

RETITE ESTENOSANTE DE NATUREZA LINFOGRANULOMATOSA

Completo êxito operatorio pela amputação do reto com abaixamento do colo e implantação no esfinter externo

(2.^a PARTE)

DR. AROUCHE DE TOLEDO

(Cirurgião Chefe do Hospital Militar da Força Publica)
Cirurgião da Santa Casa de São Paulo e do Hospital da Cruz Azul.

e

DDO. CARLOS DA SILVA LACAZ

Monitor de Microbiologia da Faculdade de Medicina e
Interno do Hospital Militar da Força Publica).

Sumario do trabalho :

- 1 — Considerações gerais sobre as retites estenosantes no homem e na mulher. Síndrome de Jersild.
- 2 — Considerações etio-patogênicas sobre as retites estenosantes linfogramulomatosas.
- 3 — Diagnostico das retites estenosantes.
- 4 — Histopatologia das retites estenosantes linfogramulomatosas.
- 5 — O tratamento desses processos inflamatórios do reto.
- 6 — Observação clínica do caso. Exames realizados. O diagnostico. A conduta terapêutica. O ato operatorio. Os resultados obtidos. Interêsse do registro do caso.
- 7 — Bibliografia.

OBSERVAÇÃO

J. R. M. F. 25 anos, solteiro, branco, soldado, natural de Paraíba do Norte.

Queixa e duração: dificuldade em evacuar, dores durante e após as evacuações, prisão de ventre e secreção purulenta no anus ha 8 mezes mais ou menos.

H. P. M. A.: relata o paciente que sua doença começou com prisão de ventre e emagrecimento ha 1 ano mais ou menos. Ha uns 8 mezes começou a sentir dores durante e após as evacuações, assim, como secreção purulenta que escorria pelo anus. As fezes começaram a sair com aspecto de fita (sic) sendo acompanhadas de puz muito fétido com estrias de sangue.

A prisão de ventre se acentuava dia a dia e as evacuações se tornavam mais e mais dolorosas. Usou e abusou de laxativos e purgativos para conseguir defecar.

Como piorasse o seu estado geral resolveu internar-se no Hospital Militar em fins de julho de 1939.

Examinado por um de nós (Arouche de Toledo) constatou-se a presença de um estreitamento pronunciado no reto, particularmente em sua zona ampolar, assim como hemorroidas externas e internas.

Em junho de 1939 foi operado por um de nós (Arouche de Toledo) das hemorroidas, e o post operatorio decorreu normalmente. Os mesmos sintomas relatados anteriormente o paciente continuava a sentir e já ha 23 dias que não conseguia defecar. Nessas condições, como o exame clínico revelasse um estreitamento pronunciado na zona ampolar do reto todos os exames de laboratorio foram requisitados para se chegar ao diagnostico etiologico. Estabelecido o diagnostico etiologico de estreitamento do reto, agiríamos na terapêutica com maiores probabilidades de êxito.

Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos: nada de anormal e não ser para o lado do aparelho digestivo e que já foi anteriormente referido.

Antecedentes pessoais e hábitos: das moléstias de infancia relata o sarampo e a cachumba. Nega antecedentes venereo-sifilíticos. Pederasta passivo (?) Não é etilista nem tabagista.

EXAME FÍSICO:

1.º — *Exame geral:* aspecto geral bom. Marcha normal. Decubito indiferente. Sistema muscular regularmente desenvolvido. Tipo morfológico longilíneo. Peso atual, 55 kilos. Altura, 1m.,62. Pressão arterial: 10,5X7. Os ganglios inguinais são palpaveis como pequenos grãos de ervilha, duros, deslizaveis sobre os panos superficiais e indolores em ambos os lados.

2.º — *Exame especial:* o exame especial do nosso doente nada revelou de anormal a não ser para o lado do aparelho digestivo.

À inspeção de abdômen nota-se que o mesmo se apresenta ligeiramente distendido e à palpação consegue-se perfeitamente palpar os cólos.

