

---

## NOSSA EXPERIÊNCIA COM AS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DIVERTICULAR DOS CÓLONS (\*)

---

NILO L. CERATO (\*\*)  
EDSON J. BARON (\*\*\*)

---

Porto Alegre, RS.

### RESUMO

*Os autores abordam seus casos de diverticulites, abscessos pericôlonicos, periculo-diverticulites, fístulas e enterorragias.*

*Referem-se especificamente a diagnóstico, condutas e complicações. Concluem tecendo comentários, sobre as vantagens de realizar tratamento cirúrgico eletivo para os pacientes portadores de doença diverticular hipertônica, evitando assim uma cirurgia por complicações, que sempre apresenta uma morbidade maior.*

### INTRODUÇÃO

Ainda que a potencial periculosidade da doença diverticular dos cólons já tenha sido alertada por Graser em 1899, somente nas últimas décadas essa enfermidade vem sendo melhor compreendida, graças ao desenvolvimento da cineradiografia e das medidas de pressão intracolônica, bem como dos estudos anátomo-patológicos e epidemiológicos da enfermidade.

Embora não haja uma noção exata sobre a incidência dessa doença na população em geral, há trabalhos mostrando a presença de divertículos em cerca de dez a doze por cento de todos os enemas baritados feitos como rotina, em populações ocidentais. Sabemos que a enfermidade praticamente não ocorre entre os orientais, graças a seus costumes alimentares ricos em fibras vegetais.

Há uma estimativa de que vinte e cinco por cento dos pacientes com doença diverticular dos cólons, desenvolvem

---

(\*) Trabalho realizado no serviço de colo-proctologia do Hospital Ernesto Dornelles — Porto Alegre — RS.

(\*\*) Professor da disciplina de colo-proctologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo — RS. Colo-proctologista do Hospital Ernesto Dornelles da Associação dos Funcionários Públicos do RS — Porto Alegre — RS. Colo-proctologista do Hospital Geral de Porto Alegre. Membro titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia.

(\*\*\*) R3 do serviço de colo-proctologia do Hospital Ernesto Dornelles da Associação dos Funcionários Públicos do RS — P. A. — RS.

diverticulite, e que em oitenta e cinco por cento dos pacientes com diverticulite a patologia ocorre no cólon sigmóide. Em nossa experiência, cem por cento das complicações inflamatórias desenvolveram-se nesse segmento dos cólons.

#### CASUÍSTICA

Nos últimos doze anos, atendemos trinta e dois pacientes portadores de complicações da doença diverticular.

Essas complicações foram:

— Diverticulite .....	06
— Diverticulite sem inflamação .....	01
— Abscessos peri-colônicos .....	02
— Peri-colo-diverticulite .....	02
— Fístulas .....	06
— Enterorragias .....	15

#### Diverticulites:

Foram tratados seis pacientes, dois do sexo masculino e quadro do sexo feminino, um na terceira década, dois na quarta década e três na sexta década. O quadro clínico caracterizou-se, de um modo geral, por dor acentuada no quadrante inferior esquerdo do abdome, sinais de peritonite localizada, hipertermia, leucocitose com desvio à esquerda.

Ao exame, havia acentuada sensibilidade no quadrante inferior esquerdo, com defesa muscular e graus variáveis de distensão abdominal.

Os pacientes foram internados e tratados na fase aguda, de maneira conservadora, isto é: repouso, suspensão da via oral, antibióticoterapia e hidratação parenteral. Em média, após dez dias de hospitalização, os pacientes receberam alta, com regressão de seus quadros agudos. Dos seis pacientes, cinco foram operados após um período variável de um a dois meses depois da alta hospitalar. Foram submetidos a sigmoidectomias abdominais. Dois destes desenvolveram fístulas de anastomoses, que fecharam espontaneamente, mediante aspiração intermitente por dreno de Sump. A sexta paciente, que era obesa (101 kg. e 1,53 m. de altura) e diabética, teve sua cirurgia protelada para melhorar as condições gerais. Essa paciente não seguiu as instruções dietéticas, nem fez acompanhamentos periódicos. Após quatro anos, retornou com fístula sigmóide-cutânea, ocorrida após episódio agudo de hipertermia, dor intensa em quadrante inferior esquerdo do abdome, que regredira com o surgimento espontâneo da fístula. Isto fez supor

