

ADENOMAS MÚLTIPLOS – CÂNCER E DOENÇA DIVERTICULAR (ASPECTOS RELEVANTES) APRESENTAÇÃO DE UM CASO COM DIFICULDADES TÉCNICAS

Sergio A.B. Machado¹

RESUMO

A colectomia total pode ser necessária frente aos adenomas múltiplos e a coexistência de outras enfermidades no intestino grosso. A incidência de múltiplas lesões e aspectos de importância em torno dos adenomas e das associações com o câncer e com a doença diverticular, são abordados pelo autor calcado na literatura consultada. Entendendo-se como adenomas múltiplos uma entidade clínica distinta da adenomatose múltipla familiar, o autor relata um caso onde o passado cirúrgico do paciente, e a descoberta de uma lesão durante a operação, trouxeram dificuldades, forçando uma alteração tática e técnica, obrigando a uma segunda intervenção que foi realizada antes da data prevista, pelo surgimento de uma complicação. No final são traçadas as bases diagnósticas e os fundamentos do tratamento cirúrgico destas lesões.

Os dados gerais e as conclusões finais dos variados estudos a respeito da incidência de tumores múltiplos e dos fatores em torno da transformação maligna dos adenomas do intestino grosso não são basicamente discordantes.

Em levantamento realizado no Hospital São Marcos em Londres no período de 1957 a 1968, foi demonstrada a presença de tumores múltiplos sincrônicos benignos ou malignos em 19,7% dos

casos com neoplasias intestinais. Noutra série estudada, os adenomas múltiplos atingiram a cifra de 23,4% quando ocupando em número de dois a cinco o intestino grosso, e 4,5% quando em número superior a cinco¹.

Thonson^{2,5} selecionou 121 casos de adenomas vilosos ou túbulo-vilosos sésseis benignos do reto, e verificou que 30 (25%) apresentavam uma ou mais lesões associadas, estando o adenocarcinoma presente em nove. Outros autores igualmente verificaram esta associação em índices elevados.

Tecido adenomatoso freqüentemente é observado em meio ao tumor canceroso, inclusive macroscopicamente. Em série levantada de tumores malignos no Hospital São Marcos, 14,2% apresentavam proporções variáveis de tecido adenomatoso⁶. Norson^{1,9} diz "os pacientes com adenomas do cólon e do reto correm um risco maior de adquirirem um câncer, mas o tamanho deste risco varia com diversos fatores".

O tamanho do adenoma, o grau de atipia existente, e o seu tipo histológico, estão relacionados com o seu potencial de transformação maligna. Os adenomas com menos de 1 cm de diâmetro apresentam baixo potencial de transfor-

Trabalho realizado no Serviço de Cólon-Proctologia do Hospital da Ordem do Carmo.

1 Chefe do Serviço de Cólon-Proctologia do Hospital da Ordem do Carmo. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia

Copyright® 1983 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

mação. Os do tipo tubular, com atipia discreta, apresentam baixo índice de malignização se comparados aos tipos túbulo-viloso e viloso. Este potencial se eleva com o grau maior de atipia e com o tamanho do adenoma. O adenoma viloso preso de atipia severa apresenta o carcinoma em cerca de 50%, sendo ainda mais significativa a sua transformação quando com mais de 2 cm de diâmetro^{6, 12, 20}.

*Burns*², em levantamento realizado, encontrou nos pacientes com tumores malignos do cólon e do reto, uma incidência de 4,2% de tumores sincrônicos ou metacrônicos, verificando ainda nos trabalhos consultados uma variação de 2% a 12%. *Lasser*¹³ constatou nos casos levantados de adenocarcinomas do intestino grosso, uma incidência de 6,2% de adenocarcinomas primários sincrônicos, e destes, 61% estavam associados com os adenomas.

A doença diverticular, os adenomas e o câncer são encontrados coexistindo no intestino grosso não raramente. *Godoy e Pontes*⁸, em 25 casos de doença diverticular, constataram a presença do adenocarcinoma invasivo em cinco, e de pólipos adenomatosos em três. *Marquez*¹⁵ partindo de um ângulo diferente, verificou nos seus pacientes com adenocarcinomas intestinais a presença da doença diverticular em 15%. Outros trabalhos apresentam uma incidência elevada de tumores benignos e malignos em associação com a doença diverticular^{3, 23}.

