (DOC. 101)

20. Tumôres do esôfago, para os alunos do 4º ano médico (1971). (DOC. 101)

21. Tumôres do estômago, para os alunos do 4º ano médico (1971). (DOC. 101)

22. Úlcera péptica, para os alunos do 5º ano médico - (1971). (DOC. 101)

23. Apendicite, para os alunos do 6º ano médico - (1971). (DOC. 101)

24. Úlcera péptica perfurada, para os alunos do 6º - ano médico (1971). (DOC. 101)

25. Obstrução intestinal, para os alunos do 6º ano médico (1971). (DOC. 101)

26. Alimentação parenteral, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 102)

27. Principios gerais da cirurgia gástrica, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 102)

28. Antibióticos em cirurgia, para os alunos do 5º ano médico (1972). (DOC. 103)

29. Reação do organisno e resposta metabólica ao trauma, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 104)

30. Alterações metabólicas pós-operatórias, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 104)

31. Tumôres em geral. Conduta cirúrgica. Indicações - do tratamento pelas radiações. Quimioterapia antineoplásica, para os alunos do 4º ano médico - (1973). (DOC. 104)

32. Reação do organismo e resposta metabólica ao trauma, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 105)

33. Alterações metabólicas pós-operatórias, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 105)

34. Tumôres em geral. Conduta Cirúrgica. Indicações - do tratamento pelas radiações. Quimioterapia antineoplásica, para os alunos do 4º ano médico - (1974). (DOC. 105)

35. Abdomen agudo - generalidades, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 106)

36. Abdomen agudo - diagnóstico e conduta, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 106)

37. Patologia orificial, para os alunos do 5º ano médico (1975). (DOC. 107)

38. Procidência de reto, para os alunos do 5º ano médico (1975). (DOC. 107)

39. Doença diverticular entero-cólica, para os alunos do 5º ano médico (1975). (DOC. 107)

40. Obstrução cólica, para os alunos do 5º ano médico (1975). (DOC. 107)

41. Abdome agudo inflamatório, para os alunos do 4º - ano médico (1976) e (1977). (DOC. 108 e 109)

42. Abdome agudo perfurativo, para os alunos do 4º ano médico (1976 e 1977). (DOC. 108 e 109)

43. Abdome agudo vascular, para os alunos do 4º ano médico (1976 e 1977) (DOC. 108 e 109)

44. Abdome agudo hemorrágico, para os alunos do 4º ano médico (1976 e 1977). (DOC. 108 e 109)

45. Abdome agudo obstrutivo, para os alunos do 4º ano médico (1976 e 1977). (DOC. 108 e 109)

46. Infecção em cirurgia, para os alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 110)

47. Fisiopatologia da obstrução intestinal, para os alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 110)

48. Apendicite aguda, para os alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 110)

49. Patologias orificiais, para os alunos do 5º ano médico (1978, 1979, 1980 e 1981). (DOC. 111)

50. Doença diverticular dos colons, para os alunos - do 5º ano médico (1978, 1979, 1980 e 1981). (DOC. 111)

51. Retocolite ulcerativa e doença de Crohn, para os alunos do 5º ano médico (1978, 1979, 1980 e 1981). (DOC. 111)

52. Obstrução cólica, para os alunos do 5º ano médico (1978, 1979, 1980 e 1981). (DOC. 111)

53. Diagnõstico diferencial da dor abdominal, para os alunos do 4º ano mẽdico (1979). (DOC. 112)

54. Fisiopatologia da obstrução intestinal, para os alunos do 4º ano mẽdico (1979, 1980 e 1981). (DOC. 113)

55. Fisiopatologia do abdome agudo, para os alunos - do 4º ano mẽdico (1980, 1981 e 1982)(DOC. 114)

56. Megacolon, para os alunos do 5º ano mẽdico (1979 1980, 1981 e 1982). (DOC. 115)

57. Tumores do colon e reto, para os alunos do 5º ano mẽdico (1979, 1980, 1981 e 1982)(DOC. 116)

58. Fisiopatologia do abdome agudo, para os alunos - do 4º ano mẽdico (1980, 1981 e 1982)(DOC. 117)

b - A_U_L_A_S P_R_Á_T_I_C_A_S E
T_E_Ó_R_I_C_O - P_R_Á_T_I_C_A_S

01. Sutura e anastomoses intestinais, para os alunos do 5º ano médico (1969). (DOC. 118)

02. Gastrostomias, para os alunos do 5º ano médico - (1969). (DOC. 118)

03. Gastrectomias, para os alunos do 5º ano médico - (1969). (DOC. 118)

04. Técnica de manutenção da vascularização de alças para cirurgia de interposição, para os alunos do 5º ano médico (1969). (DOC. 118)

05. Tumor de Krukenberg, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 119)

06. Tumores do intestino grosso, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 119)

07. Tumores do esôfago, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 119)

08. Tumores do estômago, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 119)

09. Infarto hemorrágico do intestino, para os alunos do 4º ano médico (1970). (DOC. 119)

10. Técnica de assepsia, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 120)

11. Instrumental e mesa cirúrgica, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 120)

12. Traqueostomia, para os alunos do 4º ano médico - (1972). (DOC. 120)

13. Drenagem de tórax, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 120)

14. Dissecção de veia e pressão venosa, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 120)

15. Punção abdominal, para os alunos do 4º ano médico (1972). (DOC. 120)

16. Úlcera gastro-- duodenal, para os alunos do 5º ano médico (1972). (DOC. 120)

17. Colecistopatias, para os alunos do 5º ano médico (1972). (DOC. 120)

18. Cancer gástrico, para os alunos do 5º ano médico (1972). (DOC. 120)

19. Hérnias, para os alunos do 5º ano médico (1972) (DOC. 120)

20. Cuidados pré e pós-operatórios, para os alunos - do 5º ano médico (1972). (DOC. 120)

21. Apendicite, para os alunos do 6º ano médico - (1972). (DOC. 120)

22. Úlcera, para os alunos do 6º ano médico (1972). (DOC. 120)

23. Abdome agudo vascular, para os alunos do 6º ano médico (1972). (DOC. 120)

24. Obstrução intestinal, para os alunos do 6º ano médico (1972). (DOC. 120)

25. Traumatismo abdominal, para os alunos do 6º ano médico (1972). (DOC. 120)

26. Observação clínica do paciente cirúrgico, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

27. Cuidados pré e pós-operatórios, para os alunos - do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

28. Biologia da ferida operatória. Cicatrização. Curativos, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

29. Balanço hidro-eletrolítico, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

30. Sondas e drenos, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

31. Complicações pós-operatórias, para os alunos do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

32. Controle do paciente cirúrgico, para os alunos - do 4º ano médico (1973). (DOC. 121)

33. Suturas intestinais, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

34. Colostomia. Ileostomia e gastrostomia, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

35. Cirurgia gástrica, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

36. Cirurgia gastrointestinal, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

37. Colecistectomias, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

38. Exploração de vias biliares, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

39. Pancreatectomias, para os alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

40. Hipertensão portal, para alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

41. Cirurgia do esôfago, para alunos do 6º ano médico (1973). (DOC. 121)

42. Hepatectomia, para os alunos do 6º ano médico - (1973). (DOC. 121)

43. Princípios gerais de técnica cirúrgica, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC, 122)

44. Gastrostomia. Ileostomia e colostomia, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

45. Anastomoses intestinais, para os alunos do 4º - ano médico (1974). (DOC. 122)

46. Assepsia e antissepsia. Preparo da mesa operatõ - ria, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

47. Traqueostomia, para os alunos do 4º ano médico - (1974). (DOC. 122)

48. Observação clínica do paciente cirúrgico, para - os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

49. Cuidados pré e pós-operatórios, para os alunos - do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

50. Biologia da ferida. Cicatrização. Curativos, para os alunos do 4º ano médico (1974)(DOC. 122)

51. Balanço hidroeletrolítico, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

52. Complicações pós-operatórias, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

53. Controle de pacientes cirúrgicos, para os alunos do 4º ano médico (1974). (DOC. 122)

54. Gastrostomia, para os alunos do 6º ano médico - (1974). (DOC. 122)

55. Gastrectomias, para os alunos do 6º ano médico - (1974). (DOC. 122)

56. Gastrectomia total, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 122)

57. Vagotomia e piloroplastia, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 122)

58. Anastomose gastrojejunal, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 122)

59. Interposição da alça intestinal, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 122)

60. Princípios gerais de cirurgia do esôfago, para alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 122)

61. Princípios gerais de técnicas cirúrgicas, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 123)

62. Enterectomia-anastomoses intestinais, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 123)

63. Técnicas de laparotomia, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 123)

64. Apendicectomia-Colostomia-Jejunostomia, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 123)

65. Observação clínica do paciente cirúrgico, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

66. Cuidados pré e pós-operatórios, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

67. Biologia da ferida operatória. Cicatrização e curativo, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

68. Sondas e drenos, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

69. Balanço hidro-eletrolítico, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

70. Complicações pós-operatórias. (cardíacas, pulmonares, renais, digestivas, neurológicas e vasculares), para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

71. Controle do paciente cirúrgico, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

72. Discussão de casos práticos, para os alunos do 4º ano médico (1975). (DOC. 124)

73. Operação de derivação para úlcera duodenal, para alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 125)

74. Anastomoses intestinais, para alunos do 6º ano - médico (1975). (DOC. 125)

75. Gastrectomia total, para alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 125)

76. Cirurgia do esôfago, para alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 125)

77. Gastrostomias, para os alunos do 6º ano médico - (1975). (DOC. 125)

78. Gastrectomia B_1 e B_2, para alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 125)

79. Observação clínica, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

80. Sondas e drenos, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

81. Balanço hidroeletrolítico, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC: 126)

82. Biologia da ferida, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

83. Curativos, para os alunos do 4º ano médico - (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

84. Antibióticos em cirurgia, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977, 1978). (DOC. 126)

85. Complicações pós-operatórias (cardíacas, pulmonares, renais, digestivas, neurológicas e vasculares), para os alunos do 4º ano médico (1976, - 1977 e 1978). (DOC. 126)

86. Controle do doente cirúrgico, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

87. Hidratação e alimentação parenteral, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

88. Discussão de casos, para os alunos do 4º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 126)

89. Patologia orificial, para os alunos do 5º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 127)

90. Colopatias funcionais, para os alunos do 5º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 127)

91. Doença diverticular dos colons, para os alunos - do 5º ano médico (1976, 1977 e 1978)(DOC. 127)

92. Doenças inflamatórias dos colons, para alunos do 5º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 127)

93. Obstrução cólica, para os alunos do 5º ano médico (1976, 1977 e 1978). (DOC. 127)

94. Anastomoses intestinais, para os alunos do 4º - ano médico (1976). (DOC. 128)

95. Ileostomias, jejunostomias e colostomias, para os alunos do 4º ano médico (1976). (DOC. 128)

96. Princípios gerais de técnica operatória, para os alunos do 4º ano médico (1976). (DOC. 128)

97. Vias de acesso - laparotomias, para alunos do 4º ano médico (1976). (DOC. 128)

98. Cirurgia abdominal - anastomoses intestinais - - para alunos do 4º ano médico (1977).(DOC. 129)

99. Cirurgia abdominal - ileostomia - jejunostomia e colostomia, para os alunos do 4º ano médico - (1977). (DOC. 129)

100. Conceito de assepsia. Ambiente cirúrgico. Instrumental e equipamentos cirúrgicos. Preparo da mesa operatória, para os alunos do 4º ano médico, (1977). (DOC. 129)

101. Conjuntos cirúrgicos. Materiais de dierese. Nós cirúrgicos, para os alunos do 4º ano médico - (1977). (DOC. 129)

102. Vias de acesso - laparotomias, para os alunos do 4º ano médico (1977). (DOC. 129)

103. Centro cirúrgico. Ambiente cirúrgico. Sala operatória. Equipe cirúrgica. Técnica de escovagem,de vestir o avental e calçar as luvas, para os alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 130)

104. Assepsia e antissepsia. Preparo da região a ser operada. Mesa operatória, para alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 130)

105. Conjunto cirúrgico. Materiais de dierese e sintese, para os alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 130)

106. Materiais de ligadura e sintese. Hemostasia.Fios e nós. Tipos de sutura e retirada de pontos, para os alunos do 4º ano médico (1978)(DOC. 130)

107. Apendicectomia. Colostomia. Jejunostomia. Ileostomia, para os alunos do 4º ano médico (1978). (DOC. 130)

108. Cuidados prē e pōs-operatōrios, para os alunos - do 4º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982).
(DOC. 131)

109. Sondas e drenos, para os alunos do 4º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982). (DOC. 131)

110. Balanço hidroeletrolītica, para os alunos do 4º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982)(DOC. 131)

111. Complicações pōs-operatōrias, para os alunos do 4º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982).
(DOC. 131)

112. Controle do doente cirūrgico, para os alunos do 4º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982).
(DOC. 131)

113. Doenças do anus e canal anal, para os alunos do 5º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982).
(DOC. 132)

114. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa, para os alunos do 5º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982)
(DOC. 132)

115. Doença diverticular dos colons, para os alunos - do 5º ano mēdico (1979, 1980, 1981 e 1982).
(DOC. 132)

c - S_E_M_I_N_Á_R_I_O_S

01. Úlcera péptica, para os alunos do 5º ano médico (1972). (DOC. 133)

02. Pancreatite crônica, para os alunos do 5º ano médico (1972). (DOC. 133)

03. Pseudocisto do pâncreas, para alunos do 5º ano - médico (1972). (DOC. 133)

04. Cancer gástrico, para alunos do 5º ano médico - (1972). (DOC. 133)

05. Pancreatopatias, para os alunos do 5º ano médico (1974). (DOC. 133)

06. Infecção cirúrgica, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

07. Antibióticos em cirurgia, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

08. Resposta metabólica à lesão, para alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

09. Hidratação, para alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

10. Disturbios hidroeletrolíticos em cirurgias, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

11. Disturbios metabólicos em cirurgia, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

12. Cicatrização, para os alunos do 6º ano médico - (1974). (DOC. 134)

13. Complicações respiratórias em cirurgias, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

14. Complicações cardíacas em cirurgia, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

15. Hérnias inguino-crurais, para alunos do 6º ano - médico (1974). (DOC. 134)

16. Tratamento cirúrgico da úlcera péptica, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

17. Tratamento cirúrgico do cancer gástrico, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

18. Megaesôfago, para os alunos do 6º ano médico - (1974). (DOC. 134)

19. Cancer do esôfago, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

20. Colecistopatias agudas, para alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

21. Colecistopatias crônicas, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

22. Pancreatite aguda, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

23. Pancreatite crônica, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

24. Obstrução intestinal, para os alunos do 6º ano - médico (1974). (DOC. 134)

25. Cancer do colon, para os alunos do 6º ano médico (1974). (DOC. 134)

26. Megacolo adquirido, para os alunos do 5º ano médico (1975). (DOC. 135)

27. Tumores do colo e reto, para os alunos do 5º ano médico (1975). (DOC. 135)

28. Doenças inflamatórias do aparelho digestivo. Retocolite ulcerativa. Doença de Crohn. Doenças granulomatosas, para os alunos do 5º ano médico - (1975). (DOC. 135)

29. Hérnia inguino-crural, para os alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 136)

30. Megacolo adquirido, para os alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 136)

31. Cancer do colo e reto, para os alunos do 6º ano médico (1975). (DOC. 136)

32. Doenças do canal anal e anus, para os alunos do 5º ano médico (1976). (DOC. 137)

33. Megacolon, para os alunos do 5º ano médico (1976) (DOC. 137)

34. Tumores do colon e reto, para os alunos do 5º ano médico (1976). (DOC. 137)

35. Tumores do colon e reto, para os alunos do 5º ano médico (1977). (DOC. 138)

36. Megacolon, para os alunos do 5º ano médico - (1977). (DOC. 138)

37. Megaesôfago, esofagites e hérnia hiatal, para os alunos do 5º ano médico (1977). (DOC. 138)

38. Tumores do esôfago e estômago, para os alunos do 5º ano médico (1977). (DOC. 138)

39. Tumores do colon e reto, para os alunos do 5º ano médico (1978). (DOC. 139)

40. Obstrução intestinal, para os alunos do 6º ano médico (1979, 1980, 1981 e 1982). (DOC. 140)

41. Tumores do colon e reto, para os alunos do 5º ano médico (1979, 1980, 1981 e 1982). (DOC. 140)

42. Megacolon, para os alunos do 5º ano médico - (1979, 1980, 1981 e 1982). (DOC. 140)

d - C_O_O_R_D_E_N_A_D_O_R D_E C_U_R_S_O_S , ESTÁGIOS EM ÓRGÃOS OFICIAIS DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE EST.CAMPINAS

01. Exerceu as funções de coordenador do Curso de Cirurgia do Departamento de Cirurgia, no ano de 1972, para os alunos do 5º ano médico.

(DOC. 141)

02. Exerceu as funções de Coordenador da Reunião de Discussão de Casos da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia - da F.C.M. da UNICAMP, nos anos de 1973 e 1974.

(DOC. 142)

03. Exerceu as funções de Coordenador das Reuniões - Semanais dos Residentes do Departamento de Cirurgia, nos anos de 1973 e 1974. (DOC. 143)

04. Exerceu as funções de Coordenador das Reuniões - Anatomo-Cirúrgicas, em colaboração com o Departamento de Anatomia Patológica, no ano de 1973.