um abscesso peri-colônico, que tenha drenado por esse caminho. Foi submetida a sigmoidectomia. No pós-operatório desenvolveu fístula de anastomose, a qual fechou com tratamento conservador.

Um caso, que fora diagnosticado como falsa diverticulite ou diverticulite sem inflamação, segundo Morson (22), caracterizou-se por dor intensa, tipo cólica, no quadrante inferior esquerdo, com alívio após a eliminação de gases ou com a evacuação. Para essa paciente, após termos tentado o tratamento conservador, por alguns meses, sem resultados satisfatórios, indicamos o tratamento cirúrgico, que consistiu de miotomia do sigmóide pela técnica de Reilly (32). A evolução imediata foi boa. Não tivemos condições de avaliá-la a longo prazo.

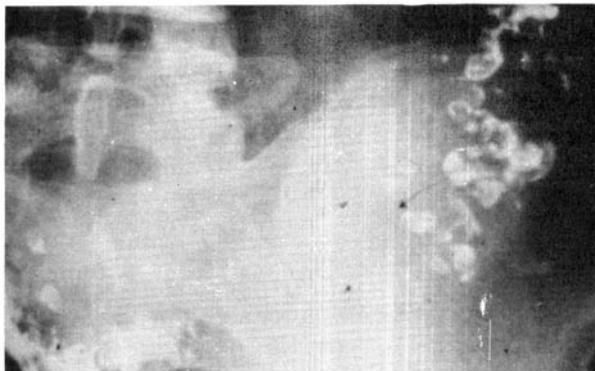
#### **Abcessos peri-colônicos:**

Dois casos apresentaram abcessos peri-colônicos. O primeiro paciente, masculino com 42 anos, nos foi encaminhado pelo serviço de urologia, após investigação por queixas de pneumatúria e fecalúria. A uretrocistografia mostrara irregularidade no contorno vesical, sem chegar a uma conclusão (Fig. 1). A uretrocistoscopia identificou um processo inflama-



Fig. 1 — Uretrocistografia mostrando irregularidades no contorno vesical.

tório inespecífico. O RX dos cólons por enema visualizou abscesso peri-colônico de sigmóide, além de grande número de divertículos (Fig. 2). A laparotomia, foi observado processo



**Fig. 2 — Clister opaco demonstra abscesso peri-colônico e divertículos na sigmóide.**

inflamatório acentuado, comprometendo o sigmóide e estruturas adjacentes. Os tecidos estavam muito friáveis e de difícil identificação. Optamos apenas pela transversostomia e drenagem da cavidade. Quarenta e cinco dias após, o paciente foi reoperado, quando o submetemos à sigmoidectomia. Teve boa evolução pós-operatória, recebendo alta para reinternar trinta dias após e fechar a colostomia.

O caso seguinte tratava-se de paciente masculino com 70 anos, internado na UTC do hospital com infarto do miocárdio. No segundo dia após a internação, desenvolveu quadro agudo de dor no quadrante inferior esquerdo do abdome, hipertermia e desvio à esquerda. O RX simples de abdome mostrou abscesso peri-colônico. Após a tentativa de drenagem com anestesia local, além de transversostomia com bloqueio intercostal, o paciente continuava evoluindo em seu quadro agudo apresentando múltiplos episódios de bacteremia. Resolvemos optar, então, por cirurgia mais agressiva, apesar do alto risco. Realizou-se uma retossigmoidectomia abdominal pela técnica de Hartmann. A evolução foi boa e o paciente

O segundo paciente internou com oclusão intestinal e perfuração de divertículo. Foi submetido à sigmoidectomia de urgência com exteriorização à Mickulicz. Dois meses após, reinternou para reconstrução do trânsito, com boa evolução pós-operatória.