Relato do caso

R.D.L., feminina, branca, brasileira, 58 anos, procurou o Serviço de Cólon-Proctologia do Hospital do Carmo em 23/3/82 com queixa de sangramento durante as evacuações, perda de muco, diarreia intermitente, cólicas abdominais infra-umbilicais que aliviavam após a evacuação, e diabetes. Nos últimos 23 anos se submeteu a grande número de intervenções cirúrgicas a saber: colecistectomia, gastrectomia parcial, laparotomia para lise de aderências, mastectomia bilateral (papilomas intraductais) e prótese mamária de silicone, histerectomia total, e colectomia esquerda segmentar em descendente (diverticulite). Seu estado geral era bom, mostrando o exame físico, ligeiro aumento do volume abdominal infra-umbilical, e dor à palpação profunda no baixo ventre (hipogástrio e fossas ilíacas), flanco e hipocôndrio direito. O exame proctológico evidenciou a presença de hemorróidas internas do 1º grau primárias e pouco congestionadas, e **uma lesão polipóide na parede anterior do reto a 12 cm da fenda anal,**

que foi biopsiada. A retossigmoidoscopia chegou apenas aos 17 cm em virtude do desvio do lume intestinal, do exagero do pregueado mucoso, e da rigidez parietal. As manobras visando a progressão do aparelho provocavam dor e grande desconforto no baixo ventre. O clister opaco mostrou o ângulo esplênico do cólon em situação baixa, discreta espasticidade em sigmóide, e esparsos divertículos em cólon sigmóide e transverso. A grafia pós-esvaziamento evidenciava em cólon ascendente e terço proximal do transverso (ângulo hepático) um conglomerado de divertículos dando a imagem de "cacho de uva". **No ceco, falha de enchimento regular sugeria a presença de um pólipó (Fig. 1), não sendo percebidas outras lesões.** A colonoscopia não foi requerida em razão das fortes suspeitas de um importante processo aderencial sediado no fundo de saco peritoneal comprometendo o sigmóide (exame físico, toque, sintomas, e retossigmoidoscopia).

O resultado do exame histopatológico foi: formação vilosa com atipias celulares discretas no material enviado (seis fragmentos).

Diagnóstico final: adenoma viloso retal, pólipó cecal, e doença diverticular predominantemente em cólon ascendente.

Hipótese diagnóstica outra: aderências intestinais (bloco) em fundo de saco peritoneal.

Indicação cirúrgica: exérese total do adenoma viloso retal e hemicolecotomia direita.

1ª operação – 26/4/82 – (R. nº 763)

1) Remoção do adenoma retal através do retossigmoidoscópio com a alça ressectora elétrica.

2) Laparotomia através de via de acesso paramediana direita pararectal interna. Aberto o abdome, o inventário da cavidade mostrou: a) um bloco compacto formado por alças delgadas e o cólon sigmóide aderidos entre si, ao fundo de saco peritoneal, e as paredes laterais da escavação pélvica, de modo a se interrogar como até então não se instalara um quadro de obstrução intestinal; b) aderências intestinais outras e bloqueio do andar supramesocólico; c) cólon ascendente e terço proximal do transverso encobertos pelo grande epíploo de maneira firme, apresentando-se a este nível uma mesenterite retrátil. O exame a partir do ceco confirmou a presença do pólipó de superfície regular (palpação) estando o resto do cólon em situação profunda com parede enrijecida.

Após laboriosa dissecação digital, o bloco intestinal situado no fundo de saco foi desfeito, surgindo o sigmóide em extensão superior à