(DOC. 144)

05. Exerceu as funções de Coordenador das Conferências realizadas no ano de 1973, no Departamento

de Cirurgia. (DOC. 145)

06. Exerceu as funções de Coordenador dos Seminários de Clínica Cirúrgica, para os alunos do 6º ano em estágios no Departamento de Cirurgia, no período de 06 de janeiro a 20 de maio de 1974. (DOC. 146)

07. Exerceu as funções de Coordenador da Disciplina de Medicina de Urgência da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, desde 20 de abril de 1974, - até 10 de dezembro de 1976. (DOC. 147)

08. Exerceu as funções de Coordenador do Serviço de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas, desde 20 de abril de 1974 até 10 de dezembro de 1976. (DOC. 148)

09. Coordenador da Reunião Semanal dos Residentes do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no ano de 1975. (DOC. 143)

10. Exerceu as funções de Preceptor dos Residentes - do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP desde setembro de 1977 até 1979. (DOC. 51)

11. Responsável pelo programa e estágio dos alunos - do 5º ano médico, no Departamento de Cirurgia

da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1976 e 1977. (DOC. 53 e 53a)

12. Coordenador da Reunião Semanal dos Residentes - do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1978.
(DOC. 149)

13. Coordenador do Curso de Colo-Proctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1979, 1980, 1981 e 1982. (DOC. 150)

14. Coordenador das Reuniões Científicas Semanais do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1979 e 1980.
(DOC. 151)

15. Coordenador do Curso de Pós-Graduação sobre Cirurgia do Canal Anal (CM-111) do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1980. (DOC. 152)

16. Coordenador do Curso de Pós-Graduação sobre - Atualização em Patologias Colo-Retais (CM-112) do Departamento de Cirurgia da Faculdade de - Ciências Médicas da UNICAMP, em 1981.
(DOC. 153)

e - P_A_R_T_I_C_I_P_A_Ç_Ã_O E_M C_U_R_S_O_S EXTERNOS OFICIAIS COMO REPRESENTANTE DA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

01. Curso Técnico de Enfermagem - 1972 e 1973

(DOC. 154)

B - EM CURSOS OFICIAIS DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

01. Disciplina CM-127 - Cirurgia do Esôfago - Aula teórica e seminário sobre Ressecção do Esôfago e Esofagorrafia, em 09.04.1980. (DOC. 155)

02. Disciplina CM-111 - Cirurgia do Canal Anal. (DOC. 156)

a) Anatomia cirúrgica do canal anal(08.08.80);
b) Fissura anal - Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento (15.08.80);
c) Doença hemorroidária - Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento ambulatorial (19.08.80);
d) Doença hemorroidária - Tratamento cirúrgico, (26.09,80),
e) Prurido Anal - Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento (10.10.80);
f) Traumatismo do Canal Anal - Avaliação e conduta (24.10.80);
g) Cancer do Canal Anal - Fisiopatologia e diagnóstico (31.10.80);
h) Cancer do Canal Anal - Tratamento cirúrgico, (07.11.80);
i) Cancer do Canal Anal - Radioterapia, quimioterapia e imunoterapia (14.11.80);

03. Disciplina CM-112 - Atualização em Cirurgia Colo Retal - Doenças Benígnas. (DOC. 157)

a) Anatomia do intestino grosso (12.08.80);

b) Doença diverticular dos colons - Fisiopatologia (19.08.81);

c) Doença diverticular dos colons - Quadro clínico e tratamento (26.08.81);

d) Enterite e colite isquêmica - Fisiopatologia diagnóstico e tratamento (02.09.81);

e) Retocolite ulcerativa crônica inespecífica - Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento (16.09.81);

f) Retocolite ulcerativa crônica inespecífica - Tratamento e seguimento do doente (23.09.81);

g) Megacolon chagásico - Fisiopatologia e diagnóstico (30.09.81);

h) Megacolon chagásico - Estudo crítico do tratamento cirúrgico (21.10.81);

i) Obstrução intestinal - Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento (04.11.81);

j) Obstrução cólica - Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento (18.11.81);

C - EM CURSOS OFICIAIS DE PÓS-GRADUAÇÃO DE OUTRAS ESCOLAS MÉDICAS

01. Curso de Pós-Graduação em Gastroenterologia Cirurgica da Escola Paulista de Medicina. Conferência sobre Traumatismos do Colo, Reto e Canal Anal (11.03.82). (DOC. 158)

D - NO HOSPITAL MUNICIPAL "IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEIA" DA SECRETARIA DE HIGIENE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

01. Clínica Cirúrgica de Urgência, para os alunos da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (1973). (DOC. 159)

E - AULAS EM CURSOS DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

01. Hemorragia Digestiva, no Curso de Extensão Universitária em Medicina de Urgência, realizado de 11 a 30 de dezembro de 1972, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (DOC. 160)

02. Abdome Agudo Inflamatório, no Curso de Extensão - Universitária em Medicina de Urgência, realizado de 11 a 20 de dezembro de 1972, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência do Hospital - das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. (DOC. 161)

03. Abdome Agudo Perfurativo, no Curso de Extensão - Universitária em Medicina de Urgência, realizado, de 11 a 30 de dezembro de 1972, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência da Faculdade - de Ciências Médicas da UNICAMP. (DOC. 162)

04. Traumatismo Abdominal, no Curso de Extensão Universitária de Medicina de Urgência, realizado de 11 a 30 de dezembro de 1972, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência da Faculdade de - Ciências Médicas da UNICAMP. (DOC. 163)

05. Abdome Agudo Inflamatório, no II Curso de Extensão Universitária em Medicina de Urgência, patrocinado pela Disciplina de Medicina de Urgência - do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciencias Médicas da UNICAMP, reconhecido pela Reitoria da UNICAMP, de acordo com o Processo 1522/73 realizado de 21 de março a 30 de agosto de 1973. (DOC. 164)

06. Coordenador da Mesa Redonda sobre Isquemia Intestinal. Bases Clínicas e Experimentais no Curso - de Atualização em Cirurgia do Aparelho Digestivo realizado na Faculdade de Ciências Médicas da - UNICAMP, de 30 de maio a 04 de junho de 1976. (DOC. 165)

07. Coordenador da Mesa Redonda sobre Isquemia Intestinal - Bases Clínicas e Experimentais, no Curso de Atualização em Cirurgia de Urgência do Aparelho Digestivo, realizado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1977. (DOC. 166)

08. Coordenador da Mesa Redonda sobre Megacolon chagásico, no Curso de Extensão Universitária em Cirurgia Cólica, realizado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1978. (DOC. 167)

09. Coordenador da Mesa Redonda sobre Retocolite Ulcerativa Crônica Inespecífica e Doença de Crohn

no Curso de Extensão Universitária em Cirurgia - Cólica, realizado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1978. (DOC. 168)

10. Simpósiasta da Mesa Redonda sobre Obstrução Cólica no Curso de Extensão Universitária sobre Cirurgia Cólica, realizado na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1978. (DOC. 169)

11. Coordenador da Mesa Redonda sobre Hérnia Hiatal e Esofagite de Refluxo, realizado no Departamento de Gastroenterologia da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, em 1978. (DOC. 170)

12. Palestra sobre Anastomoses Intestinais, no Curso de Atualização em Cirurgia, realizado pela Universidade Federal de Uberlândia, em 11 de novembro de 1978, em Uberlândia, Minas Gerais. (DOC. 171)

13. Apresentador do Filme Amputação de Reto, no Forum Televisionado, realizado pelo Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 1979. (DOC. 172)

14. Aulas sobre Tratamento do Cancer Colo-Retal e do Anus, no Curso de Oncologia - Cancer do Aparelho Digestivo, realizado na Faculdade de Ciencias Médicas da UNICAMP, em 1980. (DOC. 173)

15. Apresentador do Tema, Tratamento Cirūrgico do Cancer do Colon, no I Forum Televisionado de Cirurgia Gastroenterológica, realizado na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em 1981.

(DOC. 174)

16. Apresentador da Cirurgia do Cancer de Reto: Operação de Amputação do Reto, no Curso de Atualização Cirūrgica, realizado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, em 1981.

(DOC. 175)

17. Participante da mesa redonda sobre, Tratamento - Cirūrgico do Megacolo Chagāsico, no II Curso - Anual de Gastroenterologia, realizado na Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, em 1982.

(DOC. 176)

V - A T I V I D A D E S C I E N T Í F I C A S

A - PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS MÉDICOS

01. III Congresso Sul Americano de Cardiologia e XXIII Congresso Brasileiro de Cardiologia, São Paulo (1967). (DOC. 177)

02. Membro participante do XX Congresso Brasileiro - de Gastroenterologia, São Paulo (1968). (DOC. 178)

03. XI Congresso Brasileiro de Cirurgia, organizado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, São Paulo (1969). (DOC. 179)

04. XXII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia,- organizado pela Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de Minas Gerais e patrocinado pela Federação Brasileira de Gastroenterologia, Araxá - (1970). (DOC. 180)

05. XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Internacional de Cirurgia, patrocinado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro (1971). (DOC. 181)

06. XXI Congresso Brasileiro de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia, - Salvador (1971). (DOC. 182)

07. XXIII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, organizado pela Sociedade Brasileira de Gastroenterologia de Brasília, patrocinado pela Federação Brasileira de Gastroenterologia, Brasília - (1972). (DOC. 183)

08. XIII Congresso Brasileiro de Cirurgia, I Congresso Latinoamericano de Cirurgia e I Seminário Latinoamericano sobre Ensino da Cirurgia, patrocinado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro (1973). (DOC. 184)

09. XXIV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia,- organizado pela Sociedade Fluminense de Gastroenterologia e Nutrição, patrocinado pela Federação Brasileira de Gastroenterologia e pelo Departamento de Gastroenterologia da Associação Médica Brasileira, Petrópolis (1974). (DOC. 185)

10. XXV Congresso Brasileiro de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia, - realizado de 21 a 24 de outubro de 1975, em Curitiba. (DOC. 186)

11. VI Congresso Latinoamericano de Proctologia, patrocinado pela Associação Latino-Americana de

Proctologia, realizado em Buenos Aires, Argentina, de 26 a 31.10.1975. (DOC. 187)

12. XIV Congresso Panamericano de Gastroenterologia, I Congresso Interamericano de Endoscopia Digestiva e II Congresso Venezuelano de Gastroenterologia, realizado em Caracas, Venezuela, de 23 a 28 de novembro de 1975. (DOC. 188)

13. XXV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, I Congresso Brasileiro de Endoscopia, II Congresso Luziada de Gastroenterologia e I Jornada de Hepatologia, realizado de 11 a 17 de junho de 1976 , Salvador, Bahia. (DOC. 189)

14. XXVI Congresso Brasileiro de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia, realizado de 16 a 19 de novembro de 1976, Guarujá, São Paulo. (DOC. 190)

15. XXVII Congresso Brasileiro de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia, realizado de 09 a 11 de outubro de 1977, em Goiânia. (DOC. 191)

16. X Congresso Nacional da Secção Brasileira do International College of Surgeons, de 21.09 a 01.- de outubro de 1977, São Paulo (DOC. 192)

17. XXVIII Congresso Brasileiro de Proctologia e VII Congresso Latino Americano de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia e pela ALAP, de 07 a 12 de setembro de 1978, em Porto Alegre. (DOC. 193)

18. XV Congresso Brasileiro de Cirurgia, patrocinado pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, de 29 de julho a 03 de agosto de 1979, em São Paulo. (DOC. 194)

19. XXIX Congresso Brasileiro de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia, de 16 a 19 de setembro de 1979, em Belo Horizonte. M.G. (DOC. 195)

20. XI Congresso Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões, Secção Brasileira, em 31 de julho de 1980, São Paulo. (DOC. 196)

21. XXX Congresso Brasileiro de Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Proctologia,de 28.09 a 01.10.1980, Rio de Janeiro (DOC. 197)

22. XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, - patrocinado pela Sociedade Brasileira de Colo- - Proctologia, de 06 a 09.09.1981, em São Paulo. (DOC. 198)

23. XI Congresso do Hemisfério Ocidental e XII Congresso Nacional do International College of - Surgeons, Secção Brasileira, de 08 a 13.11.1981 em São Paulo. (DOC. 199)

24. XXXII Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, patrocinado pela Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, de 07 a 10.09.1982, em Fortaleza. Ceará. (DOC. 200)

B - COMUNICAÇÕES EM ASSOCIAÇÕES, DEPARTAMENTOS E CONGRESSOS MÉDICOS

B_1 - EM ASSOCIAÇÕES E DEPARTAMENTOS

01. Carcinoma Primitivo da Traquéia - Estudo clínico patológico de um caso, em colaboração com os Drs Atra, E.; Carvalhal, S.S.; Pupo Jr., R.A. & Mantovani, M. Apresentado no Departamento de Patologia da Associação Paulista de Medicina, em 16.02.1967. (DOC. 201)

02. Estenose Mitral Congenita Isolada - Revisão da literatura e apresentação de um caso, em colaboração com os Drs. Saad, F.A.; Mantovani, M.; Veira, R.W.; Carvalhal, S.S. & Atra, E. Apresentado no Departamento de Patologia da Associação - Paulista de Medicina em 20.12.1967. (DOC. 202)

03. Novos Aspéctos Técnicos das Suturas Gastro-intestinais - Simpósio de Cirurgia Gástrica, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Mantovani, M.; Vieira, R.W.; Costa, O.F. & Smith R.L. Apresentado no Departamento de Cirurgia da

Associação Paulista de Medicina, em 30.05.1968
(DOC. 203)

04. Novos Aspectos Técnicos das Suturas Gastro-Intestinais - Simpósio de Cirurgia Gástrica, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Mantovani, M.; Vieira, R.W.; Costa, O.F. & Smith R.L. Apresentado no Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, em 27.05.1968.
(DOC. 204)

05. Novos Aspectos Técnicos das Suturas Gastro-Intestinais - Simpósio de Cirurgia Gástrica, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Mantovani, M.; Vieira, R.W.; Costa, O.F. & Smith R.L. Apresentado no Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, em 12.08.1968.
(DOC. 205)

06. Metaplasia Óssea em Cicatriz de Laparotomia, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Frazatto Jr., C.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. & Lane, J.C Apresentado no Departamento de Cirurgia da F.C.M da UNICAMP, em 05.07.1969. (DOC. 206)

07. Sarcomas do Estômago, em colaboração com os Drs.- Rosemberg, D.; Frazatto Jr., C.; Mantovani, M.;- Vieira, R.W.; Lane, J.C. & Carvalhal, S.S. Apre

sentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 05.07.1969. (DOC. 206)

08. Polipos da Vesícula Biliar, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Leonardi, L.S.; Frazatto Jr., C.; Mantovani, M.; Vieira, R.W.; Lane, J.C. & Carvalhal, S.S. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 5 de julho de 1969. (DOC. 206)

09. Emprego da Operação de Merendino em Afecções não Carcinomatosas do Terço Inferior do Esôfago, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Frazatto Jr., C.; Vieira, R.W.; Lane, J.C.; Brandalise,N. A. & Carvalhal, S.S. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP,em 05.07.1969. (DOC. 206)

10. Verdoglobinuria - causa de toxemia em grandes queimados, em colaboração com os Drs. Lane, J.C. Frazatto Jr., C.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. & Rosemberg, D. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 05 de julho de 1969. (DOC. 206)

11. Estudo Clínico de 833 casos de Anastomoses gastro-Intestinais em um Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa, em colaboração com os Drs. Faria,

P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani, M Faria Neto, A.J. Apresentado no Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina, em 29 de março de 1971. (DOC. 207)

12. Pseudocisto do Pâncreas, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Brandalise, N. A.; Leonardi, L.S.; Carvalhal, S.S. & Oliveira,- E. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia, em 04.06.1971. (DOC. 208)

13. Adenomas e Adenomiomas da Vesícula Biliar, em colaboração com os Drs. Mantovani, M.; Leonardi, L S.; Brandalise, N.A.; Rosemberg, D. & Rossi, C.- Apresentado no Departamento de Cirurgia e Clínica da F.C.M. da UNICAMP, em 11.06.1971. (DOC. 209)

14. Fístulas Biliares Expontâneas, em colaboração - com os Drs. Faria, P.A.J.; Brandalise, N.A.; - Schapiro, M.; Leonardi, L.S. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da - UNICAMP, em 10.07.1971. (DOC. 210)

15. Resultados de 120 Operações de Hérnia Inguinal - (Técnica de MC VAY) com a colaboração dos Drs.- Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A.; Carvalho, V.A. Vieira, R.W.; Mantovani, M. & Oliveira Jr., L.M.

Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 04.07.1971.
(DOC. 211)

16. Estudo Comparativo das Suturas Esofágicas em um Plano Total e em um Plano Sero-Muscular, em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A.; Schapiro,-M.; Leonardi, L.S.; Vieira, R.W.; Mantovani, M.- & Faria, P.A.J. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 10 de julho de 1971. (DOC. 210)

17. Tratamento Cirúrgico do Megacolo Adquirido, em colaboração com os Drs. Reis Neto, J.A.; Leonardi, L.S.; Vieira, R.W. & Mantovani, M. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F. C.M. da UNICAMP, em 11.07.1971. (DOC. 209)

18. Tumor de Krukemberg, em colaboração com os Drs.- Reis Neto, J.A.; Mantovani, M.; Vieira, R.W. & Leonardi, L.S. Apresentado no Departamento de - Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 11 - de junho de 1971. (DOC. 209)

19. Cirurgia Gastroenterológica no Paciente Idoso - Experiência de 100 casos, com colaboração dos - Drs. Leonardi, L.S.; Mantovani, M.; Brandalise,- N.A.; Modesto, N.P. e Oliveira Jr., L.M. Apre - sentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP. (DOC. 210)

20. Cirurgia Gástrica em um Plano de Sutura Extra-Mucosa, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A.; Mantovani, M.; Vieira, R.W. & Colombo, J.R. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 10 de julho de 1971. (DOC. 210)

21. Complicações Cárdio-Respiratórias no Paciente - Idoso, em Cirurgia Geral, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Modesto, N.P.; Oliveira Jr. L.M. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 10.07.1971. (DOC. 211)

22. Gastrectomia Total e Sutura em um só Plano Sero-Muscular, em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A.; Leonardi, L.S. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, - em 10.07.1971. (DOC. 210)

23. Anastomoses Íleo-Cólicas e Colo-Cólicas em um - Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa. Faria,- P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani, M & Faria Neto, A.J. Apresentado no Departamento de Clínica e Ciurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 07.07.1971. (DOC. 212)

24. Estudo Clínico de 833 Casos de Anastomoses Gástro-Intestinais em um Plano de Sutura com Exclu-

são da Mucosa, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani,M. & Faria Neto, A.J. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 09.07.1971. (DOC. 212)

25. Anatomoses Bilio-Digestivas e Pancreato-Digestivas realizadas em um Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa. Faria, P.A.J.; Schapiro, M,: Vieira, R.W.; Mantovani, M. & Faria Neto, A.J. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 09.07.1971. (DOC. 212)

26. Apresentação de 27 Anastomoses Esôfago-Intestinais em um Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Mantovani, M.;-Vieira, R.W. & Faria Neto, A.J. Apresentado no Departamento de Clínica e Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 09.07.1971. (DOC. 212)

27. Resultados do Tratamento Cirúrgico do Megacolo - Chagásico, pela Técnica de Duhamell. Apresentado no Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 20.09.1978. (DOC. 213)

28. Apresentação de um Caso de Carcinóide de Reto. - Apresentado em Reunião Semanal do Departamento - de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 1981. (DOC. 214)

29. Anastomose Íleo-Transversa - Indicações e Resultados. Apresentado em Reunião Semanal do Departamento de Cirurgia da F.C.M. da UNICAMP, em 1981. (DOC. 214a)

30. Complicações das Ileostomias. Apresentado em - Reunião Semanal do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 14.06.1982. (DOC. 215)

B_2 - EM CONGRESSOS MÉDICOS

01. Estudo de um Índice dos Potenciais Elétricos do Coração no Plano Horinzontal, em colaboração com os Drs. Carvalhal, S.S.; Bocanegra, J. e Mantovani, M. Apresentado no III Congresso Sul Americano de Cardiologia e XXIII Congresso Brasileiro - de Cardiologia, São Paulo (1967). (DOC. 216 e DOC. 216a)

02. Estudo Comparativo de Materiais de Sutura em Estômago de cães com Técnica de Síntese Extra Mucosa, em colaboração com os Drs. Pasqualucci, M.E. A.; Faria, P.A.J.; Mantovani, M. e Vieira, R.W.- Apresentado no XX Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, São Paulo (26.01.1968).(DOC. 217)

03. Novos Aspectos Técnicos das Suturas Intestinais, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Mantovani, M.; Vieira, R.W.; Costa, O.F. e Smith, R.L. Apresentado no XX Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, São Paulo (26.01. de 1968). (DOC. 218)

04. Pancreatografia Operatória como Complemento de Estudo Radiológico das Pancreatites Crônicas, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Pachú, C.

