

## ANASTOMOSES COLORRETAIS

Daher E. Cutait

Antes de mais nada os agradecimentos à Comissão Organizadora deste excelente Congresso pelo convite honroso para pronunciar uma conferência sobre "*Anastomoses Colorretais*". Estas anastomoses representam um tempo importantíssimo das ressecções por lesões benignas e malignas do reto e da região retossigmóidea, e devem por isso ser executadas com todos os requisitos técnicos de segurança, em seus mínimos detalhes.

O tema que me foi destinado é amplo e complexo. Não pode, evidentemente, ser abordado em todos os seus aspectos, no tempo limitado de 30 minutos que me foi destinado para a apresentação. Por isso, seguindo a recomendação da Comissão Científica do Conclave, limitarei a comunicação à exposição de apenas alguns aspectos da vivência pessoal de várias décadas com o tema, vivência esta de 1.066 casos.

As indicações das afecções que demandaram as ressecções com anastomose colorretal estão expostas na **Tabela 1**, no qual pode-se observar predominância quase absoluta do megacólon chagásico, de incidência muito elevada na América do Sul, particularmente no Brasil, e do câncer do reto, que se alastra de maneira cada vez mais assustadora em quase todos os países do mundo. Juntas, essas duas entidades representam 97% dos casos da série total.

Como é de conhecimento de todos, as anastomoses podem ser realizadas pelas vias abdominal, trans-sacra e perineal, executadas nas ressecções anterior, abdômino-sacra e abdominoperineal, respectivamente.

Nossa vivência é apenas com a anastomose colorretal por via abdominal, na ressecção anterior, e por via perineal, na ressecção abdominoperineal, as quais serão objeto de nossas considerações, separadamente.

### Anastomose colorretal na ressecção anterior

A ressecção anterior foi indicada em 338 casos em várias lesões com predominância do câncer e, em menor incidência, do megacólon chagásico (**Tabela 2**). Essas duas entidades clínicas representam 95,5% do total desta série. Nossos comentários, por isso, focalizarão principalmente a aplicação do procedimento nessas duas entidades clínicas, uma vez que a incidência das outras afecções foi pequena na nossa casuística.

### Ressecção anterior no câncer do reto

A cirurgia do câncer não visa apenas remover o órgão afetado, mas também, e sobretudo, os tecidos correspondentes às áreas de propagação linfática. Sob este aspecto, vale a pena mencionar os trabalhos fundamentais de *Villemain* e cols.<sup>1</sup>, *Oliveira*<sup>2</sup> e *Sauer e Bacon*<sup>3</sup>, que demonstraram que a *plica transversalis* de Kohlrausch, situada a cerca de 8 cm do orifício anal, divide o reto em dois segmentos distintos, o proximal e o distal. No primeiro, a propagação metastática se

\* Conferência proferida no XXXV Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, em São Paulo, 1985.

Tabela 1 – Anastomose colorretal

Indicações	Nº casos	%
1. Megacólon chagásico	731	68,5
2. Câncer do reto	304	28,5
3. Moléstia diverticular	12	1,1
4. Hirschsprung	8	0,8
5. Tumor viloso do reto	4	0,4
6. Adenomatose colorretal	3	0,3
7. Colite ulcerativa	2	0,2
8. Colite isquêmica	1	0,1
9. Atresia retal	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1.066</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2 – Anastomose colorretal – Ressecção anterior

Indicações	Nº casos	%
1. Câncer do reto	247	73,0
2. Megacólon chagásico	76	22,5
3. Moléstia diverticular	12	3,6
4. Tumor viloso do reto	2	0,6
5. Colite isquêmica	1	0,3
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>

faz apenas em sentido caudo-cranial, através do tecido linfático do pedículo hemorroidário superior, e no segundo, pelos três pedículos hemorroidários, o superior, o médio e o inferior. Assim sendo, nas neoplasias situadas à jusante da plica, a operação oncológica racional de escolha é a amputação abdominoperineal do reto, com colostomia definitiva, e nas situadas à montante da mesma a intervenção pode ter caráter conservador, sem, portanto, o sacrifício do importantíssimo aparelho de continência anal.