### **Fístulas-cólicas:**

Foram tratados seis casos de fístulas, assim localizadas:

Colo-vesicais .....	2 casos
Colo-cutânea .....	1 caso
Colo-uterina .....	1 caso
Colo-perineal .....	1 caso
Colo-ileal .....	1 caso

#### **— Fístulas colo-vesicais:**

Os dois pacientes com fístulas colo-vesicais, apresentaram fecalúria e pneumatúria. Os diagnósticos foram estabelecidos mediante uretrocistografia retrógrada e RX dos cólons por enema. Esses exames permitiram a observação parcial dos trajetos fistulosos e dos divertículos, no primeiro caso (Fig. 1 e 2), não conseguindo diagnosticar a origem diverticular da fístula no segundo caso, cujo enema opaco (Fig. 5) apenas mostrou a comunicação do cólon sigmóide com a bexiga.



**Fig. 5 — Clister opaco comunicação do cólon sigmóide com a bexiga.**

recebeu alta no 15.º dia pós-operatório (Fig. 3). Seis meses após foi reconstituído o trânsito, e num terceiro tempo foi-lhe fechada a transversostomia.

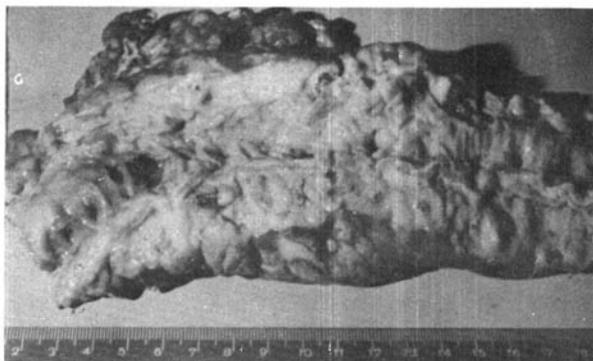


Fig. 3 — Peça cirúrgica do retossigmoide ressecado pela técnica de Hartmann.

#### **Peri-colo-diverticulite:**

Tivemos dois casos, ambos do sexo masculino, sexta e sétima décadas, com história progressiva de diverticulite. O primeiro, com sintomas de suboclusão intestinal, diagnóstico confirmado ao enema opaco; foi submetido à sigmoidectomia (Fig. 4). Apresentou boa evolução pós-operatória, tendo o anátomo-patológico confirmado o diagnóstico.



Fig. 4 — Suboclusão intestinal, sigmoidectomia, peça aberta.

Os dois pacientes foram submetidos à cistoscopia e retossigmoidoscopia, sem que, no entanto, esses exames trouxessem maiores subsídios ao diagnóstico.

Ambos foram tratados cirurgicamente. O primeiro paciente, masculino com 42 anos, que além da fistula apresentava abscesso peri-colônico, foi submetido à cirurgia em três tempos (1.º tempo: transversostomia; 2.º tempo: sigmóidectomia, com fechamento do orifício vesical, mantendo-se cateterismo vesical por dez dias; 3.º tempo: fechamento da transversostomia). Boa evolução.

A segunda paciente, feminina com 62 anos, foi submetida à cirurgia em dois tempos (1.º tempo: sigmóidectomia cistectomia parcial e transversostomia derivativa (Fig. 6); 2.º tempo: fechamento da transversostomia, após sessenta dias).