Vieira, R.W.; Mantovani, M.; Costa, O.F. e Smith R.L. Apresentado no XX Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, São Paulo (26.07.1968).
(DOC. 219)

05. Verdoglobinuria - Causa de Toxemia em Grandes Queimados, em colaboração com os Drs. Lane, J.C.; - Frazatto Jr., C.; Mantovani, M.; Vieira, R.W. e Rosemberg, D. Apresentado no XI Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (16.07.1969).
(DOC. 220)

06. Metaplasia Óssea de Cicatriz de Laparotomia, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Frazatto Jr., C.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. e Lane, J.C Apresentado no XI Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (16.07.1969). (DOC. 221)

07. Polipo da Vesícula Biliar, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Leonardi, L.S.; Frazatto Jr. C.; Mantovani, M.; Vieira, R.W.; Lane, J.C. e Carvalhal, S.S. Apresentado no XI Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (16.07.1969).
(DOC. 222)

08. Sarcoma do Estômago, com a colaboração dos Drs.- Rosemberg, D.; Frazatto Jr., C.; Mantovani, M.;- Vieira, R.W.; Lane, J.C. e Carvalhal, S.S. Apresentado no XI Congresso Brasileiro de Cirurgia,- São Paulo (16.07.1969). (DOC. 223)

09. Emprêgo da Operação de Merendino em Afecções não Carcinomatosas do Terço Inferior do Esôfago, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Frazatto Jr., C.; Vieira, R.W.; Mantovani, M.; Lane, J.C. Brandalise, N.A. e Carvalhal, S.S. Apresentado no XI Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (16.07.1969). (DOC. 224)

10. Sarcomas Primitivos do Estômago - Considerações a Propósito de Cinco Casos, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Mantovani, M.; Vieira, R. W.; Carvalhal, S.S.; Frazatto Jr., C. e Leonardi L.S. Apresentado no XXII Congresso Brasileiro - de Gastroenterologia, Araxá (31.08. a 04.09.1970) (DOC. 225)

11. Infarto Hemorrágico do Intestino, em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Mantovani, M.; - Vieira, R.W.; Carvalhal, S.S. e Brandalise, N.A. Apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Araxá (31.08 a 04.09.1970). (DOC. 226)

12. Adenomas e Adenomiomas da Vesícula Biliar, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Carvalhal, S.S.; Frazatto Jr., C. e Vieira, R.W. Apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Araxá (31.08 a 04.09.1970). (DOC. 227)

13. Metaplasia Óssea de Cicatrização de Laparotomia,- em colaboração com os Drs. Rosemberg, D.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. e Leonardi, L.S. Apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Araxá (31.08 a 04.09.1970).
(DOC. 228)

14. Actinomicose Abdominal, com a colaboração dos - Drs. Brandalise, N.A.; Rosemberg, D.; Mantovani, M.; Vieira, R.W. e Leonardi, L.S. Apresentado - no XXII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Araxá (31.08 a 04.09.1970). (DOC. 229)

15. Apresentação de um Caso de Tuberculose do Reto,- em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A. e Magalhães, A.F.N. Apresentado no XXII Congresso - Brasileiro de Gastroenterologia, Araxá (31.08 a 04.09.1970). (DOC. 230)

16. Pseudocisto de Pâncreas, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Brandalise, N. A.; Leonardi, L.S.; Carvalho, M.B. & Oliveira, E Apresentado no XXII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11.07 a 16.07.1971).(DOC. 231)

17. Adenomas e Adenomiomas da Vesícula Biliar, em colaboração com os Drs. Mantovani, M.; Leonardi,L. S.; Brandalise, N.A.; Rosemberg, D. e Rossi, C.-

Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 232)

18. Fístulas Biliares Expontâneas, em colaboração - com os Drs. Faria, P.A.J.; Brandalise, N.A. e Leonardi, L.S. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 233)

19. Resultados de 120 Operações de Hérnia Inguinal - (Técnica de MC Vay) com a colaboração dos Drs. - Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A.; Carvalho, V.A. Vieira, R.W.; Mantovani, M. e Oliveira Jr., L.M. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 234)

20. Estudo Comparativo das Suturas Esofágicas em um Plano Total e em um Plano Sero-Muscular, em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A.; Schapiro,- M.; Leonardi, L.S.; Vieira, R.W.; Mantovani, M.- e Faria, P.A.J. Apresentado no XII Congresso - Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 235)

21. Tratamento Cirúrgico de Megacolo Adquirido, em colaboração com os Drs. Reis Neto, J.A.; Leonardi, L.S.; Vieira, R.W. e Mantovani, M. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 236)

22. Tumor de KruKemberg, em colaboração com os Drs.- Reis Neto, J.A.; Mantovani, M.; Vieira, R.W. e Leonardi, L.S. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 237)

23. Cirurgia Gastroenterológica no Paciente Idoso. - Experiência em 100 casos, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A.; Mantovani M.; Modesto, N.P. e Oliveira Jr., L.M. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 238)

24. Cirurgia Gástrica em um Plano de Sutura Extra-Mucoso, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A.; Mantovani, M.; Vieira, R.W. e Colombo, J.R. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 239)

25. Complicações Cárdio-Respiratórias no Paciente Idoso, em Cirurgia Geral, com a colaboração dos Drs. Leonardi, L.S.; Modesto, N.P.; Oliveira Jr., L.M. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia,- Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 240)

26. Gastrectomia Total e Sutura em um Plano Só (Sero-Muscular), em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A.; Leonardi, L.S. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter--Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971) (DOC. 241)

27. Apresentação de 27 Anastomoses Esôfago-Intestinais em um Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. e Faria Neto, A.J. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 242)

28. Anastomoses Bílio-Digetivas e Pancreato-Digestivas Realizadas em um Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. e Faria Neto, A.J. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Ame

ricano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971).
(DOC. 243)

29. Anastomoses Íleo-Cólicas e Colo-Cólicas em um - Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani, M. e Faria Neto, A.J. - Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971). (DOC. 244)

30. Estudo Clínico de 833 Casos de Anastomoses Gastro-Intestinais em um Plano de Sutura com Exclusão da Mucosa, em colaboração com os Drs. Faria, P.A.J.; Schapiro, M.; Vieira, R.W.; Mantovani,M. e Faria Neto, A.J. Apresentado no XII Congresso Brasileiro de Cirurgia e XII Congresso Inter-Americano de Cirurgia, Guanabara (11 a 16.07.1971).
(DOC. 244a)

31. Anastomoses Intestinais Extra Mucosa, em colaboração com os Drs. Reis Neto, J.A.; Mantovani, M. e Leonardi, L.S.; Vieira, R.W. Apresentado no XXI Congresso Brasileiro de Proctologia (S.B.P.) Salvador, Bahia (15.10.1971). (DOC. 245)

32. Tratamento Cirúrgico da Úlcera Péptica com Anastomoses realizadas em um Plano de Sutura, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Brandali

se, N.A. e Mantovani, M. Apresentado no XXIII - Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Brasília (23 a 28.07.1972). (DOC. 246)

33. Estudo Crítico do Tratamento Cirúrgico do Pseudocisto do Pâncreas, em colaboração com os Drs. - Leonardi, L.S.; Mantovani, M. e Brandalise, N.A. Apresentado no XXIII Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Brasília (23 a 28.07.1972). (DOC. 247)

34. Estudo Comparativo das Técnicas de Thall Modificada e de Merendino no Tratamento do Megaesôfago em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A. e Leonardi, L.S. Apresentado no XXIII Congresso - Brasileiro de Gastroenterologia, Brasília (23 a 28.07.1972). (DOC. 248)

35. Apresentação de 20 Casos de Gastrectomia com Conservação do Piloro no Tratamento da Úlcera Gástrica. Experiência de 20 Casos, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A. e Mantovani, M. Apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Cirurgia, I Congresso Latino Americano de Cirurgia e I Seminário Latino Americano sobre o Ensino da Cirurgia, Rio de Janeiro (15 a 20.07.1973). (DOC. 249)

36. Operação de Thall no Tratamento do Megaesôfago.- Estudo Manométrico, em colaboração com os Drs. Brandalise, N.A. e Leonardi, L.S. Apresentado - no XIII Congresso Brasileiro de Cirurgia, I Congresso Latino Americano de Cirurgia e I Seminário sobre o Ensino da Cirurgia, Rio de Janeiro - (15 a 20.07.1973). (DOC. 250)

37. Pancreatite Aguda Experimental. Estudo Terapêutico, com a colaboração dos Drs. Leonardi, L.S.; - Fagundes, J.J.; Cruz, E.L.; Comodo, H. e Tella - Jr., O.I. Apresentação no Congresso Brasileiro de Gastroenterologia (XXIV), Petrópolis (05 a 11.10.1974). (DOC. 251)

38. Estudo Comparativo da Cicatrização nas Anastomoses do Esôfago Cervical com Técnicas de Sutura - em um e dois Planos. Trabalho Experimental em Cães, com a colaboração dos Drs. Leonardi, L.S.; Fagundes, J.J. e Morisot, P. Apresentado no - XXIV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia,- Petrópolis (05 a 11.10.1974). (DOC. 252)

39. Hemorroidectomia Semi-Fechada, em colaboração - com o Dr. Reis Neto, J.A. Apresentado no XXIV - Congresso de Proctologia, Curitiba (21 a 24.10. 1975). (DOC. 253)

40. Estudo Comparativo de Diferentes Variedades de Sutura em 1 e 2 Planos no Intestino Delgado, Estudo Experimental em cães, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S. e Reis Neto, J.A. Apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Proctologia, - Curitiba (21 a 24.10.1975). (DOC. 254)

41. Resultados Clínicos da Sutura em um Plano Sero - Muscular Extramucoso e Justaposição das Bordas - na Cirurgia do Intestino, em colaboração com o Dr. Mantovani, M. Apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Proctologia, Curitiba (21 a 24.10. 1975). (DOC. 255)

42. Estudo Comparativo entre Suturas em Plano Único e em Dois Planos no Intestino Delgado na Vigência de Isquemia, Trabalho Experimental no cão. - Com a colaboração do Dr. Fagundes, J.J. Apresentado no VI Congresso Latino Americano de Proctologia, Buenos Aires, Argentina (26 a 31.10.1975) (DOC. 256)

43. Comparative Study of the Cicatrization in the Anastomosis of Cervical Esophajus with Suture - Techniques in one and two Planes. Experimental - Work in Dogs, com a colaboração dos Drs. Leonardi, L.S.; Mantovani, M. e Fagundes, J.J. Apresentado no XIV Congresso Panamericano de Gastro-

enterologia, I Congresso Inter Americano de Endoscopia Digestiva e II Congresso Venezuelano de Gastrenterologia, Caracas, Vanezuela (23 a 28 - 11.1975). (DOC. 257)

44. Treatment of Pancreatites with Glucagon. Experimental Study in Dogs, com a colaboração dos Drs. Leonardi, L.S.; Conrado, H.; Fagundes, J.J. e - Mantovani, M. Apresentado no XIV Congresso Panamericano de Gastroenterologia, I Congresso Inter Americano de Endoscopia Digesiva e II Congresso Venezuelano de Gastrenterologia, Caracas, Venezuela (23 a 28.11.1975). (DOC. 258)

45. Treatment of Traumatic Injuries to the Duodenum and Pancreas, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Mantovani, M. e Brandalise, N.A. Apresentado no XIV Congresso Panamericano de Gastroenterologia, I Congresso Interamericano de Endoscopia Digestiva e II Congresso Venezuelano de Gastrenterologia, Caracas, Venezuela (23 a 28.11 1975). (DOC. 259)

46. Sutura Seromuscular Extramucosa em Plano Único - na Cirurgia Gastrintestinal, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Mantovani, M. e Brandalise, N.A. Apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Salvador, Bahia, (11 a 17.07.1976). (DOC. 260)

47. Reconstrução Digestiva Pós-Ressecção Ampliada de Intestino, em colaboração com o Dr. Reis Neto, J A. Apresentado no XXV Congresso Brasileiro de Gastroenterologia, Salvador, Bahia (11 a 17.07.-1976). (DOC. 261)

48. Derivação Interna no Tratamento das Fístulas Estercorais, com a colaboração dos Drs. Reis Neto, J.A.; Leonardi, L.S. e Pires, A.M. Apresentado no Congresso Nacional de Secção Brasileira do Internacional College of Surgeons, São Paulo - (26.09 a 01.10.1977). (DOC. 262)

49. Sistematização de Conduta no Volvo do Colo Sigmóide, com a colaboração do Dr. Leonardi, L.S. - Apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de - Proctologia, Goiânia (09 a 12.10.1977). (DOC. 263)

50. Sutura em Plano Único na Cirurgia Gastrintestinal. Resultados Clínicos em 756 Pacientes, em colaboração com os Drs. Leonardi, L.S.; Brandalise, N.A.; Mantovani, M. e Fagundes, J.J. Apresentado no X Congresso Nacional do Internacional College of Surgeons, São Paulo (26.09 a 01.10. - 1977). (DOC. 264)

51. Resultados de 150 Casos de Megacolon Adquirido -

Tratados pela Operação de Duhamell, com a colaboração dos Drs. Reis Neto, J.A.; Leonardi, L.S.;- Accorroni, M.E. e Andreollo, N.A. Apresentado - no 7º Congresso Latino Americano de Proctologia, e, 28º Congresso Brasileiro de Proctologia, Porto Alegre (07 a 12.09.1978). (DOC. 265)

52. Tratamento Ambulatorial das Hemorróidas, em colaboração com os Drs. Battagin, G.A. e Quilici, F. A. Apresentado no 7º Congresso Latino Americano de Proctologia e 28º Congresso Brasileiro de - Proctologia, Porto Alegre (07 a 12.09.1978). (DOC. 266)

53. Megacolo Adquirido. Estudo Comparativo entre as Técnicas de Duhamell e Duhamell-Haddad, com a colaboração do Dr. Pires, A.M. Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (29 de julho a 03.08.1979). (DOC. 267)

54. Lipomas Intestinais, em colaboração com os Drs.- Quilici, F.A.; Mantovani, M.; Batagin, G.A.; Manina, F. e Leonardi, L.S. Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (29.07 a 03.08.1979). (DOC. 268)

55. Cancer do Reto, em colaboração com os Drs. Reis Neto, J.A.; Quilici, F.A.; Pires, A.M. e Leonar-

di, L.S. Apresentado no XV Congresso Brasileiro de Cirurgia, São Paulo (29.07 a 03.08.1979).

(DOC. 269)

56. Radioterapia Pré-Operatória em Cancer do Reto. - em colaboração com os Drs. Reis Neto, J.A.; Quilici, F.A.; Chiminazzo, H. e Ribeiro, J.M.N. - Apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Proctologia, Belo Horizonte (16 a 19.09.1979).

(DOC. 270)

57. Padronização de Conduta nas Cirurgias Conservadoras do Cancer do Reto, em colaboração com os Drs Quilici, F.A.; Reis Neto, J.A. e Leonardi, L.S. Apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Proctologia, Belo Horizonte (16 a 19.09.1979).

(DOC. 271)

58. Estudo Comparativo dos Resultados do Tratamento Cirúrgico do Megacolon Adquirido com as Técnicas de Duhamel e Duhamel-Haddad, com a colaboração - dos Drs. Reis Neto, J.A.; Leonardi, L.S.; Pires, A.M.; Fagundes, J.J.; Andreollo, N.A. e Accorroni, M.E. Apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Proctologia, Belo Horizonte (16 a 19.09. - 1979).

(DOC. 272)

59. Estudo Comparativo entre as Técnicas de Duhamel- e Duhamel-Haddad no Tratamento do Megacolon Cha-

gãsico, com a colaboração dos Drs. Leonardi, L.S Reis Neto, J.A.; Pires, A.M. Apresentado no XI Congresso do Colégio Internacional de Cirurgiões Secção Brasileira, São Paulo (31.07.1980).
(DOC. 273)

60. Emprego do Bisturí Elétrico na Secção das Túnicas e na Hemostasia dos Vasos da Submucosa nas Anastomoses do Intestino Delgado e Colon, com a colaboração dos Drs. Reis Neto, J.A.; Pires, A.M. e Góes, J.R.N. Apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Proctologia, Rio de Janeiro (28.09 a 01.10.1980). (DOC. 274)

61. Carcinóide do Reto, com a colaboração dos Drs. Pires, A.M. e Góes, J.R.N. Apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Proctologia, Rio de Janeiro (28.09 a 01.10.1980). (DOC. 275)

62. Análise de 30 Casos de Cancer do Reto Alto Operados com Técnica de Abaixamento à Maneira Cutait, em 10 Casos (Anastomose Colo-Retal Retardada), com a colaboração dos Drs. Pires, A.M.; Fagundes J.J. e Callejas Neto, F. Apresentado no XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, São Paulo (06 a 09.09.81). (DOC. 276)

63. Tratamento Cirúrgico dos Ferimentos dos Colons, Reto e Canal Anal, com a colaboração dos Drs. -

Gões, J.R.N. e Ricca, W. Apresentado no XXXI - Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, São - Paulo (06 a 09.09.1981). (DOC. 277)

64. Carcinoma Baso Celular da Região Perianal. Apresentação de 2 Casos, com a colaboração dos Drs. Fagundes, J.J.; Callejas Neto, F. e Pires, A.M. Apresentado no XXXII Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Fortaleza (07 a 10.09.1982). (DOC. 278)

65. Tumor de Buschke Loewenstein da Região Anal. - Apresentação de 1 Caso, em colaboração com os Drs. Gões, J.R.N.; Costa, A.M. e Callejas Neto,- F. Apresentado no XXXII Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Fortaleza (07 a 10.09.1982). (DOC. 279)

C - PARTICIPAÇÃO COMO CONVIDADO EM CONGRESSO MÉDICO, FORUM TELEVISADO, MESA REDONDA, CONFERÊNCIA E COMO MEMBRO DE COMISSÕES ORGANIZADORAS DE CONGRESSOS

01. Secretário da Conferência sobre Mercantilização da Medicina, no XXIX Congresso Brasileiro de - Proctologia, Belo Horizonte (16 a 19.09.1979).
(DOC. 280)

02. Apresentador do Forum Televisado "Amputação do - Reto", apresentado no XV Congresso Brasileiro de Cirurgia, sob a coordenação do Dr. Daher Cutait, São Paulo (29.07 a 03.08.1979). (DOC. 281)

03. Presidente da Secção de Filmes, apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Proctologia, com a participação do Dr. Konrad Arnold. Filme sobre - Cancer Colo Retal (29.09.1980). (DOC. 282)

04. Simposiasta no Simpósio Anastomoses Colo-Retais, apresentado no XXXI Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, São Paulo (06 09.09.1981).
(DOC. 283)

05. Membro da Comissão Científica como Delegado do XXXI Congresso Brasileiro do Colo-Proctologia, - realizado em São Paulo (06 a 09.09. 1981).
(DOC. 284)

06. Relator da Mesa Redonda sobre Colostomias e Ileostomias, abordando o tema "Complicações das Ileostomias", apresentado no XI Congresso do Hemisfério Ocidental e XII Congresso Nacional do International College of Surgeons, Secção Brasileira, São Paulo (08 a 13.11.1981). (DOC. 287)

07. Coordenador da Mesa Redonda sobre Conduta nos - Traumatismos Abdominais, apresentado no XI Congresso do Hemisfério Ocidental e XII Congresso - Nacional do International College of Surgeons, - Secção Brasileira, São Paulo (08 a 13.11.1981).
(DOC. 286)

08. Secretário do Simpósio "Cancer da Junção Escamo-Colunar Ano-Retal", no XXXII Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Fortaleza (07 a 10.09. - 1982). (DOC. 287)

09. Expositor da Mesa Redonda "Educação Continuada - em Colo-Proctologia", no XXXII Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, Fortaleza (07 a 10.09 1982). (DOC. 288)

D - C_O_L_A_B_O_R_A_Ç_Ã_O E_M T_E_S_E_S

01. LUIZ SERGIO LEONARDI

Contribuição ao tratamento dos ferimentos do duodeno e do pâncreas. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (1972).