Como a queixa do paciente se referisse quasi toda ela para o lado da esfera retal dirigimos a nossa atenção para esta parte do intestino grosso, e pelo exame protologico praticado constatamos:

Pelo toque, cerca de 10 cms. acima da região esfincteriana nota-se um estreitamento infranqueavel não permitindo mesmo a introdução da ponta do dedo explorador. A zona estenosada apresenta-se dura, fibrosada e sensível, despertando dôres quando forçada pelo toque. Abaixo desse ponto a parede do reto é irregular e endurecida.

A retoscopia mostra-nos um estreitamento em fenda, semicircular, quasi infranqueavel, com uma ulceração de cerca de $\frac{1}{2}$ cm. de diametro em situação 9 horas, de coloração vermelho viva, sangrando facilmente quando tocada. A mucosa retal apresenta-se hiperhemiada dando uma secreção mucopurulenta. Zona esfincteriana com mamilos hemorroidarios internos e procidentes.



RADIOGRAFIA N.º 1

(Vide interpretação radiológica no texto)

Estavamos diante de um caso de retite estenosante, de etiologia ainda não determinada. Praticamos então os exames necessários para a elucidação do diagnóstico etiológico.

Antes de qualquer pesquisa de laboratório mandamos radiografar o doente e o exame radiológico confirmou plenamente os dados colhidos pelo exame protológico.

Foram os seguintes os resultados dos exames de laboratório praticados em nosso paciente, antes do ato operatorio:

- 1 — Exame microscópico da secreção purulenta que escorria pelo anus: Negativo para neisseria gonorrhoea e para Hemophilus Ducreyi.
- 2 — Reação de Frei..... Fortemente positiva.
- 3 — Reação de Ito-Reenstierna..... Negativa.
- 4 — Reação de Kahn..... Negativa.
- 5 — Hemograma de Schilling (Doutorando Luiz Santos Fortes).

Basófilos	0 %
Eosinófilos	6 %
Neutrófilos mielocitos	0 %
Neutrófilos metamielocitos	0 %
Neutrófilos (nucleo em bastonete)	19 %

Neutrófilos (nucleo segmentado)	27 %
Monocitos	15 %
Linfocitos	32,5%
Indice de Schilling	0,700
Hematias: Nada de anormal.	

6 — Exame de urina: Traços leves de pigmentos biliares, algumas células epiteliais e leucocitos; diversos cilindroides.

Foram estes os exames realizados antes do ato operatório, com o auxílio dos quais firmamos o diagnostico de retite estenosante de natureza linfogranulomatosa.

Uma vez estabelecido este diagnostico instituímos a terapêutica mais aconselhada para o caso. Iniciamos o tratamento por meio da sulfanilamida (Septazine) sem resultado pratico algum, talvez porque o estreitamento já estivesse muito pronunciado e a fibrose fôsse muito intensa.

Resolvemos então optar pela terapêutica cirurgica.

A marcha progressiva da afecção para a estenose total impoz o tratamento cirurgico e no caso a amputação do reto, com abaixamento e implantação do colo no esfíncter anal, sendo a nosso ver o melhor processo de resolver o caso trazendo assim uma reconstituição anatomica e funcional perfeita.

A tecnica aconselhada por Pauchet (35) no seu livro *Pratica Cirurgica Ilustrada* (Fasc. IV) foi por nós realizada varias vezes no cadaver, trazendos assim melhor segurança de poder executa-la no vivo. É um processo recomendavel nas retites estenosantes blenorragicas, sifiliticas, tuberculosas, linfogranulomatosas, onde a conservação do esfíncter externo do anus não apresenta contra-indicação e nos casos sem grande difusão da afecção para os tecidos peri e pelviretais, como acontece nos casos de cancer do reto.

O campo operatorio é mais reduzido tornando a operação mais difficil e delicada, exigindo sempre treino do operador. É perfeitamente realizavel nos casos de afecção localizada do reto ou mesmo com certo grau de invasão dos tecidos pelviretais, determinando tambem menos choque que as outras vias operatorias conhecidas (Kraske, Rydigier — 43-44-45). No cancer do reto é contra-indicada não só pela dificuldade em se obter um esvaziamento da fossa isquiorretal como tambem pela conservação do aparelho esfíncteriano.