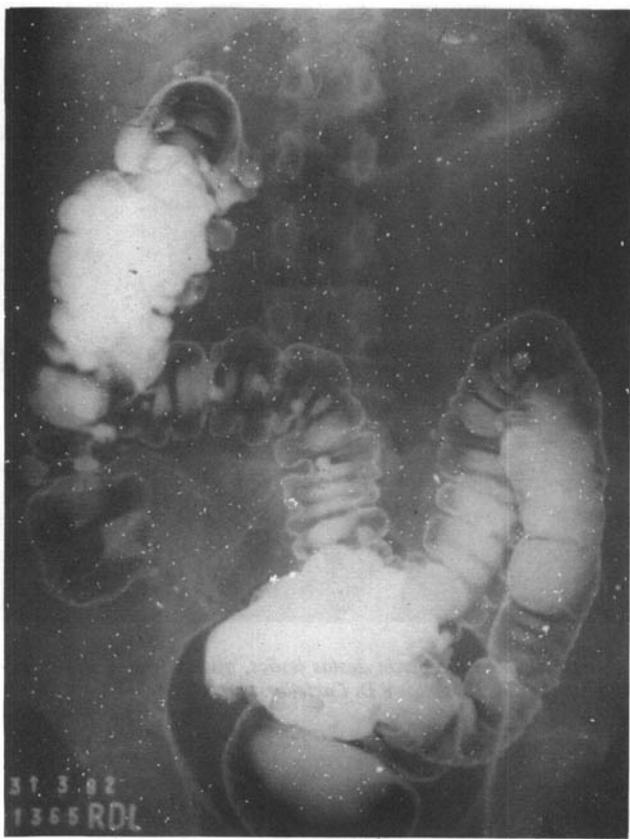


Fig. 1 – Clister opaco. Grafiá onde se vê a imagem de falha de enchimento no ceco.

imaginada, e apresentando em seu interior (palpação) uma lesão não diagnosticada pré-operatoriamente, com cerca de 3 cm, consistência macia, sem mobilidade, estando a serosa do cólon a este nível íntegra, não havendo retração parietal nem nódulos adjacentes.

Realizamos: a) abertura do ceco e polipectomia; b) cecostomia tubular descompressiva; c) ressecção anterior alta com anastomose intraperitoneal; d) colocação de dreno de borracha no fundo de saco peritoneal (manobras de descolamento), passando o mesmo em seu trajeto junto à anastomose colorretal e saindo na fossa ilíaca esquerda.

Observação: a conduta foi alterada apesar da confirmação do processo diverticular a merecer atenção cirúrgica, em virtude da lesão detectada em sigmóide, com mais de 3 cm de diâmetro e sésil, que obrigava a uma ressecção não programada, em segmento de cólon já anteriormente alvo de outra ressecção (colectomia esquerda segmentar em 1968, alhures).

Embora a hemicolectomia direita seguida de anastomose íleo-transversa ainda permitisse a conservação de razoável segmento do grosso intes-

tino (1/3 médio e distal do cólon transverso e parte do cólon esquerdo), duas anastomoses (íleo-transversa e colorretal) a uma distância relativamente curta, diante do quadro abdominal encontrado, não nos pareceu conveniente naquela oportunidade.

Sendo a colectomia total, a juízo clínico, evitável e as derivações externas desnecessárias e inoportunas, optamos pela permanência temporária do cólon direito, para que dentro das possibilidades, fosse o mesmo ressecado num prazo não inferior a 90 dias, através a mesma via de acesso abdominal.

Evolução

A evolução transcorreu sem maiores anormalidades. O dreno de borracha de fundo de saco foi retirado no 5.º dia por se encontrar inoperante há mais de 24 h, apesar das mobilizações diárias. No 10.º dia foi extraída a sonda da cecostomia, e embora o abdome se mostrasse flácido, foi palpada uma pequena massa na parede ântero-lateral esquerda do abdome, na projeção do orifício do dreno. Manobras recanalizantes da parede (orifício do dreno) não deram saída a secreção. Após 4 dias em observação sem febre, com funcionamento intestinal normal, exames complementares sem alteração, a alta hospitalar foi concedida sob condições no dia 10/5/82.

O resultado do exame anatomopatológico demonstrou que o adenoma viloso retal não apresentava malignidade; que o pólipó cecal era um adenoma viloso com atipia discreta; e que a lesão encontrada em sigmóide se tratava de um adenoma viloso com câncer invasivo (**Figs. 2 e 3**).

Quinze dias após a alta do Hospital, a paciente compareceu ao Serviço em bom estado geral, com mais 2 kg de peso corporal, relatando funcionamento intestinal normal. O exame abdominal, entretanto, mostrou aumento da massa abdominal (fossa ilíaca esquerda) que se tornara dolorosa à palpação. Foi então a paciente encaminhada para estudos e preparo pré-operatório.