Na prática corrente, contudo, a conduta tem ultimamente sofrido pequenas modificações. A maioria dos cirurgiões considera a ressecção anterior a operação de escolha para as lesões situadas acima de 12 cm do ânus (terço superior) e a amputação abdominoperineal para as situadas a menos de 5 cm (terço inferior). As dúvidas de conduta ocorrem apenas nas neoplasias do terço médio, isto é, nas situadas entre 5 a 12 cm do ânus (**Tabela 3**). Nota-se, atualmente, tendência, nestes casos, de indicar cada vez mais a cirurgia conservadora, sobretudo após a introdução dos aparelhos de sutura mecânica, que permitem a feitura de anastomoses baixas com maior facilidade técnica e mais segurança.

A anastomose na ressecção anterior pode ser

Tabela 3 – Câncer do reto

Conduta
1. Terço superior – Ressecção anterior
2. Terço médio – ?
3. Terço inferior – Amputação

executada manualmente ou por meio de sutura por grampeamento.

### Anastomose manual

A anastomose manual pode ser realizada em um ou dois planos de sutura, com pontos separados ou sutura contínua, pontos totais ou submucosos, fio absorvível ou inabsorvível, das mais variadas texturas. O mais importante, no entanto, é lembrar que o reto é desprovido de serosa, o que o torna menos resistente à sutura, a destacar a importância dos fibroblastos da submucosa na cicatrização das anastomoses intestinais.

Desejo, neste momento, lembrar o magnífico trabalho de pesquisa de *Warde*<sup>4</sup> "Estudo Comparativo da Anastomose Colorretal em UM e DOIS Planos de Sutura", apresentado à FMUSP em 1972, como tese de Doutorado. O autor executou a anastomose em 30 cães, em 15 dos quais a sutura foi feita em um só plano e, em 15, em dois planos. Os animais foram catalogados em três grupos, que foram sacrificados, em número igual, no 3º, 7º e 14º dias, respectivamente. O estudo comparativo demonstrou que a incidência de deiscência e de resistência tênsil era comparável nos dois métodos e que o calibre era mais amplo nas suturas em um só plano.

Dou pessoalmente preferência a anastomose em dois planos, com pontos separados de fio de algodão fino, procedimento que uso há mais de três décadas, com resultados plenamente satisfatórios. Nas anastomoses muito baixas executo a sutura em um só plano. Convém destacar que na feitura das anastomoses a sutura deve ser executada com todos os requisitos de técnica cirúrgica, ou sejam, boa irrigação das bocas anastomóticas e mínimo grau de traumatismo, e sem tensão.

Alguns aspectos importantes de ordem geral devem ser mencionados:

Nos tumores baixos deve ser feita a ligadura dos vasos hemorroidários médios e realizada a dissecação do reto até o plano dos músculos elevadores do ânus. Com essas manobras, o reto perde suas curvaturas, alonga-se e a lesão passa a ocupar nível mais alto na escavação pélvica, permitindo ressecção distal mais ampla e facilitando, assim, a execução técnica da anastomose.

No que concerne ao nível distal da ressecção, é importante mencionar que apenas excepcionalmente a propagação metastática se faz em sentido caudal numa extensão de mais de 2 cm. Apesar de alguns autores considerarem necessária a secção distal do reto no mínimo a 5 cm da neoplasia, a maioria dos cirurgiões experientes considera suficiente a ressecção a apenas 2-2,5 cm da lesão. Este é também o nosso ponto de vista.

Às vezes é necessária a mobilização do descendente e do ângulo esplênico, com a finalidade de se obter um cólon bem frouxo, que possa ser levado até a pelve sem tensão. Esta manobra facilita a execução da anastomose e é válida sobretudo para as anastomoses baixas.

### Anastomose mecânica por grampeamento

A anastomose colorretal por grampeamento na ressecção anterior começou a ser realizada há cerca de 3 décadas, após a apresentação de um aparelho de sutura mecânica circular pelo Instituto Científico de Aparelhos e Instrumentos Cirúrgicos e Experimentais de Moscou. Este aparelho, contudo, não teve a aceitação prevista em virtude da complexidade de construção, manejo e esterilização e da necessidade de montagem individual de cada um dos grampos nos cartuchos utilizados.

O uso deste tipo de sutura adquiriu grande impulso após o lançamento do SPTU, novo modelo russo, e sobretudo dos modelos americanos Auto-Suture EEA Instrument e ILS, este apenas sob a forma descartável.