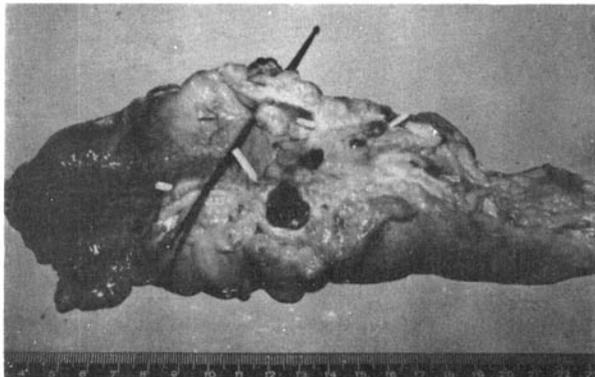


Fig. 6 — Peça cirúrgica demonstrando o trajeto fistuloso sigmóido-vesical.

O anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de fistula por doença diverticular nos dois casos.

— Fístula colo-cutânea:

A paciente com fistula colo-cutânea tinha queixas de eliminação de gases e fezes por orifício cutâneo, situado no quadrante inferior esquerdo do abdome. O diagnóstico foi confirmado por fistulografia e RX dos cólons por enema. A conduta foi comentada ao tratarmos de diverticulites.

— Fístula colo-utrina:

Paciente feminina com 69 anos, apresentava queixas de eliminação de fezes liquificadas pela vagina, iniciada após crise diarrêica intensa, acompanhada por abundante secreção mucosanguinolenta (9). Os procedimentos diagnósticos foram os seguintes: exame ginecológico, que mostrou eliminação de fezes pelo orifício externo do colo uterino; curetagem biópsia, para excluir carcinoma de endométrio; retossigmoidoscopia, que mostrou fixação do cólon sigmóide, impedindo a progressão do instrumento além de 18 cm.; histero-salpingografia, identificando o trajeto fistuloso, do corpo uterino ao cólon sigmóide (Fig. 7); RX dos cólons por enema que identificou

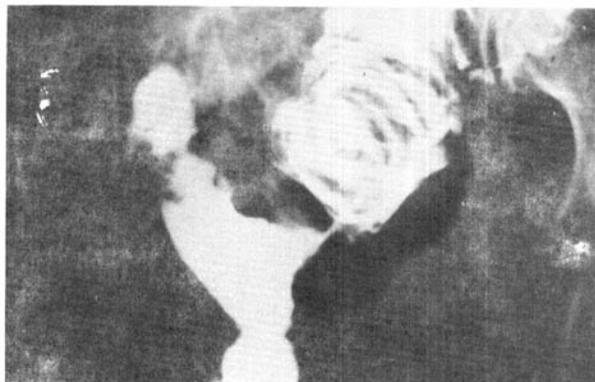


Fig. 7 — Histero-salpingografia com identificação de trajeto fistuloso sigmóide-uterino.

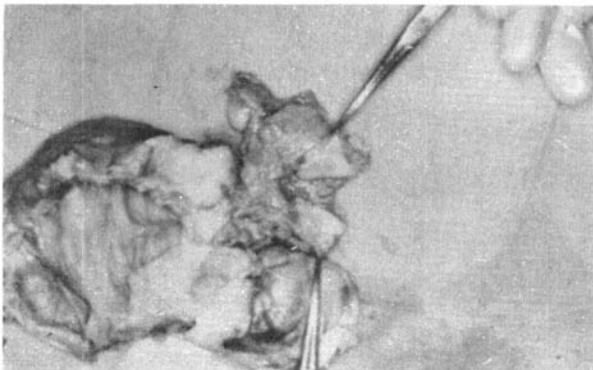
grande número de divertículos ao nível do cólon sigmóide, além do trajeto fistuloso que partia de um dos divertículos (Fig. 8).