2ª operação – 21/6/82 (56 dias após a 1ª) – Colectomia total

O abdome foi aberto pela mesma via de acesso da nossa 1ª operação, e constatou-se: a) conglomerado de alças intestinais acoladas entre si e à parede anterior do abdome, as quais foram liberadas e permitiram a verificação do núcleo do processo que consistia no cólon e num segmento de alça jejunal fusionados entre si e à parede do

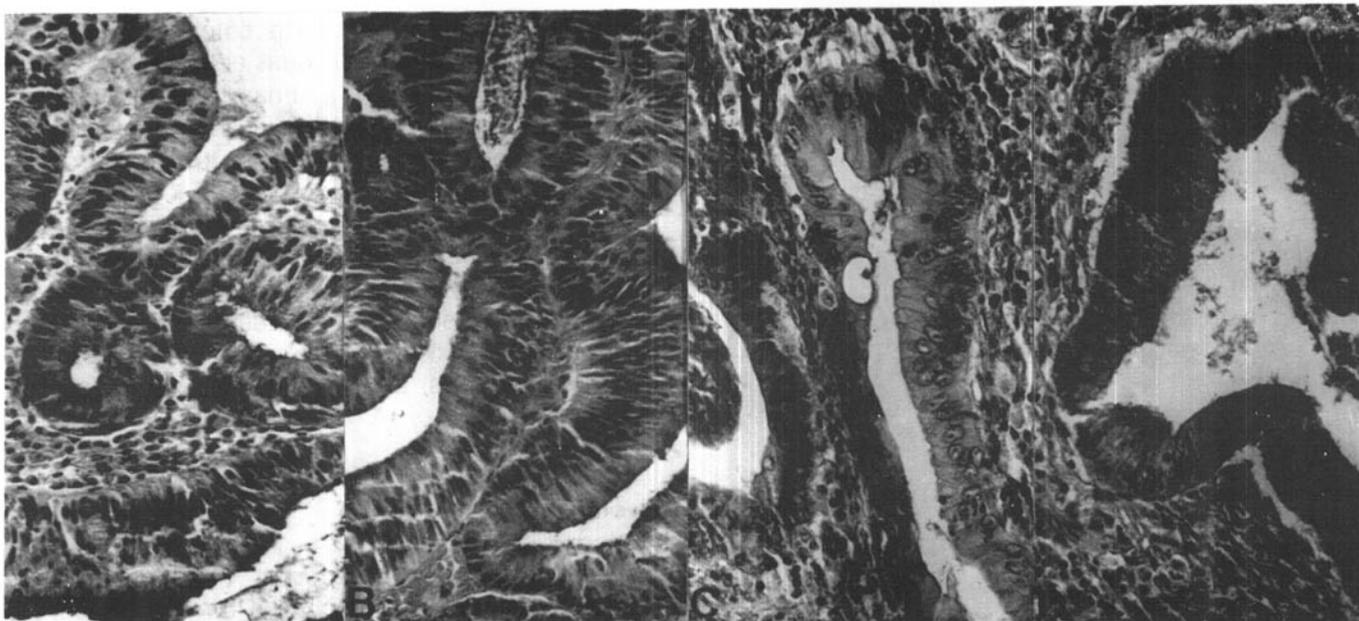


Fig. 2 – Pólipos vilosos do reto (A-B) e do ceco (C-D), onde são registrados caracteres de hiperplasia destas lesões, que tinham discretas atipias e não mostravam quaisquer sinais de invasão (x 400; x 400; x 400; x 400). Drs. J.M. Barcellos e D. Castellar.