O ponto justamente interessante do ato operatorio foi a conservação do esfíncter externo do anus e a sua perfeita função após a secção dos elevadores. A maioria dos autores (Gregoire — 36, Hartmann — 37, Paitre & Giraud — 38) considera esta tecnica de resultados precarios uma vez que a ação desses musculos é conjunta e que ambos participam do mecanismo contratil da região. É sabido que a inervação do elevador do anus como a do esfíncter externo provém do 4.º par sacro. Eles se acham separados desde sua origem pela espinha ciatica passando o nervo do esfíncter anal atrás e o nervo elevador adiante, juntando-se logo ao musculo, seguindo sua face superior, costeando a prostata no homem e a vagina na mulher. O nervo do esfíncter anal após passar atrás da espinha ciatica dirige-se para o isquio, atravessa a parede posterior do cavo isquiorretal e em companhia da arteria hemorroidaria inferior ganha o musculo ao qual se distribue. O elevador, descreve Gregoire (36) é um verdadeiro esfíncter da parte alta do canal anal, hoje unanimemente admitido, e não como queriam Sappey, Tarnier e De Debière um dilatador do anus ao mesmo tempo que um elevador. Admite Gregoire (36) que é suficiente a lesão de um desses sistemas para se comprometer a

continencia esfinteriana. Julga este Autor que se torna difícil após a extirpação do reto e abaixamento do grosso intestino ao anus conseguir-se um esfínter perfeito e continente, mesmo que se tenha conservado na sua integridade o anel contrátil dos esfínter extrno. Na sua opinião a incontinencia deverá existir porque foi destruída a segunda metade do aparelho esfinteriano que é o elevador do anus. Assim considera que para se obter um anus continente após amputação do reto, seria necessario faze-lo em região supra anal, deixando o conjunto esfinteriano e sua inervação, o que entretanto torna-se irrealizavel.

Em o nosso caso conseguimos um resultado funcional perfeito e 11 mezes após a intervenção continua o doente com perfeita continencia. Ao toque sente-se perfeitamente a contração esfinteriana sem a menor retração cicatricial. A amputação do reto acarreta sempre a secção do elevador do anus, o que entretanto no caso presente não modificou em nada o mecanismo esfinteriano. Este mantém-se funcionalmente perfeito sendo no dizer do paciente, o seu estado atual identido ao anterior a sua molestia. A inervação do esfínter não é sacrificada o que acontece com o processo de Kraske.

Os tempos operatorios constaram de uma cecostomia, 15 dias depois amputação e abaixamento do reto por via perineal e 1 mez apos fechamento do anus temporario.

Data — 25-7-1939:

1.º tempo. — Cecostomia. Assistente Dr. N. Calixto.

Anestesia local pela scurocaina a 1%.

Operação: Anus cecal temporario (Desmaret) indicado com o fim de, pela derivação, melhorar as condições locais, infecção etc. e o estado geral do doente já intoxicado (estercoremia) pela estenose quasi total.

O preparo para a 2.^a operação constou de exames rotineiros, tempo de sangria, tempo de coagulação, vitaminoterapia, metabolismo da agua e cloro. A determinação da reserva alcalina não é feita em nosso serviço a não ser nos casos onde existem sinais clínicos de acidose ou alcalose. Seguimos a orientação de Eduardo Etzel (39 e 40) o qual após uma serie de estudos provou que doses menores de 30 grs. diarias de NaHCO₃ não elevam a R. A. no sangue e que doses maiores não produzem tambem elevação do pH sanguíneo e mais evidente no 2.º dia diminuindo do 3.º ao 5.º dia, caindo mais ainda do 6.º ao 7.º dia. Conclue que a melhor tecnica de administração do NaHCO₃ é usá-lo em doses de 30 grs. diarias e durante os 3 dias que procedem a operação. Desta forma são corrigidas as pequenas alterações da R. A. com as doses ideais de 30 grs. diarias. Este é tambem o metodo seguido no serviço do Prof. Alipio Correia Netto (41).

Vacinação pré-operatoria. A vacinação peritoneal como recomenda Steinberg (42) é sempre uma garantia contra a peritonite e deve ser feita em casos como o nosso, o que não conseguimos por falta de material.

2.º tempo (2-8-1939).