(DOC. 289)

02. PEDRO ALBERTO JORGE FARIA

Sutura gastro intestinal em plano único extramucoso e em dois planos, um total e um seromuscular invaginante. Estudo experimental em cão. Tese de Doutoramento apresentada à Escola Paulista de Medicina (1972). (DOC. 290)

03. NELSON ARY BRANDALISE

Interposição de segmento de alça jejunal nas afecções da junção esôfago-Gástrica: Estudos eletromanométricos. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (1973). (DOC. 291)

04. LUIZ SERGIO LEONARDI

Resultados do emprego da sutura em plano único -

extramucoso na cirurgia gástrica. Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para o Concurso de Livre-Docência de Clínica Cirúrgica (1973).

(DOC. 292)

05. MÁRIO MANTOVANI

Sutura seromuscular extramucosa em plano único - na cirurgia do intestino. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (1973).

(DOC. 293)

06. REINALDO WILSON VIEIRA

Estudo das alterações estruturais do pulmão pós circulação extracorpórea em cirurgia cardíaca - com hemodiluição total e normotermia. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - (1974). (DOC. 294)

E - PARTICIPAÇÃO EM BANCAS EXAMINADORAS DE TESE

01. Suplente da Banca Examinadora da Defesa de Tese de Doutoramento do Médico Wilmar Artur Klug em 08.08.1976. (DOC. 295)

F - T_R_A_B_A_L_H_O_S P_U_B_L_I_C_A_D_O_S

a) TESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, conforme declaração expedida pelo Prof. José Lopes de Faria Diretor desta Faculdade.

Aprovada com distinção e louvor, pela Comissão - Julgadora constituída pelos Professores Vicente Forte, José Joaquim Gama Rodrigues, John Cook - Lane, Marcel Cerqueira César Machado e Luiz Sergio Leonardi. (DOC. 296)

1. ESTUDO COMPARATIVO DA CICATRIZAÇÃO NAS ANASTOMOSES DO ESÔFAGO CERVICAL COM TÉCNICAS DE SUTURA EM UM E DOIS PLANOS. TRABALHO EXPERIMENTAL EM - CÃES.

   Edição Particular, Campinas, 1973.

   (DOC. 296a)

O autor realiza um estudo da cicatrização das - anastomoses no esôfago cervical de 50 cães, submetidos a cinco variedades de sutura:

1. Sutura em um plano perfurante total 10 cães.
2. Sutura em um plano músculo-muscular extramucosa com justaposição das bordas. 10 cães.
3. Sutura em dois planos, um perfurante total com sutura contínua e outro invaginante músculo-muscular, 10 cães.
4. Sutura em dois planos, um perfurante total com pontos separados e outro invaginante músculo-muscular, 10 cães.
5. Sutura em dois planos, um muco-muco so e outro músculo-muscular, 10 cães.

Foi feita sempre hemostasia prévia dos vasos da submucosa, com fio de categute 4-0 simples; utilizou-se sempre agulhas atraumáticas, sendo as anastomoses realizadas a céu aberto. Utilizou-se pontos de fio de algodão, separados, número 3-0, nas anastomoses com sutura em plano único (grupos I e II). Distantes Três milímetros um do outro, com os nós voltados para fora do lume do esôfago. Nas suturas em dois planos, o primeiro plano foi realizado com fio de categute

cromado número 3-0 e o segundo, com algodão, utilizando a mesma técnica acima, com excessão do grupo em dois planos, um perfurante total com pontos separados e outro invaginante músculo-muscular, onde os dois planos foram feitos com pontos separados de algodão número 3-0.

Metade dos cães de cada grupo foi sacrificada no quarto dia de pós-operatório e metade no 15º dia.

A análise do presente trabalho demonstra que os resultados macro e microscópicos aos quatro e quinze dias de evolução, ao se comparar as cincos variedade de sutura, ressalta como melhor a sutura em um plano músculo-muscular extramucoso com justaposição das bordas, seguidas de um plano único perfurante total. Resultados um pouco inferiores foram observados com as suturas em dois planos, sendo um mucoso e outro muscular Os piores resultados obtidos foram os com as suturas em dois planos, tanto com o primeiro plano perfurante total com sutura contínua como com pontos separados e outro invaginante músculo-muscular.

Deste modo, o presente trabalho permite as seguintes conclusões:

1. O estudo da cicatrização das anasto

moses realizadas no esôfago cervical de cães, - mostrou haver vantagens no emprego das suturas - em um plano quando comparadas com as suturas em dois planos, aos quatro e quinze dias de evolução.

2. A sutura extramucosa em um plano - músculo-muscular com justaposição das bordas possibilita melhor cicatrização do que a realizada com sutura perfurante total, aos quatro e quinze dias.

3. A sutura em dois planos, com o plano muco-mucoso e outro músculo-muscular possibilita melhor cicatrização do que com as suturas - em dois planos, um perfurante total e outro invaginante músculo-muscular, aos quatro e quinze - dias de evolução.

4. As suturas em dois planos com o primeiro plano perfurante total com sutura contínua ou em pontos separados e outro invaginante - músculo-muscular apresentam resultados semelhantes, igualmente inferiores às demais variedades de sutura estudadas.

b - TRABALHOS PUBLICADOS EM REVISTAS CIENTÍFICAS NACIONAIS

02. INFARTO ANÊMICO DO FÍGADO - Considerações sobre o assunto e apresentação de dois casos necropsiados.

ATRA, E.; CARVALHAL, S.S.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. & JORGE, P.A.R.

Hospital (Rio de Janeiro) 71:1121-1129,1967.

(DOC. 297)

O infarto anêmico do fígado é uma afecção relativamente rara e a revisão da literatura revela a existência de 162 casos, justificando, por isso, a apresentação de dois casos, em doentes estudados clínicamente no Departamento de Medicina e necropsiados no laboratório de Patologia Aplicada do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina.

Em um dos doentes, com cardiopatia reumática e fibrilação atrial, o infarto foi seguramente do tipo embólico sendo a fonte mais provável do êmbolo, a aurícula esquerda. Cumpre assinalar que o infarto anêmico -

do fígado, por obstrução embólica associada a trombo na cardiopatia reumática, é achado muito raro.

O outro doente, portador de aterosclerose generalizada, apresentou trombose da artéria mesentérica, com infarto hemorrágico do intestino. O estudo necroscópico, revelou suprimento arterial do fígado seriamente - comprometido, quer através do tronco celíaco, quer através de colaterais.

Os autores referem que existem circunstâncias que contribuem para a produção do infarto, como o comprometimento do fluxo arterial, nas oclusões bruscas e lentas, e o comprometimento do fluxo portal, como ocorre - nas tromboflebites, congestão, cirrose, moléstia de - Budd-Chiari.

O quadro clínico é em geral pobre de sintomas, e o infarto anêmico do fígado, na maioria das vezes, é - achado de necrópsia. Os exames laboratoriais são de - pouca valia em favor do diagnóstico, e a terapêutica seria a profilaxia das embolias.

Nos dois casos estudados, os infartos não foram - aparentemente responsáveis pelos óbitos, já porque na sua grande maioria eram infartos pequenos.

03. CARCINOMA PRIMITIVO DA TRAQUÉIA - Estudo clínico patológico de um caso.

ATRA, E.; CARVALHAL, S.S.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. & PUPO JR., R.A.

Revta. Paul. Med., 71:133-138, 1967 (DOC. 298)

O carcinoma primitivo da traquéia é entidade rara e, entre neoplasias, é um dos menos freqüentes no homem, justificando, por isso, a apresentação de um caso, com localização a dois centímetros acima da carina, osbtruíndo dois terços da luz da traquéia. O exame necroscópico revelou metástase em gânglios regionais, no fígado e na adrenal direita, o que constitui raridade. O tumor era do tipo carcinoma indiferenciado, provocando compressão do nervo simpático cervical, traduzida - pela síndrome de Claude Bernard - Horner e dispnéia por sub-oclusão traqueal.

04. MÉTODOS COMPLEMENTARES DO CORAÇÃO NO PLANO HORIZONTAL.

CARVALHAL, S.S.; BOCANEGRA, J.; MANTOVANI, M. & MEDEIROS, R.R.

Arq. Bras. Cardiol., XX: 35, 1967 (DOC. 299)

Os autores estudaram a relação entre os potenciais positivos e negativos nas derivações precordiais do eletrocardiograma, representando-os pela fórmula:

I = DP/DP + DN (I = índice; DP = deflexões positivas
DN = deflexões negativas).

Com base na teoria do dipolo acham que o índice expressa o valor da resultante final, compreendendo os múltiplos vetores do período total de ativação ventricular.

O estudo foi realizado em lote de indivíduos "normais" e, em varias condições patológicas. Nestes últimos selecionaram casos com verificação necroscópica em que foi possível realizar minucioso confronto anátomo-eletrocardiográfico. No presente trabalho, dão ênfase apenas aos achados em que a interpretação clássica do eletrocardiograma era menos expressiva do que o índice para o diagnóstico, sobretudo das alterações do complexo ventricular, no plano horizontal, relacionados à hipo e à não inativação de áreas da parede septal e anterior do coração. Em alguns casos, pequenas áreas calosas da região aludida apresentavam maior expressão relativamente ao comportamento do índice do que na interpretação clássica do traçado.

05. CARCINOMAS PRIMITIVOS DO FÍGADO - Apresentação - de 19 casos, com citação especial de um caso de carcinoma colangíolocelular.

SAAD, F.A.; CARVALHAL, S.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & PUPO JR., R.A.

Revta. Medicina e Cultura,XXII,67-76,1967. (DOC. 300)
Revta.Assoc.Med.Brasil.,13:63-66,1967. (DOC. 300a)

Os autores estudaram 19 casos de tumores primitivos de fígado, fazendo citação especial de um caso de carcinoma colangíolocelular, acreditando ser o 13º descrito na literatura, propondo denominá-lo de colangioloma. O aspecto mais sugestivo do colangioloma, é o arranjo de células tumorais cúbicas ou achatadas, formando cordões ou ilhotas, frequentemente sólidas ou às vezes com pequeno lumen, lembrando ductos biliares; - por vezes, nota-se direta continuidade entre as células tumorais e as células hepáticas atrofiadas.

Os autores preferem classificar os tumores primitivos do fígado em três grupos: 1) Hepatoma ou carcinoma hepatocelular; 2) Carcinoma colangiocelular ou colangioma e 3) Carcinoma colangíolocelular ou colangioloma. A separação deste último tipo de tumor, no momento, tem mais sentido acadêmico e ainda é precoce - prevermos uma utilidade do ponto de vista terapêutico mas, constitui uma neoplasia com características peculiares morfológicas e de origem que o diferem dos dois primeiros tipos.

06. MORFOLOGIA DO TRAÇADO ELETROCARDIOGRÁFICO NORMAL NAS DERIVAÇÕES TORÁCICAS POSTERIORES.

BOCANEGRA, J.; CARVALHAL, S.S.; MEDEIROS, R.S.; MANTOVANI, M. & VIEIRA, R.W.

Arq.Bras.Cardiol.,21:257-262,1968. (DOC. 301)

Os autores fizeram um estudo, em 100 indivíduos "normais", de morfologia do traçado eletrocardiográfico nas derivações torácicas posteriores, e propõem um mapeamento do hemitórax posterior esquerdo, que deveria ser usado de rotina para o diagnóstico de infarto dorsal e diafragmático do miocárdio. Chamam a atenção para a simplicidade do método que pode ser usado mesmo em doente com mau estado geral.

O estudo permitiu as seguintes conclusões:

1. A onda P, na grande maioria dos casos (acima de 80%), é positiva nas derivações torácicas posteriores.

2. A ocorrência de ondas q e Q é muito grande,variando com as derivações consideradas.

3. Em nenhum caso houve ausência de ondas r e R.

4. Em nenhum caso houve ocorrência de onda S.

5. As ondas T podem apresentar-se positivas ou negativas, de acordo com a derivação considerada.

6. A existência de ondas T negativas nas derivações torácicas posteriores estão na dependência da posição elétrica vertical e semivertical do coração.

7. Com este método é possível localizar áreas de hipoatividade elétrica do miocárdio nas faces dorsal e diafragmática.

8.O diagnóstico do infarto dorsal e diafragmático do miocárdio não pode ser feito sòmente pela presença de ondas Q de grande amplitude.

9. A presença de ondas S, em qualquer derivação torácica posterior, poderá sugerir hipoatividade elétrica do miocárdio.

07. ESTENOSE MITRAL CONGÊNITA ISOLADA - Revisão da literatura e apresentação de um caso.

SAAD, F.A.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; VIEIRA, R.W.; CARVALHAL, S.S. & ATRA, E.

Revta.Paul.Med.,73:109-114,1968. (DOC. 302)

A estenose mitral congênita é anomalia cardíaca rara, que pode ocorrer isolada ou, mais freqüentemente em associação com outros efeitos cárdio-vasculares, - justificando a apresentação de um caso, em uma criança de quatro anos de idade, com estudo clínico e anátomo-patológico.

Os autores entendem que a estenose mitral congênita isolada não seria obrigatoriamente provocada por um defeito embriológico, mas poderia ser também causada por uma valvulite, embora não tenha elementos para afirmar este fato, mas sua semelhança com as valvulites reumáticas faz supor esta possibilidade.

08. UM CASO POUCO FREQUÊNTE DE LEVOCÁRDIA.

MANTOVANI, M.; BOCANEGRA, J.; CARVALHAL, S.S.; - PUPO JR., R.A. & MEDEIROS, R.R.

Arq.Bras.Cardiol.,21:413-420,1968. (DOC. 303)

O objetivo do trabalho é apresentação de um caso de cardiopatia congênita rara, observada em doentes de 50 anos de idade; levocárdia com inversão de átrios e com desembocadura anormal das quatro veias pulmonares no átrio direito e de quatro veias cavas na mesma cavidade, associada à comunicação interatrial.

Pela revisão da literatura, este seria o primeiro caso desta anomalia congênita.

Os AA. comentam que o caso apresentado tem interesse pela longa sobrevida da doente, pois, nos casos publicados de anomalias da veia cava inferior como entidade isolada, é rara a longa sobrevida. Ainda, incluem a possibilidade diagnóstica desta cardiopatia, - junto com as outras já conhecidas, diante de eletrocardiograma com desvio de eixo para a esquerda, mais sobrecarga ventricular esquerda.

09. ESTUDO COMPARATIVO DE MATERIAIS DE SUTURA EM ESTÔMAGO DE CÃES COM TÉCNICAS DE SÍNTESE EXTRAMUCOSA.

FARIA, P.A.J.; PASQUALUCCI, M.E.A.; MEDEIROS, R. R.; MANTOVANI, M. & VIEIRA, R.W.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,15:3-10,1969. (DOC. 304)

Os autores realizaram o estudo em um grupo de 24 cães que sofreram, sistemáticamente, gastrotomia ao nível do antro na face anterior, de aproximadamente três centímetros de extensão, no sentido transverso ao maior eixo do estômago. Os cães foram divididos em grupos de seis. Em cada grupo foi utilizado um tipo de fio, a saber: mononylon, seda, categute cromado e algodão, todos 5-0 e atraumáticos. A síntese foi feita em dois - planos, seromuscular e sero-seroso, com sutura contínua, mantendo-se um intervalo de três milímetros entre uma transfixação e outra, sempre com exclusão da túnica mucosa.

Cada grupo de seis cães foi subdividido em três sub-grupos.Cada sub-grupo foi sacrificado com sete, 14 e 21 dias de pós-operatório, ocasião em que se retirou material para estudo anátomo-patológico. Para controle, foi retirado do cão um fragmento da parede posterior do estômago, ao mesmo nível do local da gastrotomia, - livre portanto de influência da sutura.

Pela análise do estudo macro e microscópico, os AA. concluem que:

1. O mononylon é o melhor material de síntese, - porém é de difícil manuseio.

2. A seda, pela intensa reação inflamatória exsudativa que provoca, constitui o pior fio de sutura.

3. O algodão, inferior ao mononylon quanto à reação inflamatória, apresenta como vantagens o fácil manuseio e o baixo custo.

4. A ausência de alteração celular específica para cada tipo de fio usado.

5. A cicatrização mais demorada, foi observada - com o fio de seda.

6. Aos sete dias, a mucosa não suturada apresentava-se em todos os casos completamente cicatrizada.

10. PANCREATOGRAFIA OPERATÓRIA COMO COMPLEMENTO DE ESTUDO RADIOLÓGICO DAS PANCREATITES CRÔNICAS.

FARIA, P.A.J.; SCHAPIRO, M.; VIEIRA, R.W.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; COSTA, O.F. & SMITH,R.L

Revta.Assoc.Med.Brasil.,15:301-304,1969

(DOC. 305)

Os autores referem a sua experiência no tratamento cirúrgico da pancreatite crônica, num total de 38 casos, realizando pancreatografia operatória em 22 deles, utilizando variadas técnicas, cujos resultados orientaram a conduta cirúrgica.

A evidência e a qualidade das pancreatografias operatórias convencem da utilidade desse exame, bem como de sua inocuidade, quando realizado com os devidos cuidados técnicos, com introdução de contraste de baixa concentração, sem pressão e em pequeno volume.

A pancreatografia operatória pode fornecer informações sobre o nível de estenose do canal de Wirsung, orientação do canal, forma e calibre, bem como sinais de litíase, constituindo-se método seguro para orientar a conduta cirúrgica mais conveniente em cada caso.