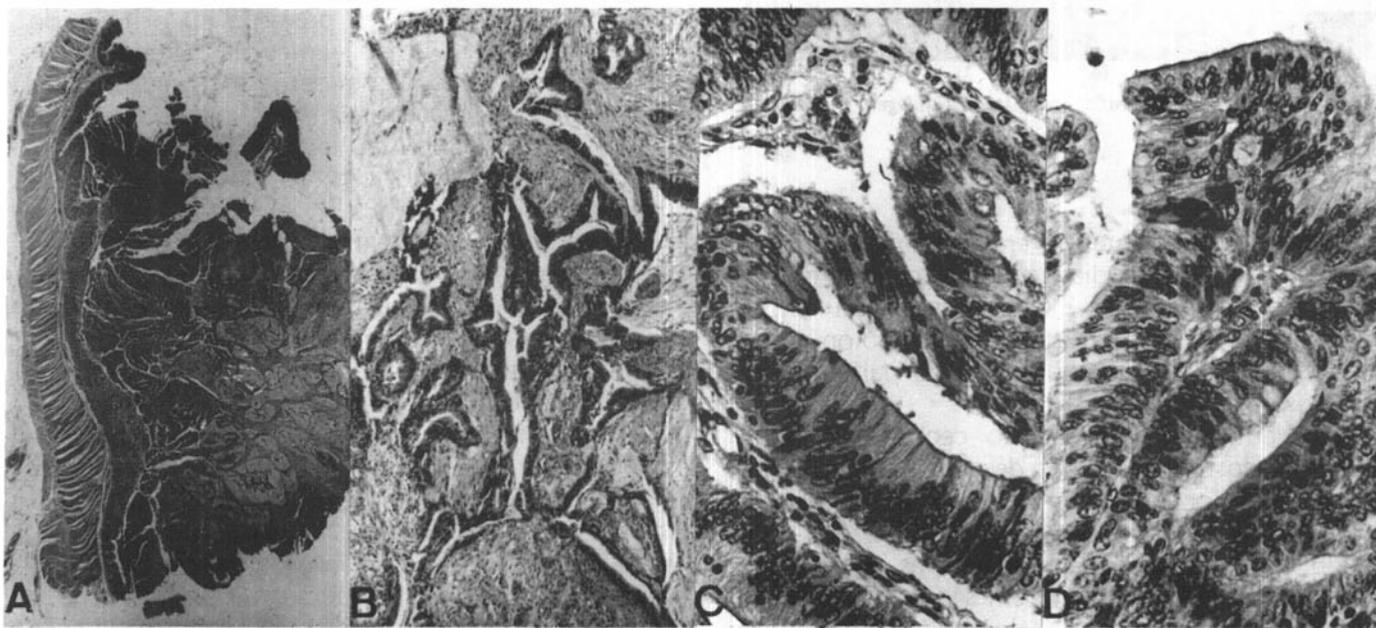


Fig. 3 – Tumor de sigmóide. Adenocarcinoma incipiente. Trata-se de neoplasia vegetante de aspecto predominantemente viloso (A) e com áreas mucíparas; (B) essa neoplasia mostrava à microscopia, além de vilos com atipias celulares bem marcantes no fundo; (C) e na superfície (D) invasão que alcançava apenas a muscular da mucosa (x 5; x 100; x 400; x 400). Drs. J.M. Barcellos e D. Castellar.

abdome (fossa ilíaca esquerda). A alça delgada foi seccionada a 8 cm do processo granulomatoso proximal e distalmente, e o trânsito estabelecido por anastomose término-terminal biplana. Após o descolamento do cólon da parede abdominal, esta apresentou uma zona desvitalizada a exemplo da parede de um abscesso que tivera resolução

clínica (fístula de anastomose conduzida pelo dreno à parede); b) a colectomia total se iniciou pelo ceco encontrando-se dificuldades ao nível do ângulo hepático do cólon, onde o envolvimento epiplóico, a mesenterite retrátil, e acolamento ao fígado e duodeno, se constituíram em entraves para uma cirurgia mais rápida; c) ultrapassada a

zona da anastomose, o reto foi seccionado cerca de 4 cm abaixo desta área, e fechado à Hartmann; d) uma ileostomia à Brooke foi realizada na fossa ilíaca direita; d) um dreno de borracha foi colocado abaixo do fígado e correndo o leito do cólon direito, saindo no flanco em situação posterior.

Evolução

Evoluiu bem a paciente até o 5.º dia de pós-operatório, quando passou a apresentar picos febris diários e a secreção eliminada pelo dreno se tornou mais turva. Com ileostomia funcionando, abdome flácido, deambulando, com exames laboratoriais dentro dos limites normais, apresentando ao Raio X de tórax a presença de pneumoperitônio pós-operatório, sem demonstrar elevação da cúpula frênica (6.º dia), foi introduzido corante pela sonda gástrica, só dando saída através da ileostomia. Trânsito intestinal realizado com contraste diluído, igualmente não demonstrou a presença de uma fístula digestiva. A nutrição parenteral foi instalada no 8.º dia pela permanência da secreção eliminada, que apesar de em média se manter em torno de 50 ml nas 24 h, se mostrava constante. Por questões econômicas solicitou-nos a paciente a transferência para outro hospital em 1/7/82.

Conseguiu-se apurar que no novo hospital, foi mantida a nutrição parenteral, e que cerca de 20 dias após sua entrada foi submetida a drenagem de abscesso subfrênico. Como perdurasse o quadro febril, novos estudos mostraram a necessidade de nova drenagem, que realizada, conduziu a uma evolução sem mais se verificar os picos febris, obtendo alta segundo suas próprias informações em 11/8/82, sendo orientada para tratamento imunoterápico (BCG).