Assistentes: Drs. Flavio Macedo e N. Calixto.

Anestesia pela percaína, 1cc,9 entre L1 e L2.

Posição do doente — Talha hipogastrica, bacia elevada por um coxim colocado sob o sacro. Cateterização da uretra, Nelaton. Fechamento do anus em bolsa e extremidades do fio conservadas. Incisão da pele na região perianal bisquiática de concavidade posterior. Os planos perineais são seccionados. Repara-se a uretra e a parede anterior do reto. Isolamento do elevador do anus direito e esquerdo que são seccionados na altura da sua inserção in-

ferior. Volta-se agora para a região anal incisando-se em toda a circunferência na linha de transição da pele para a mucosa anal até descobrir-se o esfíncter externo que é isolado em toda a sua circunferência. Destacado assim o tubo anal prosegue-se no descolamento até a ampola retal. O reto assim descolado é passado sobre a incisão perineal por onde agora prosegue-se descolando o reto na sua face anterior até atingirmos o fundo de saco vésico retal. Lateralmente seccionam-se as azas do reto tendo-se o cuidado de fazer ligaduras prévias: pinçamento das retais e esquerda. Na face posterior descola-se facilmente uma vez achado o plano de clivagem, até o promontório. Abertura do peritônio do fundo de saco vésico retal na parte mediana, e lateralmente prolonga-se a incisão até o ponto de aderência à parede retal. Ligadura da hemorroidaria superior na face posterior do reto. Consegue-se assim uma mobilização grande do reto. Delimita-se a altura do processo patológico procurando-se atingir o futuro plano de secção em mucosa sã. Fechamento em sutura corrida do peritônio vesicoretal. Passa-se o reto através do esfíncter externo do anus deixando sob a pele e amputa-se em altura conveniente, já previamente delimitada em zona vascularizada e tecido sã. Sutura por pontos separados da mucosa do colo à pele, fixando-se por meio de 4 pontos equidistantes o bordo do colo ao esfíncter externo. Drenagem tubular nos extremos da incisão perineal.

Post-operatorio: Decorreu sem acidente algum. Ausência de choque ou hemorragia apresentando a zona implantada perfeita vascularização. Supuração ao nível da incisão a partir do 3.º dia sem consequência alguma. Ao 5.º dia, defecação natural, acusando o paciente sentir contrações esfíncterianas embora ainda sem um perfeito controle da vontade. Dias depois já conseguia reter normalmente fezes e gases, só eliminando pela ação da vontade.

Do 8.º dia em diante passou a evacuar quasi totalmente pela via anal, sendo pouco o material drenado pela cecostomia. Esta foi provisoriamente fechada por tamponamento afim de melhor se observar o trânsito intestinal e o funcionamento da nova via implantada. Fechamento do ceco sem acidentes. Um mez depois, anoscopia revelando mucosa intestinal sem alteração alguma. Ao toque não se observa retração cicatricial, ou estenose sendo notada a perfeita tonicidade da contração esfíncteriana. O exame radiológico dos colos feito posteriormente revelou trânsito intestinal e os contornos e diametro da implantação cólica normais. O paciente sendo um auxiliar de enfermeiro no nosso serviço continua em observação e já decorridos 11 mezes da operação nada apresenta de anormal.

As figuras que apresentamos mostram detalhadamente os diversos tempos da tecnica por nós adotada, detalhes estes extraídos da Prática Cirurgica Ilustrada de Victor Pauchet (fasc. IV).