11. SOBRE UM ÍNDICE ELETROCARDIOGRÁFICO NO PLANO HORIZONTAL. ESTUDO PRELIMINAR.

CARVALHAL, S.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.& BOCANEGRA, J.

Arq.Brasil.Cardiol.,22:1-14,1969. (DOC. 306)

Um índice eletrocardiográfico foi estudado em indivíduos "normais" e em portadores de alterações supressivas do potencial elétrico do coração. O índice foi obtido da relação entre amplitude de onda R e das ondas Q e S, nas derivações do plano horizontal de V1 a V10.

Verificou-se que há uma gama de valores normais desta relação para cada derivação e que estes valores são crescentes de V1 a V5.

Foram estudadas as varias combinações que podem ocorrer entre as amplitudes das ondas R e S, em cada derivação precordial, e expressos nos respectivos índices. Muitas das combinações que apresentam o índice anormal, definindo perda de potencial, não são classicamente consideradas patológicas. Entretanto, em todos os casos com índice anormal, a necrópsia revelou destruição miocárdica.

Os AA acentuam a importância do estudo do índice DP/DP + DN (DP = deflexão positiva e DN = deflexão negativa) principalmente por revelar alterações discretas na região septal baixa e parede justa septal do ventrículo esquerdo. Em várias circunstâncias, somente através do comportamento do índice DP/DP+DN foi possível detectar a supressão de potenciais elétricos por destruição de fibras miocárdicas.

Finalmente acham que o estudo do índice não substitui os demais dados que o eletrocardiograma fornece, mas representa sem dúvida uma contribuição a mais na interpretação do traçado.

12. ESTUDO DO INDICE DP/DP+DN EM PROCESSOS DESTRUTIVOS DA MUSCULATURA CARDÍACA (enfarte, fibrose, necrose, inflamação)

CARVALHAL, S.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & BOCANEGRA, J.

Arq.Bras.Cardiol.,22:69-78,1969. (DOC. 307)

Os autores realizam, em confrontos anátomo-eletrocardiográficos, o estudo e o valor diagnóstico de um índice eletrocardiográfico. O índice é calculado, conforme técnica já publicada, nas derivações de V1 a V10, estabelecendo-se uma relação entre os potenciais positivos e negativos, respectivamente, em cada derivação no plano horizontal. Verificaram que os processos destrutivos às vezes relativamente pequenos, da musculatura na região do septo, ponta e parede anterior do ventrículo esquerdo, podem ser detectados pelo comportamento anormal dos índices de maneira evidente quando o aspecto do traçado não revela outras alterações classicamente denunciadoras de tais situações.

13. ATRESIA TRICÚSPIDE, ESTUDO ANÁTOMO-CLÍNICO DE 5 CASOS E PROGNÓSTICO. REVISÃO DA LITERATURA.

SAAD, F.A.; BOCANEGRA, J.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; VIEIRA, R.W.; ATRA, E. & PUPO JR.,R.A

Arq.Bras.Cardiol.,22:123-130,1969. (DOC. 308)

Os AA procuraram correlacionar o tamanho das anomalias cardíacas (comunicações interarterial e interventricular), associadas à atresia tricúspide, a evolução eletrocardiográfica, o prognóstico e a sobrevida dos doentes estudados.

Estudaram 5 pacientes com atresia tricúspide; todas apresentavam cianose, desvio do eixo elétrico para a esquerda, cardiomegalia às custas das camaras esquerdas e do átrio direito. Dois doentes foram submetidos a intervenção cirúrgica. Os pacientes foram classificados conforme a proposição de Gasul e col. (1966).

14. SARCOMAS PRIMÁRIOS DO ESTÔMAGO, CONSIDERAÇÕES A PROPÓSITO DE 5 CASOS APRESENTADOS.

ROSEMBERG, D.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. & VIEIRA, R.W.

Rvta.Assoc.Med.Brasil.,16:361-370,1970.
(DOC. 309)
Sinopse Gastroenter.,4;20,1971 (DOC. 309a)

Das neoplasias malígnas do estômago, os sarcomas embora constitindo entidade relativamente rara, não o são tanto como habitualmente se supõe, apresentando - 1,0 a 1,5% do total das neoplasias gástricas.

Sendo pouco frequênte em nosso meio, torna-se justificável a apresentação do presente trabalho.

O diagnóstico diferencial com os carcinomas é difícil visto que o quadro clínico quanto radiológico, - são muito semelhantes, ambos atingindo o mesmo grupo - etário e predominando no sexo masculino, com sintomas cuja duração varia de algumas semanas a alguns anos.

Não há sinal radiológico característico, variando muito o aspecto, existindo apenas alguns sinais sugestivos. Desde que em mãos experientes, a gastroscopia, associada à biópsia e à citologia oncótica, são de grande valia para o diagnóstico.

Os AA obtiveram bom resultado realizando gastrectomia sub-total a BII, associada posteriormente à quimioterapia, sendo a sobrevida nos cinco casos estudados considerada satisfatória. Dos doentes que apresentaram sarcoma do estômago, a sobrevida é em geral mais longa que a dos atingidos pelo carcinoma gástrico. - Aqueles raramente dão metástases e o tratamento é sòmente cirúrgico, com o mesmo critério de radicabilidade que se segue para os carcinomas de mesma localização.

Dos cinco casos apresentados, um doente faleceu três meses após a cirurgia por ter sido tratado muito tardiamente e os restantes se mantêm assintomáticos, - radiologicamente normais, com 53, 77, 09 e 25 meses - após o tratamento e boas condições gerais.

15. METAPLASIA ÕSSEA EM CICATRIZ OPERATÕRIA.

ROSEMBERG, D.; VIEIRA, R.W.; MEDEIROS, R.R. & MANTOVANI, M.

Revta.Paul.Med.,79:33-36,1972 (DOC. 310)

Os autores apresentam um caso de metaplasia õssea em cicatriz operatõria, justificado por se tratar de ocorrência pouco frequênte, sendo relatado apenas três casos pelos autores nacionais.

Trata-se de um doente de 40 anos de idade, e a metaplasia õssea só foi descoberta 13 anos após a cirurgia anterior.

Na opinião dos autores, a ossificação heterotõpica é uma reação de defesa, como são todas as calcificações. Para seu aparecimento são necessários vários fatores: tecido conjuntivo capaz de reação metaplásica; cálcio mobilizado; vitamina D como fixadora; pertubação vascular; influência endõcrina principalmente das paratireõides.

O tratamento é eminentemente cirúrgico, com retirada da cicatriz anterior, juntamente com o osso neoformado.

16. ACTINOMICOSE ABDOMINAL. APRESENTAÇÃO DE UM CASO COM LOCALIZAÇÃO NO GRANDE EPÍPLOON.

BRANDALISE, N.A.; LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R; VIEIRA, R.W.; MANTOVANI, M.; SAAD, F.A. & CARVALHAL, S.S.

Revta.Assoc.Med.Bras.,18:69-72,1972.(DOC. 311)

O quadro clínico da actinomicose abdominal é variado, pois o actinomiceto pode atingir todos os órgãos intra-abdominais, e, na sua evolução estender-se e atingir a parede abdominal.

No abdome, a localização mais frequente é a fossa ilíaca direita, devido a frequencia das afecções apendiculares perfuradas ou supuradas, que são o ponto de partida mais comum para a penetração do fungo.

Os tecidos atingidos tornam-se de consistência aumentada formando tumores ou infiltrações da parede abdominal, conferindo consistência lenhosa e de delimitação pouca precisa.

Quando o tumor é intra-abdominal e não apresenta fistulização externa, como ocorreu no nosso caso, o diagnóstico pré operatório oferece dificuldades havendo frequentemente confusão com tumores malígnos abdominais.

Devida a baixa incidência da localização abdominal da actinomicose em nosso meio, os AA justificam a apresentação de um caso operado com diagnóstico clínico de tumor intra-abdominal inflamatório.

À laparotomia foi constatado abcesso do grande epíploon que foi ressecado.

O exame anátomo-patológico mostrou presença do actinomiceto.

17. COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NO PACIENTE IDOSO EM CIRURGIA GASTROENTEROLÓGICA.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; - VIEIRA, R.W.; BRANDALISE, N.A.; OLIVEIRA JR.L.M. & COLOMBO, J.R.

Revta.Bras.Clin.Terap.,1:143-146,1972

(DOC. 312)

Os AA. estudaram 100 doentes submetidos a diferentes tipos de cirurgia do aparelho digestivo no período de 1969 a 1971; analisaram as complicações pulmonares e mortalidade em relação a natureza e localização da patologia cirúrgica, e, ao caráter de urgência ou - não do ato aperatório.

Destes, 73 foram operados eletivamente e 27 em caráter de urgência.

Na presente casuística, em relação às cirurgias eletivas a morbidade verificada foi de 26%, enquanto - nas cirurgias de urgência foi de 25,9%.

A mortalidade em relação ao aparelho respiratório foi 6,8% nas cirurgias eletivas e de 25,9% nas cirurgias de urgência.

Em ambos os grupos foi observada maior incidência de complicações e taxa de mortalidade mais elevada nos pacientes com afecções neoplásicas e nos submetidos à cirurgia do andar supramesocólico.

Os óbitos e as complicações pulmonares foram verificados na sua quase totalidade em doentes com patologia pulmonar prévia, sobretudo nos enfisematosos.

A complicação mais frequente e que mais vezes levou ao óbito, foi a broncopneumonia.

18. CIRURGIA GASTROENTEROLÓGICA NO PACIENTE IDOSO - COMPLICAÇÕES CARDÍACAS - ANÁLISE DE 100 CASOS.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R.; - VIEIRA, R.W.; BRANDALISE, N.A.; OLIVEIRA JR., L. M. & COLOMBO, J.R.

Rvta.Bras.Clin.Terap.,1:253-256,1972(DOC. 313)

Os AA. analisam 100 doentes acima de 60 anos de idade, submetidos à cirurgia gastroenterológica no período de 1969 a 1971. Destes, 78 foram submetidos à cirurgia eletiva e 22 à de urgência.

Com relação ao total de doentes analisados, - encontram-se 75 portadores de alterações cárdio-circulatórias.

A cardiopatia com maior incidência nesta casuística foi a isquemica, verificada em 56 doentes.

Num total de 11 casos com complicações, a cardiopatia que maior número de complicações apresentou foi a isquêmica (08 casos).

A complicação mais frequente foi o infarto do - miocárdio também em 08 casos.

Com relação à complicação que maior número de vezes levou ao óbito, tivemos o próprio infarto do miocárdio, em cinco casos.

Foi verificado também maior número de complicações nos portadores de doenças neoplasicas do que naqueles portadores de afecções não neoplasicas.

Em relação às cirurgias de urgência, a mortalidade foi significativamente mais elevada que naqueles submetidos à cirurgia eletiva.

A morbidade geral, em relação ao aparelho cardiocirculatório foi de 11% e a mortalidade de 5%. Não foram observadas complicações cardíacas nos doentes - considerados normais.

19. COMPLICAÇÕES CARDÍACAS DA CIRURGIA GERAL NO PACIENTE IDOSO: ANÁLISE DE 250 CASOS.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; - VIEIRA, R.W.; ROSSI, C. & TORRE, C.A.D.

Revta.Paul.Med., 80:137-140,1972. (DOC. 314)

Os AA. estudaram 250 doentes acima de 60 anos de idade submetidos a diferentes tipos de cirurgias eletivas, sob o ponto de vista cardiovascular.

Destes, 176 apresentaram cardiopatia prévia, nos quais 135 eram do tipo isquêmico decorrente de coronariopatia aterosclerótica, 24 de cardiopatia do tipo - chagásico e 17 por hipertensão arterial.

Sòmente os doentes que apresentavam cardiopatia prévia tiveram complicações cardíacas no pós-operatório, o que demonstra que a avaliação pré-operatória foi adequada.

Concluem que a cardiopatia mais frequente e que mais complicações apresentou foi a cardiopatia isquêmica por coronariopatia aterosclerótica. A complicação mais frequente e que levou mais vezes a óbito foi o infarto do miocárdio. A morbidade geral foi de 6,4% e a mortalidade de 3,2%.

20. COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS NO PACIENTE IDOSO EM CIRURGIA GERAL: ANÁLISE DE 250 CASOS.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; VIEIRA, R.W.; - MANTOVANI, M.; DELLA TORRE, C.A. & ROSSI, C.

Revta.Pal.Med.,80:239-242,1972. (DOC. 315)

Os autores analisaram 250 pacientes acima de 60 anos de idade, submetidos à cirurgia geral e suas complicações com relação ao aparelho respiratório. Dos 250 pacientes analisados, 105 foram considerados pneumopatas, dos quais 87 apresentavam enfisema pulmonar.

Das 54 complicações observadas, 23 ocorreram em pacientes considerados normais e 31 pacientes considerados pneumopatas. Os pacientes enfisematosos apresentavam maior número de complicações. A complicação pulmonar mais frequente e que maior número de vezes levou a óbito foi a broncopneumonia. Nesta série foram verificados 13 óbitos (5,2%), dos quais 12 por broncopneumonia.

21. ASCARIDÍASE DAS VIAS BILIARES, REVISÃO DA LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE 3 CASOS.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.: MEDEIROS, R.R.; VIEIRA, R.W. & BRANDALISE, N.A.

Revta.Paul.Med.,80:201-204,1972. (DOC. 316)

Embora a ascaridíase das vias biliares seja pouco frequente no nosso meio, inúmeras são as publicações da literatura que tratam sobre o assunto.

Os AA., após revisão da literatura, apresentam - três casos de ascaridíase das vias biliares, fazendo - referências a etiopatogenia, quadro clínico, diagnósti co e tratamento.

Um dos doentes apresentava quadro clínico de colecistite aguda com hemobilia e outro era portador de fístula colecistoduodenal.

Icterícia foi verificada em dois doentes.

O diagnóstico foi conseguido através de colangiografia sendo que em dois deles durante o ato operatório e em outro pelo dreno de KEHR colocado no colédoco durante cirurgia anterior.

Todos os doentes foram submetidos a exploração - cirúrgica das vias biliares, remoção do ascaride e ministração piperazina no pós-operatório.

22. CISTOS MESENTÉRICOS. REVISÃO DA LITERATURA E APRESENTAÇÃO DE 7 CASOS.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; - VIEIRA, R.W.; SAAD, F.A. & BRANDALISE, N.A.

Rvta.Assoc.Med.Brasil.,18:441-446,1972.

(DOC. 317)

Os AA. apresentam 07 casos de cistos mesentéricos, considerados os mais raros tumores da cavidade - abdominal.

O diagnóstico pré-operatório foi possível somente em três casos; nos demais o diagnóstico foi intra - operatório.

O tamanho dos cistos foi variável, sendo que em um dos casos, apresentava dimensão de tal monta, que ao exame confundiu-se com ascite.

Os AA. realizaram cistografia pré ou intra operatória, com finalidade diagnóstica e para afastar eventual comunicação do cisto com alças intestinais ou pâncreas.

O tratamento de escolha, consistiu na enucleação do cisto, praticada em 04 casos; enterectomia foi realizada em dois, devido à íntima relação entre os cistos e os vasos mesentéricos e esvaziamento por punção em um, que recidivou um ano depois, obrigando a reoperação para enucleação do cisto.

Apenas um doente faleceu devido a infarto hemorrágico do intestino decorrente de trombose venosa.

23. HIPERPLASIAS FOCAIS ADENOMATOSAS E ADENOMIOMATOSAS DA VESÍCULA BILIAR.

ROSENBERG, D.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; VIEIRA, R.W. & BRANDALISE, N.A.

Revta.Paul.Med.,81:141-152,1973. (DOC. 318)

Em revisão da literatura os autores verificaram divergências quanto à nomenclatura, classificação e etiologia desta afecção.

O diagnóstico foi estabelecido no pré-operatório através de colecistograma oral em 05 pacientes, enquanto que nos outros cinco durante a exploração da cavidade peritoneal. Todos os pacientes foram submetidos à colecistectomia.

O resultado do exame anátomo-patológico das peças operatórias revelou em nove casos hiperplasias focais adenomiomatosas e em um, hiperplasia focal adenomatosa da vesícula biliar.

O presente trabalho não permite concluir quanto à etiologia e a malignização da afecção.

Os autores preconizam a colecistectomia tendo em vista os resultados satisfatórios observados nesta série e da impossibilidade de excluir neoplasia maligna.

24. VOLVO DO INTESTINO DELGADO.

LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. & FARNOCCHI, F.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,19:161-164,1973.

(DOC. 319)

Em extensa revisão da literatura os AA. verificaram que o volvo do intestino delgado é afecção pouco frequênte, de difícil diagnóstico, cujo tratamento cirúrgico acarreta elevada morbidade e mortalidade.

Assim, os AA., apresentam 18 casos de volvo do intestino delgado, dos quais três haviam sido anteriormente submetidos à cirurgia abdominal.

O diagnóstico pré-operatório de obstrução intestinal foi estabelecido em 14 casos (77,7%), que em apenas dois (11,1%) foi possível estabelecer o diagnóstico pré-operatório de volvo do intestino delgado, graças ao sinal radiológico de imagem semelhante a um "grão de café"; quatro (22,2%) doentes foram operados com diagnóstico de infarto hemorrágico do intestino.

A cirurgia foi indicada o mais precocemente possível após correção de anemia e dos distúrbios hidro - eletrolíticos.

Na maioria dos casos, o local da lesão foi o -

íleo terminal (77,7%). Na maioria dos casos foi necessário enterectomia (72,7%). Nestes, apenas em dois casos houve necessidade de extensa ressecção do intestino delgado; nos demais a ressecção variou de 20 a 80 centímetros (84,6%). Em um doente, houve deiscência - parcial da anastomose e fístula que se fechou na quinta semana.

Dois casos em que havia sido feita apenas a distorção do volvo, apresentaram no pós-operatório necrose da alça intestinal; um deles faleceu por choque tóxêmico e o outro, submetido a enterectomia apresentou resultado final satisfatório. Os autores puderam comprovar diferentes fatores etiológicos em 83,1% dos casos.

Os AA. verificaram morbidade de 38,8% e mortalidade de 5,5%, bem abaixo das referidas na literatura e atribuem tais fatos ao adequado preparo prê-operatório e minuciosa avaliação da viabilidade das alças comprometidas durante o ato operatório.

25. ESTUDO CRÍTICO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PSEUDO CISTO DO PÂNCREAS - ANÁLISE DE 13 CASOS.

LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. & BRANDALISE, N.A.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,19:197-202,1973.

(DOC. 320)

Os AA. apresentaram 13 casos de pseudocisto do pâncreas submetidos a diferentes condutas cirúrgicas.

A etiologia mais comum foi a pancreatite alcóolica verificada em 10 casos.

A localização mais frequente do pseudocisto foi o corpo do pâncreas (09 casos).