A peça cirúrgica examinada setorialmente mostrou:

a) **Cólon ascendente: "formação polipóide"** com glândulas típicas e estroma com eixo conjuntivo fibroso. Formações diverticulares projetando a mucosa através a parede, com tecido gorduroso aderido.

Conclusão — pólipo adenomatoso, processo inflamatório crônico diverticular.

b) **Alça delgada** — alça delgada (22 cm) com aderências e processo inflamatório crônico.

c) **Formação diverticular:** com 7 x 1 cm recoberta de tecido gorduroso e projetando-se a mucosa por 2 x 1 cm.

d) **Segmento colônico e parede:** intestino em meio a tecido com fibrose e adiposo, áreas com numerosos vasos, infiltrado inflamatório, células

gigantes tipo corpo estranho (fios) sem malignidade, e massa granulomatosa (parede), com células gigantes em arranjo granulomatoso sem malignidade.

Observação: a anastomose ileorretal não foi realizada primariamente, porque desta feita se preferiu observar o comportamento do reto a médio e longo prazo (recidiva), e devido à proximidade da área granulomatosa. A colectomia se impunha, já que o cólon esquerdo alvo de duas ressecções (1.ª em 1968, alhures) praticamente nada teria a ser conservado. Por outro lado uma hemicolectomia direita com anastomose no terço médio do transversal deixaria apenas pequena porção deste segmento, não se justificando sua conservação.

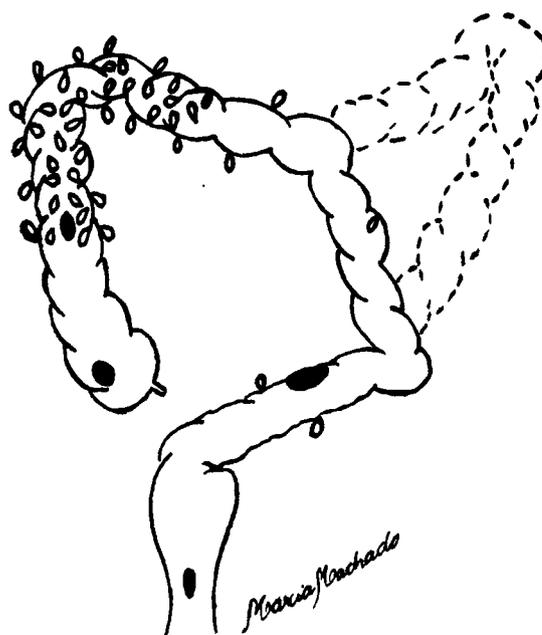


Fig. 4 — Lesões encontradas no intestino grosso.

Seguimento (Follow-up)

Em 7/7/83 (1 ano após a 1.ª consulta) a paciente retornou com queixa de perda de secreção mucossanguinolenta pelo reto, e de "bolhas na ileostomia". A retoscopia mostrou a presença de uma retite granulosa, com hiperemia da mucosa, friabilidade de contato e pontilhado seroso. A ileostomia apresentava na mucosa próxima ao bordo da pele, várias lesões polipóides, friáveis.

A histopatologia mostrou: a) retite inespecífica (biópsia); b) granulomas inflamatórios (duas lesões ileais retiradas).

Goligher¹⁰ se refere aos granulomas polipóides na mucosa exposta da ileostomia, encontrando estes nódulos em três pacientes cuja biópsia demonstrou tratar-se de tecido de granulação.

DISCUSSÃO

O exame proctológico, e em particular a retossigmoidoscopia, são responsáveis pela detecção de grande número das lesões polipóides, já que se apresentam principalmente no cólon esquerdo e no segmento distal do mesmo^{12, 14, 17, 23}.

Quando da presença de pólipos retais, a frequência de pólipos colônicos associados tem se mostrado elevada^{23, 24}.

O clister opaco quando executado cuidadosamente com a técnica do duplo contraste, é capaz de detectar lesões com menos de 1 ou 0,5 cm. Na Inglaterra, com técnica especial, segundo *Theuerkauf*⁴, 98% dos pólipos com mais de 1 cm e 78% dos abaixo de 1 cm são evidenciados, enquanto que com o uso da técnica convencional, grande número destas pequenas lesões são omitidas.