O ato cirúrgico foi muito difícil, por haver processo fibroso intenso, alterando completamente as estruturas anatómicas da pequena bacia. O corpo uterino encontrava-se firmemente aderido ao cólon sigmóide e ao ureter esquerdo. Após exaustiva dissecação foram retirados em monobloco o corpo uterino e o cólon sigmóide, com secção parcial do ureter



**Fig. 8 — Clister opaco: inúmeros divertículos do cólon sigmóide com trajeto fistuloso sigmóide-uterino, partindo de um dos divertículos.**

esquerdo (Fig. 9). Foi anastomosado o cólon descendente com o reto, numa sutura em plano único com fio inabsorvível em pontos separados (como o fazemos de rotina). O ureter seccionado foi anastomosado com categut cromado 5-0. A paciente apresentou fístula cólica de anastomose, no quinto dia pós-operatório, a qual fechou espontaneamente, mediante drenagem por



**Fig. 9 — Peça cirúrgica contendo corpo uterino e sigmóide.**

aspiração intermitente com dreno de Sump. Alta no 30.º PO. Dez dias após a alta, houve reativação da fistula, com eliminação de secreção líquida para a pele. Foi novamente internada para investigação. No dia seguinte à internação, a paciente teve óbito por embolia pulmonar.

— **Fístula colo-perineal:**

Paciente feminina com 64 anos, com história de eliminação de secreção com aspecto fecalóide por orifício perineal. O RX dos cólons por enema mostrou doença diverticular com trajeto fistuloso que partia de um divertículo do cólon sigmóide. Foi submetida à sigmoidectomia abdominal, com drenagem do orifício perineal onde se localizava a fístula. A evolução pós-operatória foi boa.

— **Fístula colo-ileal:**

Paciente masculino com 47 anos, operado em outro serviço por perfuração de divertículo. Foi realizada sigmoidectomia reduzida, mais fechamento do coto distal e exteriorização do proximal (técnica de Hartmann). Chegou ao nosso serviço com diarreia intensa e dermatite ao nível do estoma. O enema opaco através do estoma mostrava uma fístula de cólon sigmóide ao ileo. Foi submetido a ressecção em monobloco do cólon sigmóide e ileo comprometidos, com anastomose primária de ambos segmentos intestinais (Fig. 10). Boa evolução.

#### **Enterorragias:**

Foram tratados 15 casos de doentes portadores de enterorragias por doença diverticular dos cólons.

Dez pacientes apresentaram um episódio que não mais se repetiu.

Um paciente apresentou dois episódios.

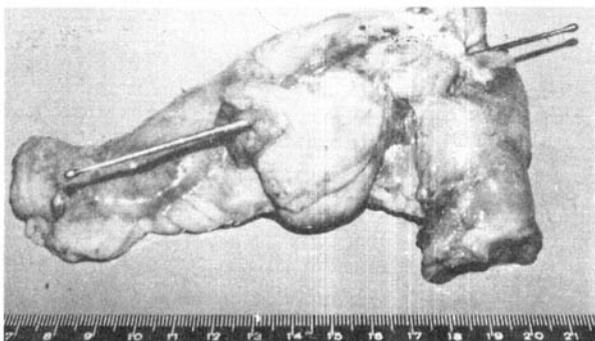


Fig. 10 — Cólón sigmóide e ileo ressecados em monobloco com trajeto fistuloso identificado.

Três pacientes apresentaram múltiplos e freqüentes episódios.

Em apenas um paciente ocorreu hemorragia maciça, que necessitou uma intervenção cirúrgica de urgência.

Esses pacientes foram tratados da seguinte forma: repouso, reposição da volemia, suspensão da via oral, hidratação parenteral, RX dos cólons por enema (sem preparo) em onze casos, dos quais dez que apresentaram apenas um episódio, e um que apresentou dois episódios.

Há trabalhos (1) mostrando a eficiência da realização do enema opaco, com finalidade diagnóstica e também terapêutica, por possível compressão do vaso sangrante pelo bário no interior do divertículo.

Nesses onze pacientes, essas medidas terapêuticas foram suficientes para fazer cessar a enterorragia, que, como vimos, em dez não mais se repetiu, e em somente um tornou a repetir-se, que com a mesma conduta novamente cessou.