Os AA. analisam o quadro clínico, salientando que três doentes apresentaram abdome agudo perfurativo consequente a ruptura de pseudocisto na cavidade peritoneal, por ocasião da admissão hospitalar.

Citam os métodos propedêuticos utilizados para o diagnóstico pré-operatório, estabelecido em oito casos.

Quanto ao tratamento, seis doentes foram submetidos a drenagem interna, dos quais quatro por anastomose do pseudocisto a alça jejunal exclusa em Y de Roux, um por anastomose do pseudocisto ao estômago e outro ao duodeno.

Pancreatectomia distal com ressecção do pseudo - cisto localizado na cauda do pâncreas foi efetuada em um doente.

Drenagem externa foi praticada em seis doentes,- dos quais cinco por drenagem simples e um por marsupialização.

Foram observadas duas complicações em doentes submetidos a anastomose de pseudocisto a alça jejunal exclusa em Y de Roux: recidiva do pseudocisto que obrigou a reoperação por marsupialização e abscesso subfrênico drenado por laparotomia, ambos com evolução clínica satisfatória.

Diante das diferentes condutas propostas na literatura, o presente trabalho permite as seguintes con - clusões, que estão de acôrdo com a maioria dos autores:

1. Drenagem externa deve ser praticada nos casos de pseudocisto com paredes friáveis, bem como nos doentes com pseudocisto infectado ou em mau estado geral.

2. Drenagem interna por anastomose do pseudocisto a alça jejunal exclusa em Y de Roux deve ser a conduta eletiva nos casos de pseudocisto com paredes bem formadas e consistentes.

3. Pancreatectomia distal é reservada aos casos de pseudocisto que se localizam na cauda do pâncreas.

Os AA. salientam que todas as anastomoses foram realizadas em um único plano de sutura, seromuscular - extramucoso e com fio inabsorvível.

26. ESTUDO EXPERIMENTAL COMPARATIVO ENTRE AS SUTURAS EM PLANO ÚNICO, TOTAL, EXTRAMUCOSA E DE EVERSÃO.

ROSENBERG, D.; FRAZATTO JR. C.; MANTOVANI, M.; - VIEIRA, R.W. & MEDEIROS, R.R.

Revta.Paul.Med.81:5-12,1973. (DOC. 321)

Os autores realizaram 42 anastomoses intestinais em 14 cães utilizando diferentes tipos de sutura em - plano único, com fio de algodão 5-0. Deste grupo, um cão foi sacrificado após 48 horas, quatro cães após 14 dias, e, nove após 21 dias.

O estudo macroscópico da cavidade abdominal dos 14 cães sacrificados após 48 horas, 14 e 21 dias, revelou a presença ao nível das anastomoses, de aderências epiplóicas e de alças entre si, em todos os casos. - Estas aderencias foram mais extensas na sutura de eversão, sendo equivalentes nas outras duas.

O diametro da luz intestinal foi medido ao nível da sutura em oito cães. Os resultados foram praticamente iguais nas suturas total e extramucosa e nitidamente superiores aos valores encontrados na sutura de eversão.

Nos outros seis cães foi feita a medida da resistência à distensão. Os resultados não permitiram afirmar qual a sutura mais resistente.

Histológicamente, em seis cães, a sutura total -

mostrava boa coaptação das bordas de sutura em três casos e regular em outros três. Da mesma maneira, a reação inflamatória foi pequena em três casos e mais intensa em outros três. A proliferação fibroblástica, de boa intensidade em dois casos após 14 dias, era menos intensa após 21 dias em três casos.

A sutura extramucosa mostrou boa coaptação com pequena reação inflamatória e boa proliferação fibroblástica em todos os casos.

A sutura de eversão revelou boa coaptação das bordas de sutura em um só caso, e, falta de coaptação nos outros cinco. A reação inflamatória foi intensa com presença de necrose em todos os casos. A proliferação fibroblástica estava presente e era de boa intensidade num caso e estava ausente nos demais.

O presente trabalho permite as seguintes conclusões:

1. O estudo comparativo entre suturas total, extramucosa e de eversão, feitas em um só plano, mostrou vantagens para a sutura extramucosa que determinou melhor coaptação das bordas, menor reação inflamatória e mais intensa proliferação fibroblástica.

2. A sutura total foi igualmente boa, sendo seus resultados pouco inferiores aos da sutura extramucosa.

A sutura de eversão revelou-se má, determinando extensas aderencias, redução do diâmetro da luz intestinal, falta de coaptação das bordas e reação infamatória intensa.

27. FÍSTULAS BILIARES EXPONTÂNEAS.

LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R.; BRANDALISE, N.A.; MACHADO, M.C.C. & PEREIRA, R.M.

Revta.Paul.Med.,83:49-56,1974. (DOC. 322)

Os AA., analisaram 11 doentes, portadores de fístulas biliares expontâneas. Em 08 doentes (72,7%) foi consequênte a colecistite crônica calculosa, em dois, foi devido a úlcera péptica crônica e em um, causada por adenocarcinoma da vesícula biliar. Quanto à localização, em seis doentes (54,5%) a fístula era colecistoduodenal, em um colecistocólica, em dois colecistocutânea e em dois colédocoduodenal. Dor abdominal, náuseas e vômitos ocorreram mais frequentemente; complicações com crises bílio-séptica, foram observadas em três doentes, íleo-biliar em dois e hemorragia digestiva em dois. Salientam a importância para o diagnóstico dos sinais radiológicos: demonstração de ar na via biliar na radiografia simples de abdome e a presença de bário na via biliar no exame radiológico de esôfago estômago e duodeno, ao enema opaco, ou ainda pela injeção de contraste, através da fístula biliar externa.

Enfatizam que o tratamento é sempre cirúrgico e a colangiografia intra-operatória se impõe. Nas fístulas de origem biliar, praticam colecistectomia, exploração das vias biliares e sutura da víscera oca comprometida; nas de origem péptica preferem a gastrectomia a Bilroth II, com exclusão do trajeto fistuloso.

28. COMPLICAÇÕES DA APENDICITE AGUDA.

LEONARDI, L.S.; BRANDALISE, N.A.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J.

Revta.Paul.Med.,83:159-164,1974. (DOC. 323)

A apendicite aguda, afecção extremamente frequente, ainda nos dias atuais, suscita problemas aos cirurgiões quanto ao diagnóstico, morbidade e mortalidade.

No presente trabalho os AA. estudam 200 doentes submetidos a apendicectomia nos quais houve comprovação diagnóstica por exame anátomo-patológico.

Os pacientes foram analisados principalmente quanto ao tempo de história, e se havia perfuração ou não do apêndice, por ocasião da cirurgia.

A morbidade foi de 18% e a mortalidade de 2,5%.

A análise destes 200 casos, permitiu as seguintes conclusões:

1. A morbidade e a mortalidade foram mais elevadas nos pacientes que apresentavam peritonite localizada ou generalizada.

2. A drenagem de cavidade peritoneal tem indicação precisa nos pacientes portadores de peritonite.

3. A lavagem da cavidade peritoneal no ato operatório e o uso de drenos tubulares para lavagem contínua da cavidade peritoneal com solução de soro fisiológico e antibióticos de largo espectro, fica reservada para os casos mais graves de peritonite generalizada.

29. TÉCNICAS DE ABERTURA E FECHAMENTO DO DUODENO.

LEONARDI, L.S.; BRANDALISE, N.A.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,20:109-110,1974.

(DOC. 324)

Os autores descrevem a técnica de duodenotomia - por secção do duodeno no sentido oblíquo e sutura no mesmo sentido, em um plano de sutura seromuscular extramucosa por aposição, com pontos separados com fio - de algodão 30.

Este método foi utilizado em 19 doentes submetidos a exploração das vias biliares, com idade variando de 25 a 83 anos, sendo 15 de sexo feminino; 17 brancos e dois negros.

As complicações locais foram de supuração da ferida operatória em 04 casos.

Este método é de fácil execução, oferece boa exposição da papila duodenal, não tendo sido observada - estenose ou deiscência de sutura. Esta técnica tem permitido a sutura duodenal no mesmo sentido da abertura, sem risco de diminuir a luz duodenal.

30. PANCREATITE AGUDA PÓS-TRAUMÁTICA - ANÁLISE DE 8 CASOS.

LEONARDI, L.S. & MEDEIROS, R.R.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,20:125-126,1974.

(DOC. 325)

Os autores analisam a evolução de oito pacientes submetidos a cirurgia por ferimentos pancreáticos e que apresentaram pancreatite aguda pós-traumática.

Consideram importante a elevação da amilase sérica para o dignóstico de pancreatite aguda pós-traumática nos pacientes que, no pós-operatório, apresentaram dor abdominal intensa, resistentes aos analgésicos comuns.

Preconizam, neste caso o tratamento conservador, com o objetivo de diminuir o estímulo da secreção pancreática.

Tiveram bons resultados com este tratamento em todos os pacientes da presente casuística.

31. TUBERCULOSE PERITONEAL.

BRANDALISE, N.A.; MAGALHÃES, A.F.N.; LEONARDI,L. S.; MEDEIROS, R.R. & MANTOVANI, M.

Revta.Paul,Med.,83:61-66,1974. (DOC. 326)

Os autores estudaram 13 doentes portadores de tuberculose peritoneal, fazendo especial referência à laparoscopia, que é o exame mais importante e decisivo para o diagnóstico da tuberculose peritoneal, que foi utilizada em 12 casos, por permitir visão direta da cavidade peritoneal e seus órgãos, além de possibilitar biópsia do peritônio parietal, grande epíploon e mesmo da superfície da víscera.

Permite ainda meio adequado para avaliar a eficácia da terapêutica clínica previamente instituída.

32. GASTRECTOMIA COM CONSERVAÇÃO DO PILORO NO TRATAMENTO DA ÚLCERA GÁSTRICA. EXPERIÊNCIA DE 20 CASOS

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; BRANDALISE, N.A. & MEDEIROS, R.R.

Revta. Assoc.Med.Brasil.,19:473-478,1973. (DOC. 327)
Revta.Col.Brasil.Cirurg.,1:110,1974. (DOC.327a)

Os AA. apresentam os resultados de 20 casos de úlcera gástrica, submetidos a gastrectomia com conservação do piloro em um período de três anos, segundo técnica de MAKI e col. (1967), modificada.

O objetivo desta técnica é evitar o "dumping" às custas da prevervação do esfincter do piloro. Para isto, a secção se fez 1,5 cm a montante do piloro, ressecando-se 50% do estômago e restabelecendo-se o transito por anastomose gastro-gástrica, semelhante a Billroth I, em um plano de sutura seromuscular extra-mucosa,por aposição, com pontos separados de fio de algodão número 30.

Em nenhum dos doentes constatou-se "dumping".

O estudo radiológico pós-operatório sistematizado não mostrou estase gástrica.

Os valores da secreção basal e da resposta máxima a histamina apresentaram-se, quase sempre, menores, em relação ao pré-operatório.

No seguimento pós-operatório os AA. constataram um caso de úlcera de boca anastomótica e um caso de estenose por prolapso da mucosa no antro residual, que obrigaram a reoperação.

33. ESTUDO COMPARATIVO DA CICATRIZAÇÃO NAS ANASTOMOSES DO ESÔFAGO CERVICAL COM TÉCNICAS DE SUTURA EM UM E DOIS PLANOS. TRABALHO EXPERIMENTAL EM CÃES.

MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; FAGUNDES, J.J. & MORISOT, P.

Revta.Paul.Med.,86:102-112,1975.

Resumo da Tese de Doutoramento à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 1973. (DOC. 328)

34. SUTURA EXTRAMUSCULAR EXTRAMUCOSA EM PLANO ÚNICO NA CIRURGIA DO INTESTINO.

MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & LEONARDI, L.S.

Revta.Paul.Med.,86:125,1975. (DOC. 328a)

Os autores analisaram os problemas técnicos,as complicações pós-operatórias e a evolução clínica dos doentes submetidos a sutura em um plano único seromuscular - extramusosa com justaposição das bordas, na cirurgia dos intestinos delgado e grosso.

Foram operados 30 doentes, dos quais 12 com lesão traumática do intestino delgado, seis com lesão isquemica segmentar do intestino delgado e 12 com neoplasia maligna do intestino grosso.

As suturas e anastomoses foram precedidas sempre - por hemostasia prévia dos vasos da submucosa, com fio de categute 4-0 simples. Utilizou sempre fio de algodão Nº 3-0 com agulha cilindrica, a distância entre os pontos separados foi sempre de aproximadamente três a quatro milímetros, evitando-se a tensão na linha de sutura. As - anastomoses e suturas são realizadas a céu aberto; nas - anastomoses inicia-se a sutura pela borda mesentérica, - de tal modo que os nós fiquem sempre dentro da luz da viscera, no contorno posterior e para fora, na sutura do contorno anterior da anastomose.

O presente estudo permite as seguintes conclusões:

1. A técnica utilizada oferece adequada segurança - na reparação primária de lesões traumáticas, bem como, -

nas anastomoses praticadas após ressecções segmentares do intestino delgado.

2. A técnica utilizada oferece adequada segurança nas anastomoses após hemicolectomia direita e esquerda em doentes portadores de neoplasias malígnas do colo.

3. A presença de peritonite purulenta não constituiu contra indicação no intestino delgado.

4. Não ocorreu deiscência de sutura na presente casuística.

5. A ausência de hemorragia no pós-operatório, demonstrou a eficácia da hemostasia prévia dos vasos da submucosa.

6. A baixa incidência de íleo paralítico e a permanência hospitalar de pós-operatório relativamente curta, confirma a eficácia da técnica empregada.

7. Ocorreram dois óbitos (6,6%), um por toxemia devido à broncopneumonia e o outro por caquexia consequente à carcinoma generalizado.

35. FECHAMENTO DE COLOSTOMIA EM ALÇA COM SUTURA SEROMUSCULAR EXTRAMUCOSA COM JUSTAPOSIÇÃO DAS BORDAS.

MANTOVANI, M.; REIS NETO, J.A.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,21:223-225,1975.

(DOC. 329)

Os autores analisam os problemas técnicos, as complicações pós-operatórias e a evolução clínica de 33 doentes operados, que apresentavam colostomia temporária em alça realizadas por diferentes indicações precisas, sendo que 16 doentes apresentavam obstrução intestinal consequente a câncer do colo sigmóide, quatro casos de ferimentos cólico por arma de fogo, sete devido à empalamento, cinco por diverticulite cólica perfurada e o último por apresentar ferimento do colo por arma branca.

Por ocasião do fechamento das colostomias, observou-se sinais clínicos e laboratoriais de desnutrição em seis doentes.

O fechamento da colostomia em alça limitou-se à simples incisão contornando os estomas, sendo desfeitas as aderências das superfícies serosas, com reavivamento de todo o contorno, efetuando-se a sutura do estoma resultante, sendo reintroduzida na cavidade peritoneal, e, posteriormente, fechamento da parede abdominal.

O restabelecimento do trânsito foi sempre efetuado com sutura seromuscular extramucosa em plano único com justaposição das bordas.

As suturas foram precedidas sempre por hemostasia prévia dos vasos da submucosa, com fio de categute 4-0 simples, utilizou-se sempre fio de algodão número 30, em agulha cilindrica. A distância dos pontos foi sempre de aproximandamente três a quatro milímetros, evitando-se a tensão na linha de sutura. Os nós ficam voltados para fora na sutura do contorno do estoma.

Dos 33 doentes operados, 28 evoluíram sem complicações, e os outros cinco apresentaram supuração da ferida operatória, que evoluíram satisfatóriamente com tratamento conservador.

Os autores destacam que a técnica empregada oferece adequada segurança, pois não ocorreu deiscência de sutura. A ausência de hemorragia no pós-operatório demonstra a eficácia da hemostasia prévia dos vasos da submucosa.

A baixa incidência de íleo-paralítico e a permanência hospitalar pós-operatória relativamente curta, confirma a eficiência da técnica empregada.

36. 1 - GASTRECTOMIAS: SUTURA EM UM PLANO.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & MEDEIROS, R.R.

Revta.Paul.Med.,85:109-115,1975.
Revta.Paul.Med.,85:XVIII e XIX, 1975.
(RESUMOS ANALÍTICOS). (DOC. 330)

Os autores apresentam o resultado de 100 doentes submetidos a gastrectomia com o emprego da sutura em um plano seromuscular extramucoso com justaposição das bordas. Destes, 50 eram portadores de úlcera duodenal 28 de úlcera gástrica, 06 de úlcera gástrica e duodenal concomitantes e 16 do câncer do antro gástrico operados tanto eletivamente quanto de urgência. Quanto ao tipo de ressecção gástrica praticou-se sistematicamente, em todos os casos gastrectomias a HOFFMEISTER - FINSTERER, com boca parcial, quer para anastomose gastroduodenal ou gastrojejunal.

Esta última sempre foi efetuada por técnica anisoperistaltica transmesocólica. Noscasos de câncer, a gastrectomia subtotal ampliada foi adotada, sendo o trânsito alimentar sempre reconstruído por anastomose gastrojejunal, sendo a secção praticada pelo menos 5 cm acima do limite superior da lesão e 4 cm abaixo do piloro. Dos 100 doentes operados, 74 evoluíram sem complicações, 26 apresentaram diferentes complicações, dos quais um faleceu. Complicações gerais, como broncopneumonia, infecção urinária e infarto do miocárdio,

ocorreram em 17, que tratados clínicamente, evoluíram satisfatòriamente. Quanto às complicações locais, supuração da ferida operatória ocorreu em 3, deiscência parcial da ferida operatória em 1, evisceração em 1, - fístula duodenal em 2; fístula pancreática em 1 e abscesso sub-hepático em 1, ambos tratados clinicamente,- evoluíram satisfatòriamente.

No presente trabalho não foi observado hemorragia pós-operatória e a sonda naso gástrica foi retirada no 2º ou 3º dia de pós-operatório, com o restabelecimento das funções intestinais. Na presente casuística, 62 doentes não receberam antibióticos nos pós-operatório e apenas 4 tiveram complicações locais da ferida operatória e 84 doentes receberam alta até o 15º - dia de pós-operatório, dos quais 59 entre o 5º e 10º.- Não ocorreu deiscência nas anastomoses praticadas. A baixa mortalidade (1,0%) verificada e a pequena morbidade (9,0%) permitem concluir pela segurança de método.

37. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES VARIEDADES - DE SUTURA EM UM E DOIS PLANOS NO INTESTINO GROSSO: TRABALHO EXPERIMENTAL NO CÃO.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; ALCÂNTARA, F.G. ; MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J. & HADLER, W.A.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,22:245-251,1976. (DOC. 331)

Os estudos comparativos da cicatrização das anastomoses realizadas no intestino grosso de 60 cães, mostra haver vantagens no emprego da variedade de sutura em um plano seromuscular extramucosa com justaposição das bordas.