Aparelho dos mais interessantes foi recentemente introduzido pelos russos e está sendo experimentado no Japão por Nishimura. Este aparelho tem um dispositivo especial que permite a execução de anastomose colorretal por simples justaposição e esmagamento das bocas anastomóticas, sem o uso de grampos. A experiência deste procedimento é ainda muito limitada.

De acordo com a literatura, a sutura mecânica está contribuindo para o aumento do índice de ressecção anterior no câncer do reto, em detrimento da amputação abdominoperineal. Segundo *Goligher*<sup>5</sup>, cerca de 70% das operações para o câncer do reto são atualmente conservadoras, e apenas 30% amputativas. *Heald*<sup>6</sup> refere ter aumentado para 90% o índice de operações conservadoras contra apenas 10% de amputativas. As estatísticas da Comissão de Câncer do American College of Surgeons, segundo *Smart*<sup>7</sup>, mostram a predominância das cirurgias conservadoras em inquéritos realizado recentemente em numerosos centros avançados. Esta tem também sido a nossa conduta na última década.

### Estudo comparativo entre anastomose colorretal manual e por grampeamento no câncer do reto

Conforme referimos, nossa experiência global com a anastomose colorretal na ressecção anterior é de 338 casos, em 201 dos quais foi executada manualmente e em 137 com o stapler (**Tabela 4**).

Um estudo comparativo retrospectivo entre os dois tipos de anastomose foi por nós realizado em relação ao câncer do reto, sob os aspectos de deiscência da anastomose, de mortalidade e de recidiva. Para o estudo comparativo, foram considerados os 145 casos de câncer desta série submetidos a ressecção anterior por anastomose manual e os 102 casos submetidos a anastomose por grampeamento (**Tabela 5**).

Tabela 4 — Anastomose colorretal — Ressecção anterior

Tipo de anastomose	Nº casos	%
1. Manual	201	59,5
2. Grampeamento	137	40,5
Total	338	100,0

Tabela 5 — Anastomose colorretal — Ressecção anterior

Câncer do reto	Nº casos	%
1. Anastomose manual	145	58,7
2. Anastomose por grampeamento	102	41,3
Total	247	100,0

A anastomose manual foi executada em quase todos os pacientes com pontos separados de fio de algodão 4 O, em dois planos de sutura, um total e outro seromuscular. Nas anastomoses baixas, contudo, a sutura posterior foi em grande número de casos realizada em um só plano. A anastomose por grampeamento foi realizada com o EEA Instrument em 94 pacientes e com o ILS em 8.

A incidência de deiscência foi a 9,7% na anastomose manual e de 7,8% na por grampeamento (**Tabela 6**). Na anastomose alta, isto é, na anastomose realizada acima do nível de 6 cm, foi de 6,7% para a anastomose manual e de 1,8% na por grampeamento. Na anastomose baixa foi de 50% na manual e de apenas 13% na por grampeamento (**Tabela 7**). O alto índice de deiscência nas anastomoses baixas resulta, certamente, das dificuldades técnicas que o cirurgião enfrenta ao executar a sutura no fundo da cavidade pélvica.

Tabela 6 – Câncer do reto – Ressecção anterior

Anastomose	N.º casos	Deiscência	%
1. Manual	145	14	9,7
2. Grampeamento	102	8	7,8
Total	247	22	8,9

Tabela 7 – Câncer do reto – Ressecção anterior

Anastomose	N.º casos	Deiscência	%
1. Alta			
1.1. Manual	135	9	6,7
1.2 Grampeamento	56	1	1,8
2. Baixa			
2.1 Manual	10	5	50,0
2.2 Grampeamento	46	6	13,0
Total	247	21	8,5

Os achados mostram que a segurança, sob o aspecto de deiscência, é muito maior na anastomose mecânica, tanto na alta como, sobretudo, na baixa.

A colostomia proximal de segurança foi executada em percentagem muito menor nas anastomoses mecânicas do que nas manuais, mesmo nas baixas.

O índice de mortalidade foi de 6,9% na anastomose manual e de apenas 2,2% na por grampeamento (Tabela 8). Em análise mais detalhada deste acontecimento, verifica-se que na anastomose alta a mortalidade foi de 5,9% na anastomose manual e de 1,8% na por grampeamento, e que na anastomose baixa foi de 20% na manual e de apenas 2,8% na por grampeamento (Tabela 9). Estas diferenças estão seguramente relacionadas, em grande parte, nos dois procedimentos, à incidência de deiscência nos dois níveis considerados de anastomose.