Em três pacientes, apesar dessa conduta, ocorreram enterorragias recorrentes, que os levaram a anemias severas com alto risco de óbito por hipovolemia. Duas do sexo feminino, ambas na sexta década, uma com divertículos múltiplos, hipotônicos e disseminados ao longo de todo o cólon. A outra paciente, também com doença diverticular generalizada, ficando livres apenas o ceco e o reto. O terceiro paciente, do sexo masculino com 47 anos, tinha divertículos nos cólons descendente e sigmóide.

Esses três pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Na primeira fizemos colectomia total com ileo-reto anastomose (Fig. 11). Na segunda, colectomia subtotal com ceco-



Fig. 11 — Peça cirúrgica de colectomia total com ileo-reto anastomose com enterorragias recorrentes.

reto anastomose (tinha a válvula ileo-cecal continente). O terceiro paciente foi submetido a hemi-colectomia esquerda. Os três evoluíram muito bem.

Por último, tivemos um paciente do sexo masculino, com 65 anos, que internou com enterorragia maciça, que não cessou com as medidas habituais. Esse paciente tinha grande número de divertículos disseminados ao longo de todo cólon. Após transfundir-lhe 16 unidades de sangue em 48 horas, resolvemos operá-lo. A cirurgia realizada foi colectomia total com ileo-reto anastomose. A evolução pós-operatória imediata foi boa, mas, no 6.º dia pós-operatório passou a apresentar uma série de episódios de septicemias, que terminou por levá-lo ao choque e óbito.

### CONCLUSÃO

1.º — N.º total de caso com complicações da doença diverticular dos cólons .....	30
Cirurgias realizadas .....	19
cirurgias por fístulas .....	06
cirurgias de urgência .....	05
cirurgias eletivas .....	08
Óbitos .....	02

2.º — Todos os pacientes foram submetidos a exame colo-proctológico completo, excluindo assim outras patologias.

3.º — As sigmoidectomias foram feitas com o cuidado de remover distalmente o cólon sigmóide até o reto.

4.º — De um modo geral, as cirurgias realizadas por complicações da doença diverticular dos cólons foram muito difíceis, por apresentarem nos casos crônicos, processos fibróticos muito firmes, alterando as estruturas anatômicas e, nos casos agudos, uma friabilidade acentuada dos tecidos envolvidos por processo inflamatórios; ambas situações que fazem crescer em muito a morbidade dessa terapêutica.

Por essas razões, concluímos que o ideal é realizarmos o tratamento cirúrgico precoce, em todos os pacientes portadores da doença diverticular hipertônica, ou seja, aquela do cólon sigmóide que apresenta redução de calibre do cólon, tem divertículos de coio longo, que costuma ocorrer nos pacientes jovens, e cujo alto nível de complicações está sobejamente comprovado. Nas cirurgias eletivas que fizemos nessas condições, não tivemos complicações.

Em relação às hemorragias, que normalmente ocorrem em pacientes idosos, e que são conseqüentes a doença diverticular disseminada do tipo hipotônica, as indicações cirúrgicas são bem mais limitadas.

Até recentemente não tínhamos condições ainda de realizar arteriografias seletivas das mesentéricas em situações de urgência. Atualmente já podemos contar com esse procedimento diagnóstico, o que certamente mudará nossa conduta cirúrgica nas hemorragias maciças, transformando colectomias totais em colectomias segmentares, conforme a identificação da origem do sangramento.

#### SUMMARY

The authors explain their cases of diverticulitis, peri-colonic-abscesses, peri-colon-diverticulitis, fistulae and low intestinal bleeding.