Resultados pouco inferiores são verificados com sutura em um plano seromuscular extramucosa com inversão das bordas e em um plano perfurante total. Os piores resultados são obtidos com a sutura em um plano - com eversão das bordas e com as variedades em dois planos, tanto com o primeiro plano mucoso, quanto perfurante total.

Nos animais aos 4 e 15 dias após a intervenção - cirúrgica, é muito nítida a superioridade da sutura em plano único seromuscular extramucosa com justaposição das bordas sobre os demais tipos de sutura, tanto no aspecto macroscópico como no microscópico, pois apresentou melhor coaptação das bordas, sem aumento da espessura da parede ao nível da anastomose, menor reação inflamatória exsudativa, mais precoce e intensa proliferação fibroblástica, menor reação inflamatória atribuível ao fio de sutura e menor alteração vascular ao nível da cicatrização.

38. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES VARIEDADES - DE SUTURA EM UM E DOIS PLANOS NO INTESTINO DELGADO. TRABALHO EXPERIMENTAL NO CÃO.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; ALCÂNTARA, F.G. ; MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J. & HADLER, W.A.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,22:79-86,1976.

(DOC. 332)

Os estudos comparativos da cicatrização das anastomoses realizadas no intestino delgado de 60 cães, - mostra haver vantagens no emprego da variedade de sutura em um plano seromuscular extramucosa com justaposição das bordas.

Resultados pouco inferiores são verificados com sutura em plano seromuscular extramucosa com inversão das bordas e em um plano perfurante total. Os piores resultados são obtidos com sutura em um plano com eversão das bordas e com as variedades em dois planos, tanto com o primeiro plano muco-mucoso, quanto perfurante total.

39. DIVERTICULO DUODENAL VERDADEIRO PERFURADO.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. ; MORAIS, D.P. & FAGUNDES, J.J.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,21:367-368,1975. (DOC. 333)

Os AA. apresentam dois casos desta afecção pouco frequente. Um dos casos ocorreu após gastrectomia a B_{II} no passado, com peritonite, sendo submetido à sutura do divertículo; veio a falecer por distúrbios do ritmo cardíaco. O outro caso apresentava divertículo perfurado no retroperitôneo, havendo concomitância com úlcera perfurada em peritôneo livre. Foi submetido a gastrectomia B_{II} e sutura do divertículo; apresentou fístula duodenal que se fechou expontâneamente com o tratamento clínico.

Em ambos os casos, os divertículos situavam-se na 2º porção do duodeno e não eram justa-ampolares.

Os autores referem que nos casos onde so há a ocorrência do divertículo perfurado, a conduta deve ser a ressecção e sutura. Quando existe úlcera duodenal concomitante, deve ser realizada a gastrectomia a B_{II}. Ainda nos casos de divertículos justa-ampolares, deve ser realizada em rotina a colangiografia intra-operatória.

40. VALOR DA DRENAGEM DA CAVIDADE PERITONEAL NO TRATAMENTO DAS LESÕES TRAUMÁTICAS DO PÂNCREAS.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & MEDEIROS, R.R.

Revta. Paul. Med.,87:73-74,1976. (DOC. 334)

Os AA. efetuam estudo da importância da drenagem da retrocavidade dos epíploons nos ferimentos pancreáticos. Foram estudados 41 doentes com diferentes lesões viscerais, determinadas por traumatismo abdominal, com idade variável entre 3 e 54 anos. Destes, 37 (90,3%)- eram do sexo masculino, 28 (68,5%) brancos, 8 (19,4%)- mestiços e 5 (12,1%) negros.

Os ferimentos foram determinados por arma de fogo em 25 (61,1%); arma branca em 7 (17%) e contusão abdominal em 9 (21,9%).

Nesta série, apenas 5 feridos (12,1%) apresentavam ferimentos exclusivos do pâncreas; os demais tinham lesões viscerais múltiplas.

Em todos os doentes, após o tratamento cirúrgico efetuou-se a drenagem da cavidade peritoneal, sendo os drenos colacados na retrocavidade dos epíploons, e em alguns casos, associados a drenagem sub-hepatica concomitante, de acordo com as lesões associadas, sempre exteriorizados por contra abertura. Em 13 doentes (31,6%) empregou-se dreno de Penrose; drenos tubulares número 30 foram utilizados em 21 (51,4%) e dreno de Penrose e

tubular associados em 7 (17%).

Dos 41 doentes, 16 (38,9%) evoluíram sem complicações. Ocorreram 3 (7,3%) óbitos. Nos outros 22 - (53,4%) ocorreram diferentes complicações.

Quanto aos óbitos, 2 (4,8%) foram devido a toxemia secundária a broncopneumonia. O outro (2,4%) paciente que faleceu, apresentava também ferimento duodenal, ocorrendo deiscidência da sutura peritoneal, - com toxemia por peritonite secundária.

Os autores concluem que embora a drenagem da retrocavidade dos epíploons não previna complicações, deve continuar sendo utilizada sistematicamente, pelas - valiosas informações que pode oferecer para o dignóstico, como também por permitir orientação terapêutica mais precoce e adequada em determinadas complicações,- particularmente na fístula pancreática.

41. TRATAMENTO DA PANCREATITE AGUDA PELO GLUCAGON. - ESTUDO EXPERIMENTAL EM CÃES.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; COMODO, H.; - MACHADO, M.C.C.; FAGUNDES, J.J.; FARIA, J.L. & MANTOVANI, M.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,22:195-198,1976. (DOC. 335)

Os AA. estudaram comparativamente em 30 cães com pancreatite aguda experimental, a utilização do glucagon (4mg/dia-I.V.), do grupo controle (soro fisiológico), e de solução de glicose hipertonica.

Verificaram que a mortalidade e a amilasemia foram significativamente mais baixas no grupo em que se utilizou o glucagon. Neste, as áreas de necrose foram menores (1,5cm) e raramente observadas; microscópicamente as áreas de necrose e a reação inflamatória foram sensivelmente menores quando comparadas com os outros grupos experimentais.

Estes achados levam a conclusão que a ação benéfica do glucagon se faz por outro mecanismo que não - seu efeito hiperglicêmico e que a administração de soluções hipertônicas de glicose não produz efeito benéfico na pancreatite aguda.

42. TÉCNICA DE ANASTOMOSE DUODENOJEJUNAL NO TRATAMENTO DAS LESÕES DAS 3a E 4a PORÇÕES DO DUODENO.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; BRANDALISE, N.A.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J.

Recta.Coleg.Brasil.Cirurg.,3:112-115,1976. (DOC. 336)

Os autores apresentam cinco casos de lesões das terceira e quarta porções do duodeno, sendo dois deles por traumatismo e os outros por tumor ao nível do jejuno proximal.

Todos foram submetidos à ressecção da terceira e quarta porção do duodeno, praticando-se a seguir, a sutura oclusiva em planos do duodeno remanescente. Mobilização do jejuno proximal, com fechamento do seu estoma. Abertura longitudinal do duodeno com extensão de aproximadamente quatro cm; na face anterior do duodeno e posterior do jejuno, realizando-se a anastomose latero-lateral em dois planos de sutura, proporcionando boca anastomótica ampla, melhor justaposição do duodeno ao jejuno com menor tensão da anastomose, além de vascularização mais adequada nos segmentos escolhidos para o restabelecimento do trânsito intestinal.

Todos os doentes apresentaram excelente evolução pós-operatória e o exame radiológico pós-operatório mostrou boa permeabilidade da anastomose duodenojejunal látero-lateral.

43. ATUALIZAÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PSEUDOCISTO DO PÂNCREAS.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; BRANDALISE, N.A.; MEDEIROS, R.R. & FAGUNDES, J.J.

Revta.Coleg.Brasil.Cirurg.,3:241-246,1976. (DOC. 337)

Os autores efetuaram o estudo de 26 casos de pseudocisto do pâncreas, onde são vistos aspectos que se prendem à localização, etiologia e quadro clínico, realizando uma revisão dos processos técnicos de tratamento cirúrgico adotados, cujos resultados colocam em confronto com aqueles da literatura médica mais atual consultada.

Concluem que a drenagem externa se indica em pseudocisto com paredes friáveis, alto grau de infecção e mau estado geral do doente. Quando a fístula pancreática externa persiste depois de cerca de oito semanas, aconselham, para a complementação, a drenagem interna.

Nos pseudocistos com parede bem constituída e estável adotam a drenagem interna, mediante pseudocistojejuno-anastomose em Y de Roux, qualquer que seja o tamanho do pseudocisto, por acreditarem ser o processo de menor morbilidade e mortalidade e maior percentagem de cura.

Reservam a pancreatectomia distal para os casos de pseudocisto de localização caudal.

44. RESULTADO DO EMPREGO DA SUTURA EM PLANO ÚNICO EXTRAMUCOSO NA CIRURGIA DA ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R.; BRANDALISE, N.A. & FAGUNDES, J.J.

Revta.Coleg.Brasil.Cirurg.,3:139-143,1976 (DOC. 338)

Os autores estudaram 40 doentes portadores de úlcera péptica perfurada: destes, 26 (65%) apresentavam úlcera duodenal e os outros 14 (35%), úlcera gástrica.

Após preparo metabólico,praticou-se em todos os casos, gastrectomia à Hoffmeister-Finsterer, com boca parcial, com reconstrução do trânsito por anastomose - gastrojejunal, aniso-peristáltica e transmesocólica,em plano único extramucoso, com justaposição das bordas,- utilizando-se fio de algodão número 30.

O estudo destes doentes permite as seguintes conclusões:

a) A ausência de deiscência nas anastomoses gastroduodenal e gastrojejunal permite concluir que a técnica de sutura utilizada oferece adequada segurança na realização de gastrectomias em doentes portadores de - úlcera péptica perfurada.

b) O fechamento do coto duodenal pela técnica descrita ofereceu segurança, pois apenas em (2,5%) dos doentes com hipoalbuminemia ocorreu deiscência desta sutura.

c) A baixa mortalidade (2,5%) verificada na presente casuística sugere a segurança do método na vigência de peritonite química.

45. SUTURA EM PLANO ÚNICO NA CIRURGIA GASTRINTESTINAL. RESULTADOS CLÍNICOS EM 756 DOENTES.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; BRANDALISE, N.A. & MEDEIROS, R.R.

Revta.Coleg.Brasil.Cirurg.,5:223-233,1977. (DOC. 339)

Os autores analisam os resultados clínicos de 756 doentes operados por diferentes afecções do trato intestinal, com a utilização da sutura em plano único seromuscular extramucosa com justaposição das bordas, com fio de algodão número 30, pontos separados, paralelamente.

Destes 756 doentes, 70 foram operados do esôfago 500 do estômago, 46 do duodeno e 140 dos intestinos - delgado e grosso.

No material analisado, ocorreram nove óbitos nas 70 cirurgias de esôfago, sendo um caso consecutivo à broncopneumonia, operado por megaesôfago, e os outros oito casos em doentes portadores de câncer do esôfago, dos quais cinco casos consecutivos a fístula esofagojejunal com peritonite e três por broncopneumonia.

Nos 500 doentes operados do estômago, ocorreram quatro óbitos por fístula duodenal, sendo um caso em - doente operado por úlcera gástrica hemorrágica e os outros três em doentes operados por câncer gástrico.

Nos 46 doentes que foram submetidos à abertura e

fechamento do duodeno, não ocorreram óbitos.

Nos 140 doentes operados de intestinos delgado e grosso, ocorreram dois óbitos, sendo um deles devido à caquexia conseqüente à carcinomatose generalizada e o outro por toxemia devido à broncopneumonia.

Outras complicações locais e gerais ocorreram em pequeno número, com evolução satisfatória.

Os autores referem que a técnica utilizada no presente estudo, confere boa segurança às suturas, dada a boa evolução dos doentes operados e a baixa mortalidade e complicações relacionadas com o método empregado, pois os doentes que faleceram apresentavam sinais clínicos de desnutrição e hipoalbuminemia, ou grave hemorragia por ocasião da admissão hospitalar, ou invasão neoplásica do coto duodenal.

46. A INCISÃO TRANSVERSA NA CIRURGIA DAS VIAS BILIARES.

BRANDALISE, N.A.; LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R. FAGUNDES, J.J. & MANTOVANI, M.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,23(11):405-6,1977. (DOC. 340)

Os autores fizeram análise comparativa entre 149 doentes submetidos à cirurgia das vias biliares por incisão longitudinal e 112 por incisão transversa. Os autores não constataram evisceração nos pacientes submetidos a incisão transversa, fato que foi verificado em um paciente (0,9%) operado com incisão longitudinal

Supuração da ferida operatória ocorreu em 7,3% dos pacientes submetidos a incisão longitudinal e em 2,5% dos pacientes nos quais se praticou a incisão transversa. Verificaram também que complicações pulmonares ocorreram em 8,2% dos pacientes submetidos a colecistectomia simples através de incisão longitudinal e em 2,5% quando se utilizou a incisão transversa.

Por outro lado, quando se praticou exploração das vias biliares, as complicações respiratórias ocorreram em 20% dos doentes operados por incisões longitudinais e em 11,7% dos operados por incisão transversa. Verificaram também que a necessidade de analgésicos e sedativos é bem menor, a mobilização dos pacientes é mais precoce e a eliminação das secreções pulmonares é mais fácil quando se pratica incisão transversa.

Estes fatos sugerem a utilização da incisão transversa, em especial no tratamento dos doentes idosos e pneumopatas crônicos que necessitam ser submetidas a cirurgia das vias biliares.

47. LIPOMAS INTESTINAIS.

REIS NETO, J.A.; QUILICI, F.A.; MEDEIROS, R.R. ; FAGUNDES, J.J.; MANTOVANI, M. & LEONARDI, L.S.

Revta.Assoc.Med.Brasil.,24(4):119-120,1978. (DOC. 341)

Os autores estudaram 13 casos de lipomas intestinais sendo um de intestino delgado, oito de colon e quatro de reto.

As complicações mais frequentes observadas foram a invaginação e a hemorragia.

A colonoscopia facilita o diagnóstico pré-operatório de lipoma e permite uma conduta cirúrgica menos ampla realizando-se somente a ressecção local com colostomia.

O diagnóstico correto de lipoma pré-operatório - mente pode ser feito utilizando-se o coloscopio. Este diagnóstico facilita a conduta cirúrgica, que deve ser menos agressiva, restringindo-se à ressecção local.

Quando persistir a dúvida, a melhor conduta é praticar-se a ressecção ampla.

Em face da invaginação cólica com necrose, deve ser realizada a colectomia com colostomia terminal e fechamento do coto distal.

O lipoma prolabado através do canal anal pode - ser ressecado por via transanal, sem necessidade de preparo intestinal prévio.

48. RESULTADOS DE 150 CASOS DE MEGACOLON ADQUIRIDO TRATADOS PELA OPERAÇÃO DE DUHAMEL

MEDEIROS, R.R.; REIS NETO, J.A.; LEONARDI, L.S.; ACCORRONI , M.E. & ANDREOLLO, N.A.

Revta.Soc.Bras.Proctologia,3(2):19,1979. (DOC. 342)

Os autores analisam os resultados do tratamento cirúrgico do megacolon chagásico. Em relação as complicações precoces verificaram a incidência de 6,6% - com a técnica clássica de Duhamel, e, 16,6% com a técnica de Duhamel modificada por Haddad. A incidência - de complicações tardias foi de 5,9% com a técnica clássica de Duhamel e 20% com a técnica de Duhamel modificada por Haddad.

Dos pacientes, cinco faleceram (3,33%).

Três foram submetidos a operação clássica de - Duhamel e dois a operação modificada por Haddad.

49. ESTUDO CRÍTICO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABSCESSO SUBFRENICO.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S. & MEDEIROS, R.R.

Revta.Paul.Med.,95:61-64,1980. (DOC. 343)

Os autores realizam um estudo crítico de 30 casos de abscesso subfrênico (ASF) como complicação pós operatória, sendo 16 após cirurgia de urgência e os - outros 14 após cirurgia eletiva.

A ocorrência da afecção foi mais frequente entre 21 e 30 anos, no sexo masculino e na raça branca. Quanto à localização, 13 situavam-se no espaço sub-frênico direito, 12 no esquerdo e outros 5 no espaço sub-hepático. sendo todos posteriores.

A maior incidência de ASF foi após cirurgia das vias biliares (26,7%), seguida da cirurgia dos intestinos (20%), apendicectomias (16,7%) e esplenectomias - (13,3%).

O diagnóstico, na maioria dos casos foi possível nos primeiros 30 dias de pós-operatório (66,7%), embora 2 casos tenham sido diagnosticados após um ano (6,7%) A etiologia foi imputada à drenagem intra-peritoneal - inadequada em 9 casos (30%), contaminação da cavidade peritoneal em 7 casos (23,3%), ausência da drenagem em 5 outros (16,7%), corpo estranho em 2 (6,7%), perfura-

ção acidental do esôfago em 1 (3,3%), ferimento pan - creático em 1 (3,3%) e nos outros 5 casos (16,7%) a etiologia não foi definida.

A conduta utilizada foi a laparotomia transperitoneal em 20 casos (66,7%) e extraperitoneal nos outros 10 (33,3%), sendo que em todos utilizou-se dreno tubular, que permaneceu em média 10 dias.

Observou-se recidiva do ASF em 3 casos (10%) cuja via de acesso foi extraperitoneal em dois casos e, o outro, drenado por via transperitoneal, após a retirada precoce do dreno.

Ocorreu apenas um óbito (3,3%) por toxemia consequente a peritonite generalizada, em doentes drenados por via de acesso extra peritoneal.

Os autores preferem a drenagem do ASF por via - transperitoneal, por permitir drenagem mais adequada,- transformação de eventuais lojas e recessos em cavidade única de drenagem, podendo ser realizada através de laparotomia sub-costal ou longitudinal paramediana transretal, enfatizando que o dreno não deve ser retirado - precocemente.

50. ESTUDO CRÍTICO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS FERIMENTOS DO DUODENO E DO PÂNCREAS.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & MEDEIROS, R.R.

Revta.Coleg.Brasil.Cirurg.,5(7):211-220,1980.

(DOC. 344)

Os autores estudaram 104 pacientes com ferimentos do duodeno e pâncreas, exclusivos ou concomitantes submetidos a diferentes condutas cirúrgicas.

Com relação aos 47 doentes com ferimentos duodenais exclusivos, foram verificados três (6,38%) fístulas duodenais e três (6,38%) abscessos intraperitoneais

Ocorreram oito (16,68%) casos de fístulas pancreáticas, seis (12,5%) casos de pancreatite aguda e dois (4,16%) casos de pseudocisto do pâncreas dentre os 48 pacientes portadores de ferimentos pancreáticos exclusivos.

Quanto aos nove casos de ferimentos concomitantes do duodeno e do pâncreas, foram observados quatro (44,4%) casos de fístula pancreática, dois (22,2%) casos de fístula duodenal e um (11,1%) caso de pancreatite aguda pós traumática.

Apenas nove doentes faleceram, ou seja, 8,65% dos quais quatro por fatores não relacionados diretamente à técnica operatória utilizada.