A colonoscopia veio preencher uma importante lacuna. Em mãos experimentadas pode chegar ao ceco em 90% das vezes, removendo integralmente as lesões e evitando assim grande número de laparotomias, ou biopsiá-las permitindo o estudo histológico^{4, 17, 20, 21, 22, 24}. *Minopoulos*¹⁷ em 335 colonoscopias chegou ao ceco em 309 (92,2%) e verificou que 73,8% das lesões polipóides se situavam no cólon esquerdo e 63,5 estavam abaixo da junção descendente sigmóide. As recidivas após a polipectomia são de certa forma habituais acontecendo com os adenomas vilosos freqüentemente, segundo alguns estudos, se impondo portanto um controle acurado^{9, 17, 23}.

Em ocasiões o exame imediato por congelação é necessário, entretanto não realizado por falha na previsão, ou por impossibilidade técnica. *Michalany*¹⁶ diz que "o patologista não pode dar um diagnóstico seguro quando o material é friável e de espessura inadequada, embora o criostato tenha resolvido em parte estes problemas". *Kanto*¹² igualmente diz que "somente o exame da peça cirúrgica em seu todo é capaz de oferecer um resultado seguro". O tecido adenomatoso no pedículo para alguns não deve ser confundido com um câncer invasivo, sendo importante esta diferença²².

O cirurgião deve estar preparado para avaliar uma lesão constatada pela palpação do cólon como endurecimento, tamanho, mobilidade, regularidade de contornos, retração parietal, presença de nódulos etc... Os adenomas com processos focais não invasivos têm na simples remoção o tratamento de escolha. A ressecção é o procedimento ideal quando há mais de um pólipo no

mesmo segmento, e se associam enfermidades como a doença diverticular.

*Quan*²³ em 207 pacientes tratados com adenomas vilosos procedeu à excisão local em 120 e a cirurgia radical em 87.

*Turnbull*²⁵ entre outros adeptos do tratamento local do câncer do reto, apresenta parâmetros para esta indicação. Entendemos esta conduta como uma exceção já que apenas frente a um risco proibitivo deve ser levada em consideração.

O câncer do retossigmoide ou sigmoide inferior tem na ressecção anterior o tratamento de escolha, porém quando situado no reto, a possibilidade de conservação do aparelho esfinteriano e dos últimos centímetros do mesmo é sempre avaliada. Quando da possibilidade de conservação de parte do reto têm lugar as proctossigmoidectomias abdômino-endoanais ou abdômino-endorretais, as ressecções posteriores ou abdômino-sacras, as retotomias posteriores etc... As técnicas abdômino-perineais como a de *Toupet*, *Cutait*, *Turnbull*^{5, 26, 27} ou o uso do Stapler tem nossa preferência na impossibilidade de execução da anastomose por via abdominal.

Ao final, desejamos agradecer aos Drs.: *J.M. Barcellos*, *D. Castellar*, *Ronaldo G. Seara* e *Fátima P. da Silva*, pela ajuda prestada. Aproveitamos ainda para mais uma vez expressar a grande lacuna deixada pelo Prof. *Sylvio d'Avila*, fundador e 1º Presidente da Soc. Bras. de Proctologia.

SUMMARY

Total colectomy can be necessary for multiple adenomas and for the coexistence of the diseases in the large bowel. The incidence of multiple lesions and important aspects in adenomas and in the cancer associations and the diverticular disease are approached by the author, based on the consulted literature. Understanding multiple adenomas as a clinic and distinct entity from multiple familiar adenomatosis, the author reports a case where the surgical past of the patient and the discovery of a lesion during the operation brought difficulties forcing a technic and tactic alteration, and so, bringing about the necessity of a second intervention, which was realized before the previous date due to the appearance of a complication. At the end are traced the diagnostic basis and the surgical treatment basis of these lesions.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUSSEY HJR — Multiple adenomas and carcinomas. In: Major Problems in Pathology. Vol. 10. W.B. Saunders Co. Philad-Tor-Lon, Chap. 6, 1978.