They relate specially diagnosis, therapeutics and complications. They conclude concerning about the advantages of prepared surgery for hypertonic diverticular disease patients, so avoiding an emergency surgery forced by complications, the latter having a greater morbidity potential.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams, James — The barium enema as treatment for massive diverticular bleeding. *Diseases of the colon & rectum*, 17(4):439-41, July Aug. 1974.
2. Behringer, G. E. & Albright, N. L. — Diverticular disease of the colon; a frequent cause of massive rectal bleeding. *The American Journal of Surgery*, 125(4):419-23, Apr. 1973.
3. Berman, P. M. & Kirsner, J. B. — Current knowledge of diverticular disease of the colon. *The American Journal of Digestive Diseases*, 17(8):741-59, Aug. 1972.
4. Berman, P. M. & Kirsner, J. B. — Diverticular disease of the colon; the possible role of "roughage" in both food and life. *The American Journal of Digestive Diseases*, 18(6):506-7, June 1973.
5. Bolt, D. E. — Diverticular disease of the large intestine. *The Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 53:237-44, 1973.
6. Carlson, A. J. & Hoelzel, F. — Relation of diet to diverticulosis of the colon in rats. *Gastroenterology*, 12(1):108-15, Jan. 1949.
7. Carvalho, A. de — Aspectos clínicos da doença diverticular dos colons. In: *Patologia colo-retal; atualização*. Congresso Brasileiro de Proctologia, 24.º São Paulo, 29 Set. — 2 Out. 1974. p. 109-13. Simpósio sobre: Doença diverticular dos colons.
8. Cerato, N. L. — Doença diverticular dos colons. *Pesquisa Médica, Porto Alegre*, 11(1):41-59, 1976.
9. Cerato, N. L. & Costa, P. L. — Fístula sigmóido-uterina: uma rara

- complicação de diverticulite sigmóide. *Revista de Medicina do Hospital Ernesto Dornelles*, 2(4):201-4, Dez. 1973.
10. Dunning, M. W. — The clinical features of haemorrhage from diverticula of the colon. *Gut*, 4:273-8, Sept. 1963.
  11. Eide, T. & Stalsberg, H. — Diverticular disease of the large intestine in northern Norway. *Gut*, 20(7):609-15, July 1979.
  12. Ellis, H. — Diverticular disorders of the colon. 1. Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. *Postgraduate Medicine*, 53(4):149-54, Apr. 1973.
  13. Gallagher, D. M. & Russel, T. R. — Tratamento cirúrgico da doença diverticular. *Clínicas Cirúrgicas da América do Norte*, 563-72, Jun. 1978.
  14. Gennaro, Anthony R. & Rosemond, George P. — Colonic diverticula and hemorrhage. *Diseases of the Colon & Rectum*, 16(5):409-15, Sept-Oct. 1973.
  15. Graves, H. A. et alii — Surgical management of perforated diverticulitis of the colon. *The American Surgeon*, 39(3):142-7, Mar. 1973.
  16. Habr-Gama, A. — Doença diverticular do colo. In: Zerbini, E. J. — *Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto* São Paulo, Sarvier, 1974. Cap. 6. p. 84-103.
  17. Hawley, P. — Diverticular disease; surgical treatment. In: *Patologia colo-retal; atualização*. Congresso Brasileiro de Proctologia, 24.º São Paulo, 29 Set.-2 Out. 1974. p. 124-6. Simpósio sobre: Doença diverticular dos colons.
  18. Hodgson, W. J. B. — An interim report on the production of colonic diverticular in the rabbit. *Gut: The Journal of the British Society of Gastroenterology*, 13(10):802-4, Oct. 1972.
  19. Lee, T. C. — Diverticulitis coli. *The Georgetown Medical Bulletin*, 26(3):9-12, Feb. 1973.
  20. Lewis, E. E. & Schnug, G. E. — Importance of angiography in the management of massive hemorrhage from colonic diverticula. *The American Journal of Surgery*, 124(5):573-80, Nov. 1972.
  21. Meyers, M. A. et alii — The angioarchitecture of colonic diverticula; significance in bleeding diverticulosis. *Radiology*, 108(2):249-61, Aug. 1973.
  22. Morson, B. C. — The muscle abnormality in diverticular disease of the colon. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 56(9):798-800, Sept. 1963.
  23. Ottenjann, R. — Divertikuloze und Divertikulitis des Dickdarms. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 116(21):1069-74, 24 Mai, 1974
  24. Painter, N. S. — Diverticulosis of the colon; fact and speculation. *The American Journal of Digestive Disease*, 12(2):222-7, Feb. 1967.
  25. Painter, N. S. — Enfermedad diverticular. In: Morson, B. C. — *Enfermedades del colon, recto y ano*. Barcelona, Jims, 1972. Cap. 17. p. 253-74.
  26. Qainter, N. S. et alii — Segmentation and the localization of intraluminal pressures in the human colon, with special reference to the