A sutura simples poderá ser praticada nos ferimentos duodenais que não determinem sua secção completa e não apresentem lesão da papila duodenal. A sutura de sepultamento das bocas, associadas à anastomose duodenojejunal proximal, látero-lateral deverá ser preferida na secção completa de duodeno, localizada distalmente à ampola de Vater. A sutura do pâncreas deverá ser utilizada em todos os ferimentos superficiais e de pequena extensão.

A pancreatectomia distal de corpo, ou de cauda, deverá ser praticada nos ferimentos com possível lesão do ducto de Wirsung e quando houver extensa lesão glandular nestas localizações. Os ferimentos concomitantes do duodeno e do pâncreas deverão ser tratados como nas lesões exclusivas.

51. FERIMENTOS DO DUODENO. ESTUDO CRÍTICO.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & MEDEIROS, R.R.

An:paul.Med.Cir.,107(1):01-12,1980. (DOC. 345)

Os autores estudaram 47 doentes portadores de ferimentos exclusivos do duodeno, submetidos a diferentes condutas cirúrgicas.

Verificaram-se três (6,38%) fístulas duodenais e três (6,38%) abcessos intraperitoneais, todos com evolução satisfatória ao tratamento especifico.

Ocorreram quatro (8,51%) óbitos, dos quais, dois por fatores não relacionados diretamente com a técnica operatória utilizada.

A sutura simples poderá ser praticada nos ferimentos duodenais que não determinem sua secção completa e não apresentem lesão da papila duodenal. A sutura de sepultamento das bocas, associadas à anastomose duodenojejunal proximal, látero-lateral, deverá ser preferida nas secções completas de duodeno, localizadas distalmente à ampola de Vater.

52. ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS TÉCNICAS DE DUHAMEL E DUHAMEL-HADDAD NA CIRURGIA DO MEGACOLON CHAGÁSICO.

MEDEIROS, R.R.; REIS NETO, J.A.; LEONARDI, L.S.; PIRES, A.M. & ACCORRONI, M.E.

Revta.Paul.Med.,96:61-66,1980. (DOC. 346)

Os autores analisam 166 casos de megacolon chagásico operados no período de 1968 a 1979. Destes, 120 foram operados com a técnica clássica de Duhamel e 46 com a técnica de Duhamel modificada por Haddad.

A indicação cirúrgica na maioria dos pacientes foi devida à ocorrência de fecaloma ou volvo. Os autores procuram analisar as complicações gerais e locais verificadas, bem como comparar sua incidência com as duas variedades técnicas. Em relação aos resultados precoces, as complicações foram mais frequentes quando foi empregada a técnica de Duhamel-Haddad (19% contra 8,3%). A mortalidade verificada quando foi utilizada a técnica Duhamel-Haddad foi de 4,3%, sendo que os óbitos não foram devidos a causas diretamente relacionadas à técnica empregada, enquanto a mortalidade verificada com a técnica de Duhamel-Grobb foi de 2,5%, porém os óbitos foram devidos a causas diretamente relacionadas com a técnica empregada.

Os resultados tardios se equivalem, pois todos os pacientes apresentam rítmo intestinal satisfatório e não houve recidiva do megacolon.

Os autores concluem ser a técnica de Duhamel-Haddad mais segura, provocando menos dor e principalmente por permitir a observação da alça abaixada e a correta avaliação de sua viabilidade.

Traz ainda a vantagem, nos casos de haver deiscência da sutura da ampola retal, de não ocorrer extravasamento de fezes para a cavidade peritonial.

53. EMPREGO DO BISTURÍ ELÉTRICO NA SECÇÃO DAS TÚNICAS E NA HEMOSTASIA DOS VASOS DA SUBMUCOSA NAS ANASTOMOSES DO TUBO DIGESTIVO.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; PIRES, A.M. & MANTOVANI, M.

Revta.Coleg.Brasil.Cirurg.,2(8):101-102,1980.(DOC.347)

Os autores analisam os resultados obtidos com o emprego do bisturí elétrico, tanto na secção das túnicas do tubo digestivo a serem anastomosadas ou suturadas, quanto na hemostasia dos vasos da submucosa, no preparo da boca anastomótica em 183 doentes submetidos à cirurgia do tubo digestivo, com a utilização da sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas.

O método oferece a segurança necessária à sua utilização rotineira, sendo a principal vantagem a simplicidade, reduzindo sensivelmente o tempo operatório e tornando a sutura em plano único mais simples e portanto mais acessível a todos os cirurgiões que a praticam. Resta ainda saber como se comporta a cicatrização das anastomoses com este método, o que vem sendo realizado por nós atualmente.

54. CARCINOIDE DE RETO.

MEDEIROS, R.R.; PIRES, A.M.; LEONARDI, L.S. & MANTOVANI, M.

Revta.Col.Brasil.Cirurg.,3(8):137-139,1981 (DOC. 348)

Os autores apresentaram um caso de tumor carcinoide de reto. Tecem considerações quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. A paciente foi tratada com ressecção transanal do tumor e apresenta boa evolução após 13 meses de seguimento, clínico e endoscópico mensal. Acreditamos que a incisão realizada no presente caso, entre o cóccix e o ânus, permitindo ampla dissecção do espaço retro-retal, facilitou bastante a ressecção transanal do tumor e a secção da parede do reto com ampla margem de segurança, confirmada ao exame microscópico da peça cirúrgica, com ausência de infiltração neoplasica nas suas bordas e na camada muscular.

Preferimos realizar ainda, a secção completa de toda a parede do reto, 3cm ao redor do tumor, pois, somente assim pudemos ter certeza de que não haveria infiltração neoplásica na camada muscular.

55. EMPREGO DO BISTURÍ ELÉTRICO NA SECÇÃO DAS TÚNICAS E NA HEMOSTASIA DOS VASOS DA SUBMUCOSA NAS ANASTOMOSES DO INTESTINO DELGADO E DO COLON.

MEDEIROS, R.R.; PIRES, A.M. & GÓES, J.R.N.

Revta.Bras. de Colo-Proct.,1(2):71-77,1981 (DOC. 349)

Os autores analisam os resultados obtidos com o emprego do bisturí elétrico, tanto na secção das túnicas do intestino delgado e do colon a serem anastomosadas ou suturadas, quanto na hemostasia dos vasos da submucosa, no preparo da boca anastomótica, em cinco doentes submetidos à cirurgia do intestino delgado e 40 do colon, com a utilização da sutura seromuscular extramucosa com justaposição das bordas.

O método oferece a segurança necessária à sua utilização rotineira, sendo a principal vantagem a simplicidade, reduzindo sensivelmente o tempo operatório, e tornando a sutura em plano único mais simples e portanto mais acessível a todos os cirurgiões que a praticam.

Ressecções segmentares do intestino delgado foram realizadas em cinco pacientes, em quatro devido a necrose intestinal por hérnia inguinal estrangulada e em um devido a infarto intestinal segmentar, sendo as anastomoses sempre término-terminais. Em 40 pacientes foi realizada cirurgia cólica, sendo hemicolectomia direita em 12 doentes portadores de cancer do colon direito hemicolectomia esquerda em 17; em 12 devido a cancer do colon esquerdo e em cinco devido a moléstia diverticular do colon sigmóide. Em um paciente portador de moléstia difusa do colon, com hemorragia, ressecamos todo o colon e realizamos anastomose íleo-retal. Em 10 pacientes realizamos fechamento de colostomia, sendo seis em alça devido a ferimento cólico e quatro em dupla boca, na vigência de obstrução intestinal por câncer.

56. SÉPTO DA VESÍCULA BILIAR.

MANTOVANI, M.; LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R. & BRANDALISE, N.A.

Ann.Paul.Med.Cir.,108(2):45-46,1981. (DOC. 350)

Os autores apresentaram 12 casos de vesícula biliar com séptos e sintomatologia típica de colecistopatia crônica calculosa, submetidos a colecistectomia.

A anomalia é fácilmente reconhecida ao exame radiológico contrastado e os sintomas são causados não - pela inflamação, mas pelo aumento da pressão dentro da vesícula biliar, pela relativa demora no esvaziamento.

Em todos os casos, não foram encontradas reações inflamatórias evidentes no órgão, a despeito da dor e quadro clínico típico.

A colecistectomia, nestes casos, foi indicada - tendo em vista a queixa clínica evidente e a piora da dor à ingestão de alimentos gordurosos; todos os doentes beneficiam-se com a operação.

Concluem que os pacientes portadores de septo de vesícula biliar devem ser operados sempre que apresentarem queixa de colecistopatia, principalmente cólicas biliares e quando o colecistograma mostrar septo, com retardo no seu esvaziamento.

57. TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS DIGESTIVAS: - EMPREGO DA ANASTOMOSE ÍLEO-TRANSVERSA.

LEONARDI, L.S.; MEDEIROS, R.R. & ANDREOLLO, N.A.

Revta.Paul.Med.,97:171-174,1981. (DOC. 351)

Os autores analisam os resultados observados em nove pacientes portadores de fístulas do hemicolon direito, do ceco e do íleo terminal, submetidos a anastomose do íleo ao colon transverso e cinco de obstrução intestinal devida a cancer do ceco e colon ascendente.

Entre os pacientes portadores de fístulas, seis haviam sido submetidos previamente à apendicectomia, - dois tinham ferimentos por arma branca no íleo terminal e ceco e um era portador de doença de Crohn. Nestes - pacientes empregou-se a técnica da anastomose do íleo ao colon tranverso do modo termino-lateral em seis casos e latero-lateral em três casos. Nos cinco portadores de obstrução intestinal, três apresentavam neoplasia do colon ascendente e angulo direito do colon e dois, neoplasia do ceco. Todos foram operados na vigência de quadro clínico obstrutivo e apresentavam neoplasias irressecáveis, sendo utilizada a técnica de - anastomose do íleo ao colon transverso, látero-lateral.

Os resultados obtidos nos dois grupos de doentes

foram satisfatórios. As complicações pós-operatórias foram benignas e não houve óbito nesta série.

Os autores concluem que nos casos de fístulas - preferem a anastomose término-lateral, porque determina desvio total do transito intestinal, levando a diminuição acentuada do débito da fístula em período de - tempo mais curto.

Em casos de obstrução intestinal por neoplasia - irressecável, a anastomose látero-lateral, pela segurança e rapidez com que é efetuada, tem lugar certo como operação de urgência.

58. O EMPREGO DA NUTRIÇÃO PARENTERAL NO TRATAMENTO - DAS FÍSTULAS DIGESTIVAS.

FAGUNDES, J.J.; LEONARDI, L.S.; VIEIRA, R.W. ; BRANDALISE, N.A.; ANDREOLLO, N.A. & MEDEIROS,R.R

Revta.Col.Brasil.Cirurg.,8(6):265-269.1981. (DOC. 352)

Os autores apresentaram 78 doentes com fístulas digestivas, sendo 19 esofágicas, 24 gastroduodenais, - 14 jejuno-ileais, 5 colônicas, 14 das vias biliares e 2 pancreáticas.

Foi empregada a nutrição parenteral além dos cuidados no controle das infecções e do local da fístula. Sobreviveram 64,2% dos pacientes e o fechamento completo da fístula ocorreu em 88,3% dos sobreviventes. As fístulas esofágicas foram as que demandaram maiores - cuidados e tiveram maior mortalidade (57,8%). O fechamento parcial ocorreu em 8 pacientes, dois dos quais - apresentavam obstrução distal, e outro, implante de - carcinoma no trajeto fistuloso. Nenhum destes requereu reoperação pelos pequenos débitos apresentados.

O tempo variou de cinco a 90 dias, em média 21, sendo de 32 dias para os sobreviventes. A complicação principal foi de intolerância à glicose em doentes infectados.

Os resultados obtidos permitiram a insistência - em períodos longos e nutrição parenteral, sem cirurgia associada, a não ser em casos especiais.

59. MUCOCELE DO APENDICE.

ANDREOLLO, N.A.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M. ; BRANDALISE, N.A. & LEONARDI, L.S.

An.Paul.Med.Cir.,108(7):59-67,1981. (DOC. 353)

Os autores apresentam quatro casos de uma rara alteração do apendice vermiforme "mucocele do apendice". Mostram quatro classificações de mucoceles de acôrdo - com os achados microscópicos e lembram que mucocele é um dos diagnósticos diferenciais de dor abdominal.

O conceito geral para a maioria dos autores - é que mucoceles benignas ou malignas do apêndice resultam de constricção do lumem apendicular junto ao ceco causado por processo inflamatório crônico, seguido de dilatação à montante com acúmulo de muco no interior.- Durante o episódio agudo a indicação cirúrgica é mandatória e o quadro clínico é o da apendicite aguda.

60. TERATOMA PRÊ SACRAL EM ADULTOS.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; PIRES, A.M. ; Gões, J.R.N. & TEXEIRA, A.V.

Revta.Bras. de Coloproctologia (NO PRELO)
(DOC. 354)

Os autores apresentam um caso de teratoma prê-sacral infectado em paciente de 36 anos, simulando cisto pilonidal, tratado como tal 8 vezes.

No caso em questão, foi feita a exerese do tumor por via posterior com preservação do cóccix. O paciente teve evolução satisfatória com o tratamento realizado.

São analizados os aspectos diagnósticos e terapêuticos. O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cisto pilonidal e os abcessos e fístulas.

Outras doenças mais raras devem ser lembradas, como cordoma, meningocele, neurofibroma, rabdomiossarcoma, tumor de células gigantes do sacro, ostemiolite, tuberculose óssea e ependimomas. A maioria dos autores preferem o acesso trans-sacral de Kraske com excisão do coccix, pois permite melhor abordagem da região,com remoção de nichos de células totipotentes que poderiam causar recurrência do tumor. Em nosso caso não foi necessária a excisão do cóccix.

O teratoma prê-sacral, pelo seu quadro clínico e pelo caracter de doença potencialmente malígna, torna a cirurgia com remoção completa do tumor, conduta obrigatória.

c) TRABALHOS PUBLICADOS EM REVISTAS CIENTÍFICAS - ESTRANGEIRAS:

61. RÉSUTATS CLINIQUES DE LA GASTRECTOMIE SUPRA - PYLORIQUE.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; BRANDALISE, N.A.; MEDEIROS, R.R. & MORISOT, P.

Lyon Chir.,70:109-111,1974. (DOC. 355)

Les auters présententles résultats d'une étude - de trois ans faite chez 20 malades porteurs d'ulcéres - gastriques et soumis à des gastrectomies supra pyloriques du type MAKI et col. (1967).

Le but de cette technique est d'éviter le dumping syndromes en presevant de pylore. Ceci est fait em - sectionnant l'estomac à 1,5cm du pylore, aprés ressection gastrique de 50% et en réalisant une anastomose gastro - gastrique, semblable à la technique de billroth I avec en un plan séro-musculaire extra-muqueux, aprés apposition - des bords à l'aide de points séparés de coton nº 3-0.

Aucun de nos malades n'eut de dumping syndrome et les examens radiologiques n'ont pas révelé de stase - gastrique. Les différents tests à l'histamine ont montré dans la majorité des cas niveaux desecrétion post operatoire inferieurs à ceux obtenus ayant l'intervention.

Nous avons constaté un cas de récidive et un cas - de sténose de l'anastomose due à un prolapsus de la - muqueuse résiduelle de l'antré. Ces deux cas ont été - réopérés.

62. LÉSIONS TRAUMATIQUES CONCOMITANTES DU PANCRÉAS ET DU DUODÉNUN.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & MORISOT, P.

Lyon Chir.,71:32-33,1975. (DOC. 356)

Les auteurs, d'après 7 cas personnels, étudient les résultats du traitement des traumatismés associés - du duodénum et pancréas, et concluent qu'il est - nécessaire d'utiliser les techniques qui sont efficaces séparément, pour chacune des lésions.

La technique choisi fut:

- Chez 4 malades, la suture primitive du duodénun et du pancréas;

- Chez 2 autres, la suture primitive du duodénun avec drainage de l'arrière cavité des épiploons sans réparation du pancréas;

- Chez le dernier malade enfin, suture du duodénun et pancréatectomie gauche.

II est rappelé l'importance et de l'avivement de leurs bords, avant d'en faire suture, et du drainage de la cavité abdominale.

63. TRATAMENTO DA PANCREATITE AGUDA COM GLUCAGON

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; COMODO, H.; FAGUNDES, J.J. & MANTOVANI, M.

Revta.Gen. (Órgão da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia). XXXI(3):251-257, 1977.

(DOC. 357)

Trata-se do trabalho nº 41, para divulgação no estrangeiro.

64. ESTUDO COMPARATIVO DA CICATRIZAÇÃO NAS ANASTOMOSES DO ESÔFAGO CERVICAL COM TÉCNICAS DE SUTURA EM UM E DOIS PLANOS.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & FAGUNDES, J.J.

Revta. GEN (Órgão da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia). XXXI(4):317-323,1977.

(DOC. 358)

Trata-se do trabalho nº 33, para divulgação no estrangeiro.

65. TRATAMENTO DOS FERIMENTOS DO DUODENO E DO PÂNCREAS.

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & BRANDALISE, N.A.

Revta. GEN. (Órgão da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia) XXXI (4): 336-349, 1977).

(DOC. 359)

Neste trabalho os autores analisam os resultados de 84 pacientes de ferimentos do duodeno e do pâncreas, tratados por diferentes técnicas operatórias, conforme sistematização proposta por Leonardi em 1972. Trata-se de mais uma publicação desta linha de investigação.

Merecem citação os bons resultados observados com a utilização da anastomose duodeno-jejunal látero-lateral nos casos de lesão extensa do duodeno abaixo da ampola de Valter. Este trabalho permite também concluir quanto à validade das condutas anteriormente propostas.

66. COMPARATIVE STUDY OF CICATRIZATION IN ANASTOMOSIS OF THE CERVICAL ESOPHAGUS WITH ONE AND TWO LAYER SUTURE TECHNIQUE EXPERIMENTAL INVESTIGATION IN DOGS.

MEDEIROS, R.R.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M. & FAGUNDES, J.J.

Excerpta Mēdica Section 9, vol. 40:449, 1979.

(DOC. 360)

Trata-se do trabalho nº 33, para divulgação no estrangeiro.

67. TREATMENT OF INJURIES OF THE DUODENUN AND PANCREAS

LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; MEDEIROS, R.R. & BRANDALISE, N.A.

Exerpta Medica Section 9, vol. 40: 457, 1979.

(DOC. 361)

Trata-se do trabalho nº 50, para divulgação no estrangeiro.

d) CAPÍTULO EM LIVROS DIDÁTICOS

LIVRO DIDÁTICO (no prelo)

01. Traumatismos.

LEONARDI, L.S.; PAN CHACON, J. & KOBATA, C.

Ed. Savier, SP. (DOC. 363)

Capítulos:

a) Traumatismo do esôfago;

b) Traumatismo do duodeno;

c) Traumatismo do jejuno-íleo;

d) Traumatismo do colon e reto.