A recidiva local foi observada em 4,8% dos pacientes submetidos a anastomose manual e em 9,8% dos submetidos a anastomose por grampeamento (Tabela 10). É possível que a incidência maior desta ocorrência na anastomose mecânica por grampeamento seja devida ao fato de o procedimento ter sido usado em vários casos em lesões relativamente baixas, nas quais provavelmente teria sido mais racional, do ponto de vista oncológico, a feitura da amputação abdominoperineal de Miles. Na anastomose alta houve recidiva local da moléstia em 4,4% dos casos de sutura manual e de 3,6% dos casos de sutura por grampeamento, diferença nada significativa. Na

Tabela 8 – Câncer do reto – Mortalidade

Anastomose	N.º casos	Mortalidade	%
1. Manual	145	10	6,9
2. Grampeamento	102	2	2,0
Total	247	12	4,9

Tabela 9 – Câncer do reto – Ressecção anterior

Anastomose	N.º casos	Mortalidade	%
1. Alta			
1.1 Manual	135	8	5,9
1.2 Grampeamento	56	1	1,8
2. Baixa			
2.1 Manual	10	2	20,0
2.2 Grampeamento	46	1	2,2
Total	247	12	4,9

Tabela 10 – Câncer do reto – Ressecção anterior

Anastomose	N.º casos	Recidiva	%
1. Manual	145	7	4,8
2. Grampeamento	102	10	9,8
Total	247	17	6,9

anastomose baixa houve recidiva local em 10% dos casos de sutura manual e em 17,4% dos casos de sutura por grampeamento (Tabela 11). Estes dados mostram que a recidiva é maior na anastomose baixa nos dois procedimentos, sendo, contudo, mais freqüente na anastomose por grampeamento, provavelmente por serem alguns casos submetidos a cirurgia conservadora ao invés da amputativa.

Os achados nesse estudo comparativo do câncer do reto mostram, portanto, que o índice de complicações e de mortalidade é menor na anastomose por grampeamento do que na manual, sobretudo na anastomose baixa, mas que a recidiva local é mais freqüente na anastomose por grampeamento, sobretudo na anastomose baixa.

### Ressecção anterior no megacólon

A ressecção anterior ou retocoliectomia abdominal, na qual após a ressecção do cólon ectasiado o trânsito é restabelecido por meio de

anastomose colorretal, em um ou preferencialmente em dois planos, constitui a operação de escolha de vários cirurgiões. Esta operação representou o nosso procedimento de eleição de 1947 a 1952<sup>8</sup>, no Hospital das Clínicas, tendo sido executada em 56 pacientes. Foi abandonada em virtude do alto índice de deiscência, mesmo realizando-se de rotina a transversostomia de segurança, provavelmente pelo fato de a anastomose ter sido realizada em nível bastante baixo (em média a cerca de 8,5 cm do ânus), freqüentemente com bastante dificuldade técnica.

Entre os autores nacionais que seguem esta conduta, merecem citação especial, **Cruz**<sup>9</sup>, que apresentou recentemente a experiência de 430 casos de ressecção anterior com anastomose colorretal em um ou dois planos, com 4,4% de deiscência, e **Capelhuchnik**<sup>10</sup>, que executou a hemicolecotomia esquerda com anastomose colorretal em dois planos em 163 pacientes, com índice de deiscência de 8,5%. A anastomose estava situada, nesta série, em média a 8 cm do ânus.

Mais recentemente, realizamos em 20 casos a retossigmoidectomia com restabelecimento do trânsito por meio do "stapler" em nível baixo (média 5 cm do orifício anal), com excelente resultado. Foi realizada a transversostomia em 3 casos, ocorreu deiscência de sutura anastomótica em um paciente e óbito em outro, conseqüente à peritonite por deiscência no fechamento da colostomia.

#### **Anastomose colorretal na ressecção abdominoperineal**

A ressecção abdominoperineal com restabelecimento da continuidade intestinal por meio da anastomose colorretal por via perineal constitui método cirúrgico por nós empregado em várias afecções, entre as quais o câncer do reto e mais particularmente, o megacólon chagásico (**Tabela 12**). Estas duas entidades contribuíram com 97,8% da série total de casos submetidos a este procedimento.