- pathogenesis of colonic diverticula. *Gastroenterology*, 49(2):169-77, Aug. 1965.
27. Parks, T. G. — Diet and diverticular disease. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 67(10):1037-40, Act. 1974.
  28. Paulino, F.; Roselli, A.; Marins, U. — Pathology of diverticular disease of the colon. *Surgery*, 69(1):63-9, Jan. 1971.
  29. Pereira, D. — Fisiopatologia da doença diverticular do colons. In: *Patologia colo-retal; atualização. Congresso Brasileiro de Proctologia*, 24.º São Paulo, 29 Set.-2 Out. 1974. p. 106-8. Simpósio sobre: Doença diverticular dos colons.
  30. Pontes, J. T. — Complicações da moléstia diverticular dos colons. In: *Patologia colo-retal; atualização. Congresso Brasileiro de Proctologia*, 24.º São Paulo, 29 Set.-2 Out. 1974, p. 114-7. Simpósio sobre: Doença diverticular dos colons.
  31. Pontes, J. F. — Tratamento clínico da moléstia diverticular dos colons. In: *Patologia colo-retal; atualização. Congresso Brasileiro de Proctologia*, 24.º São Paulo, 29 Set.-2 Out. 1974, p. 118-23. Simpósio sobre: Doença diverticular dos colons.
  32. Reilly, M. — Sigmoid myotomy for diverticular disease of the colon. *Modern Trends in Surgery*, 3:109-35, 1971.
  33. Salama, A. — Miotomia en la enfermedad diverticular colonica. In: *Patologia colo-retal; atualização. Congresso Brasileiro de Proctologia*, 24.º São Paulo, 29 Set.-2 Out 1974, p. 127-30. Simpósio sobre: Doença diverticular dos colons.
  34. Schaposnik, F. et alii — Especificidad de los sintomas de la diverticulosis colónica. *La Prensa Médica Argentina*, 60(7):10-2, 2 Mar. 1973.
  35. Smulewicz, J. J. & Govoni, A. F. — Giant air cysts of the colon. *Journal of the Canadian Association of Radiologists*, 25(3):245-50, Sept. 1974.
  36. Sorger, K. & Wacks, M. R. — Exsanguinating arterial bleeding associated with diverticulating disease of the colon. *Archives of Surgery*, 102(1): 9-13, Jan. 1971.
  37. Thijn, C. J. P. — Irritable colon; a preliminary stage of colonic diverticulosis. *Radiologia Clínica et Biológica*, 42(6):468-8-, Nov. 1973.
  38. Veidenheimer, M. C.; Corman, M. L.; Collier, J. A. — Diverticular diseases of the colon. *Geriatrics*, 29(10):77-83, Oct. 1974.
  39. Veidenheimer, M. C. et alii — Hemorragia cólica. *Clínicas Cirúrgicas da América do Norte*, 581-90, Jun. 1978.
  40. Williams, I. — Diverticular disease of the colon without diverticula. *Radiology*, 89(3):401-12, Sept. 1967.