2. BURNS FJ — Synchronous and metachronous malignancies of the colon and rectum. *Dis Col Rect*, 23: 578, 1980.
3. CARVALHO A de — Aspectos clínicos da doença diverticular dos cólons. *In: Patologia Colorretal; atualização. Cong Bras Proct*, 24.º S. Paulo, 29 set., 20 out., p. 109, 1974.
4. CHRISTIE JP — Colonoscopic removal of sessile colonic lesions. *Dis Col Rect*, 21: 11, 1978.
5. CUTAIT DE — Nova técnica de retossigmoidectomia abdômino-perineal sem colostomia. *In: Cong Lat Am 1.º; Internacional, 2.º e Bras. de Proctologia, 10.º S. Paulo, vol. 2, p. 831, 1960.*
6. DAY DW & MORSON BC — The adenoma carcinoma sequence. *In: Major Problems in Pathology, vol. 10. W.B. Saunders Co. Phil-Lon-Tor, Chap 6, 1978.*
7. D'AVILA S — Câncer reto-sigmóide. Tratamento. *Rev bras Cir*, 21: 251, 1951.
8. GODOY JA & PONTES JT — Associação diverticulite-neoplasia. *Rev Bras Proct (tema do 28.º Cong Bras Proct)*, 3: 14, 1979.
9. GOFFI FS — Papilomas vilosos do reto e do sigmóide. *In: Patologia colorretal, atualização. Cong Bras Proct 24.º, S. Paulo, 29 set, 20 out., p. 79, 1974.*
10. GOLIGHER JC — Cirugía Del Ano, Recto y Colon. Salvat Ed. Barcelona (versión española de la 3.ª ed. orig ingl), p. 807, 1979.
11. JACKSON BR — Adenomas of the colon and rectum. *Histopathology and Management. Dis Col Rect*, 17: 656, 1974.
12. KANTO D — Pólipos dos cólons e do reto (Tese de docência F.M.U.F.F.). *Rev Soc Bras Proct*, 1: 18, 1977.
13. LASSER A — Synchronous primary adenocarcinomas of the colon and rectum. *Dis Col Rect*, 21: 20, 1978.
14. MACHADO SAB — Retossigmoidoscopia — Valor nas Retocolopatias Inflamatórias. *J Bras Med*, 25: 109, 1973.
15. MARQUEZ MM, CONTRERAS AH & MORALES EJ — Concomitancias de diverticulosis y cáncer colônico. *In: Acta Cong e Int de Proct 5.º, Mar del Plata 1-5 Diec, vol. 1, p. 284, 1973.*
16. MICHALANY J — Cirurgião, técnica histológica e patológica cirúrgica. *Rev Ass Med Bras*, 25: 44, 1979.
17. MINOPOULOS GJ, Mc INTYRE RLE, LEE ECG & KETTLEWELL MGW — Colonoscopic polypectomy in a regional teaching hospital. *Br. J Surg*, 70: 51, 1983.
18. MORSON BC — The polyp cancer sequence in the large bowel. *Proc R Soc Med*, 67: 451, 1974.
19. MORSON BC — Introduction. *In: Major problems in pathology. Vol. 10, W.B. Saunders Co. Phil-Lon-Tor, Chap 1, 1978.*
20. MUTO T et al. — Colonoscopic polypectomy in diagnosis and treatment of early carcinoma of large intestine. *Dis Col Rect*, 23: 68, 1980.
21. NIVATVONGS S & GOLDBERG SM — Management of patients via colonoscope. *Dis Col Rect*, 21: 8, 1978.
22. QIZILBASH AH & MEGHJI M — Pseudocarcinomatous invasion in adenomas of the colon and rectum. *Dis col rect*, 23: 529, 1980.
23. QUAN SHQ & CASTRO EB — Papillary adenomas (villous tumors). A review of 215 cases. *Dis Col Rect*, 14: 267, 1971.
24. THEUERKAUF FJ — Rectal and colonic polyps relationships via colonoscopy and fibersigmoidoscopy. *Dis Col Rect*, 21: 2, 1978.
25. THONSON JPS — Treatment of sessile villous and tubulovillous adenomas of the rectum. Experience of St. Mark's Hospital, 1963 — 1972. *Dis Col Rect*, 20: 467, 1977.
26. TOUPET A — Technique de résection du rectum par retournement après section première et ses applications. *Presse Méd*, 25: 1786, 1951.
27. TURNBULL Jr. RB & CUTHBERTSON AM — Abdomino rectal pull-through resection for cancer and Hirschprung's disease. *Cleveland Clin Quart*, 28: 109, 1961.
28. TURNBULL Jr. RB — Carcinoma of the rectum non-resective treatment, Symposium. *Dis Col Rect*, 17: 588, 1974.