A anastomose foi por nós realizada de duas maneiras: imediata, de 1952 a 1960, de acordo com a técnica descrita por Swenson, com a única diferença de conservação dos 3-4 cm distais do reto ao invés de somente 1 cm, e a retardada de acordo com a técnica proposta separadamente por nós<sup>11</sup> e por **Turnbull**<sup>2</sup>, em 1961, com a finalidade de prevenir ou reduzir ao mínimo a incidência de deiscência da anastomose. Esta finalidade foi plenamente atingida, porquanto em nossa experiência esta complicação baixou de 31,9% na

anastomose imediata para 2,2% na retardada, mesmo não se procedendo a feitura da colostomia proximal de segurança.

Como é sabido, a anastomose colorretal retardada é baseada no princípio de acolamento por contato entre as camadas musculares do reto evertido e a serosa do cólon abaixado no primeiro tempo, e da aproximação cuidadosa das mucosas do cólon e do reto após a ressecção do excedente de cólon, no segundo tempo, realizado em geral após 10 dias, sem anestesia.

Em revisão recente, fizemos um estudo comparativo entre a anastomose colorretal imediata e a retardada, no que concerne às complicações, à mortalidade e aos resultados funcionais. A **Tabela 13** mostra o número de casos executados de acordo com as duas técnicas.

A incidência da deiscência (**Tabela 14**), conforme foi mencionado, foi de 31,9% na anastomose colorretal imediata, mesmo fazendo-se a transversostomia proximal de segurança, e de apenas 2,2% na anastomose retardada, mesmo não se fazendo a transversostomia proximal. Esta complicação foi, às vezes, seguida de fístulas colorretoperineais, de resolução espontânea na quase totalidade dos casos. Contudo, em alguns pacientes, submetidos a anastomose imediata, a colostomia proximal de segurança teve que ser mantida durante um longo período e em alguns casos, indefinidamente. Na anastomose retardada, essas complicações foram geralmente discretas e nunca exigiram a feitura de uma colostomia proximal.

A incidência de infecção pélvica (**Tabela 15**) foi de 27,9% na anastomose imediata e somente 6,8% na retardada. Esta complicação era quase sempre de significado clínico reduzido, cessando em ambos os procedimentos com tratamento conservador na quase totalidade dos pacientes. A drenagem cirúrgica foi realizada apenas num número limitado de pacientes.

A estenose (**Tabela 16**) ocorreu em 4,4% dos pacientes com anastomose imediata e em apenas 1,8% na anastomose retardada. Na maioria dos casos, ela não dificultou a evacuação e dilatação digital foi suficiente para corrigir a complicação. Em apenas quatro casos, todos de anastomose imediata, foi necessária a retotomia interna de dilatação.

A mortalidade (**Tabela 17**) foi de 6,1% na anastomose imediata e de apenas 2,2% na retardada.

A continência anal foi satisfatória nos dois métodos de anastomose. Observou-se na maioria dos casos pseudodiarreia e incontinência durante algumas poucas semanas, que geralmente cessaram espontaneamente. Em alguns pacientes persistiram durante vários meses. A incontinência permanente

Tabela 11 – Câncer do reto – Ressecção anterior

Anastomose	N.º casos	Recidiva	%
1. Alta			
1.1 Manual	135	6	4,4
1.2 Grampeamento	56	2	3,6
2. Baixa			
2.1 Manual	10	1	10,0
2.2 Grampeamento	46	8	17,4
Total	247	17	6,9

Tabela 12 – Anastomose colorretal – Ressecção abdominoperineal

Indicações	N.º casos	%
1. Megacólon chagásico	655	90,0
2. Câncer do reto	57	7,8
3. Hirschsprung	8	1,1
4. Adenomatose colorretal	3	0,4
5. Tumor viloso do reto	2	0,3
6. Colite ulcerativa	2	0,3
7. Atresia do reto	1	0,1
Total	728	100,0

Tabela 13 – Anastomose colorretal – Ressecção abdominoperineal

Anastomose	N.º casos	%
1. Imediata	229	31,5
2. Retardada	499	68,5
Total	728	100,0

Tabela 14 – Anastomose colorretal – Ressecção abdominoperineal – Deiscência da anastomose

Anastomose	N.º casos	Deiscência	%
1. Imediata	229	73	31,9
2. Retardada	499	11	2,2
Total	728	84	11,5

Tabela 15 – Anastomose colorretal – Ressecção abdominoperineal – Infecção pélvica

Anastomose	N.º casos	Infecção	%
1. Imediata	229	64	27,9
2. Retardada	499	34	6,8
Total	728	98	13,5

Tabela 16 – Anastomose colorretal – Ressecção abdominoperineal – Estenose

Anastomose	N.º casos	Estenose	%
1. Imediata	229	10	4,4
2. Retardada	499	9	1,8
Total	728	19	2,5

Tabela 17 – Anastomose colorretal – Ressecção abdominoperineal – Mortalidade

Anastomose	N.º casos	Mortalidade	%
1. Imediata	229	14	6,1
2. Retardada	499	11	2,2
Total	728	25	3,4

foi observada em dois enfermos, ambos em casos de anastomose imediata.

Distúrbios sexuais ocorreram raramente nas duas técnicas, nas lesões benignas e em número elevado de pacientes com lesões malignas, nos quais obviamente a dissecação pélvica foi mais alargada.

Pode-se concluir deste estudo comparativo que o índice de complicações e de mortalidade é menor na anastomose colorretal retardada do que na imediata, que a continência anal é satisfatória nos dois procedimentos, na quase totalidade dos casos e que os distúrbios sexuais são relativamente raros nas lesões benignas e bastante frequentes nas malignas.

Finalizando, gostaria de enfatizar a importância das anastomoses colorretais nos procedimentos cirúrgicos para o tratamento das lesões do reto e do retossigmóide. O cirurgião deve estar sempre atento a executá-las com o máximo de rigor técnico. As complicações são numerosas, mas a minha longa experiência permite afirmar com segurança que a maioria delas são evitáveis ou passíveis de redução na incidência, desde que sejam seguidos os preceitos básicos da boa técnica cirúrgica. Esta é a mensagem que eu poderia trazer, dirigida, sobretudo, aos cirurgiões mais jovens.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Villemin F, Huard P, Montagne M. Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus: leur applications dans le traitement chirurgical du cancer. Rev Chir 1945; 63: 39.
- Oliveira E. Observações sobre os linfáticos anorretais; sua aplicação à cirurgia do carcinoma do reto, Rio de Janeiro, 1974, tese I. Docência Fac. Ciências Médicas.

3. Sauer I, Bacon HE. A new approach for excision of carcinoma of the lower portion of the rectum and anal canal. Surg Gynec & Obst 1952; 95: 229.
4. Warde PJ. Anastomose colorretal experimental em um e dois planos de sutura. Estudo comparativo. Tese doutoramento Fac Med USP, 1972.
5. Goligher JC. Current trends in the use of sphincter-saving excision in the treatment of carcinoma of the rectum. Cancer 1982; 50:2627-30.
6. Heald RJ, Leicester RJ. The low stapled anastomosis. Dis Col & Rect 1981; 24: 437-4.
7. Smart CR. Cancer of the colon and rectum in the United States: the scope of the problem – In Colorectal tumors – Beahrs OH, Higgins GA and Weinstein JJ. Lippincott 1986; 3-7.
8. Cutait DE. Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia. Tese Docência-Livre, Fac Med USP, 1953.
9. Cruz GMG. Retossigmoidectomia anterior no tratamento do megacólon chagásico – Simpósio sobre megacólon. Rev Bras Colo-Proctologia, 1984; 4: 7-22.
10. Capelhuchnik P. Hemicolectomia esquerda no tratamento do megacólon chagásico – Simpósio sobre megacólon. Rev Bras Colo-Proctologia 1984; 4: 7-22.
11. Cutait DE. Nova técnica de retossigmoidectomia abdomino-perineal sem colostomia. São Paulo, Brasil. Anais do I Congresso Latino-Americano, II Internacional e X Brasileiro de Proctologia, 1960; 831-46.
12. Turnbull RB, Cuthbertson A. Abdominorectal pull-through resection for cancer and for Hirschsprung disease. Cleve Clin Q, 1961; 28: 109-15.

**36º CONGRESSO BRASILEIRO DE COLO-PROCTOLOGIA  
FOZ DO IGUAÇU – PARANÁ  
27 DE SETEMBRO A 1º DE OUTUBRO DE 1987**