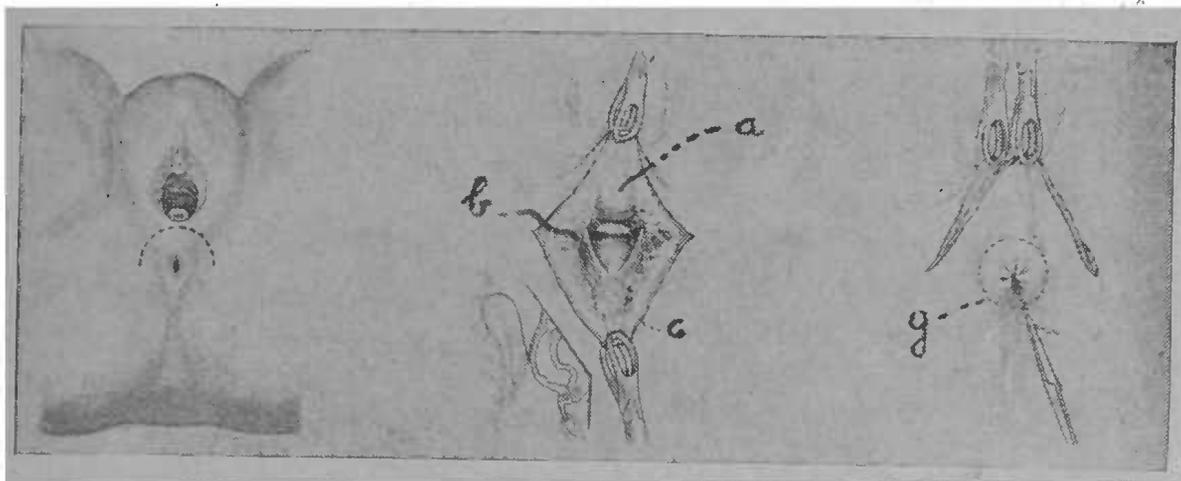


FIG. 1

FIG. 2

FIG. 3

FIG. 1 — Incisão perineal semicircular.

FIG. 2 — Dissecção do celular subcutâneo, aponevrose superficial e ligamento reto-uretral no homem até exposição da face anterior do reto. Em (a) a parede posterior da vagina (uretra no homem), facilmente reconhecível quando cateterizada. Em (b) os músculos elevadores e em (c) o esfíncter interno do anus.

FIG. 3 — Fechamento em bolsa do anus e incisão circular na zona de transição da pele para a mucosa (g).

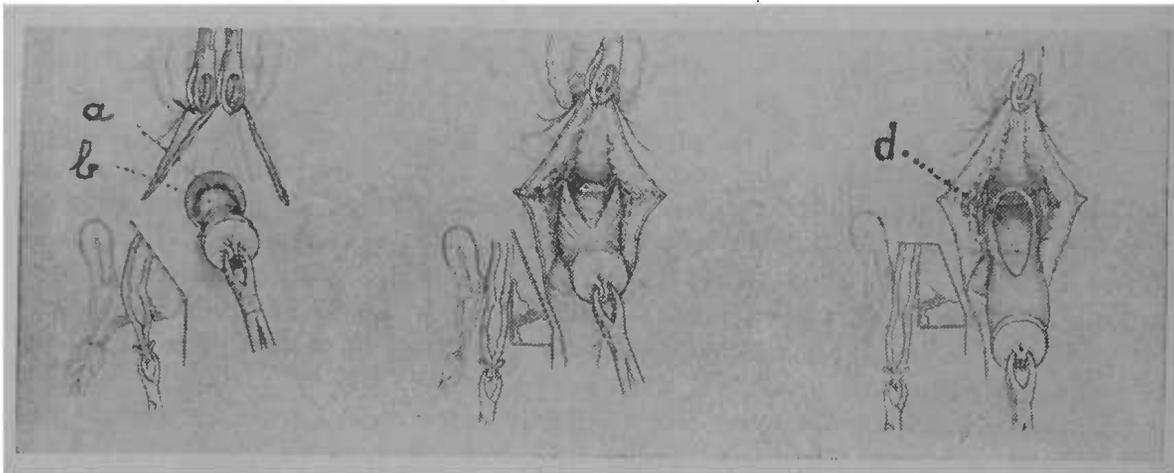


FIG. 4

FIG. 5

FIG. 6

FIG. 4 — Descolamento e separação do anus do esfíncter externo (a) que fica sob a pele até chegarmos em contato com a ampola retal (b).

FIG. 5 e 6 — O reto é passado através do orifício anal para a incisão perineal onde prosegue-se no descolamento das faces anterior e posterior do reto. Anteriormente até o fundo de saco vésico retal e posteriormente até o promontório. Secção dos elevadores junto à inserção do reto e abertura do fundo de saco vésico retal. Libertação das paredes laterais e ligadura das artérias retais direita e esquerda.

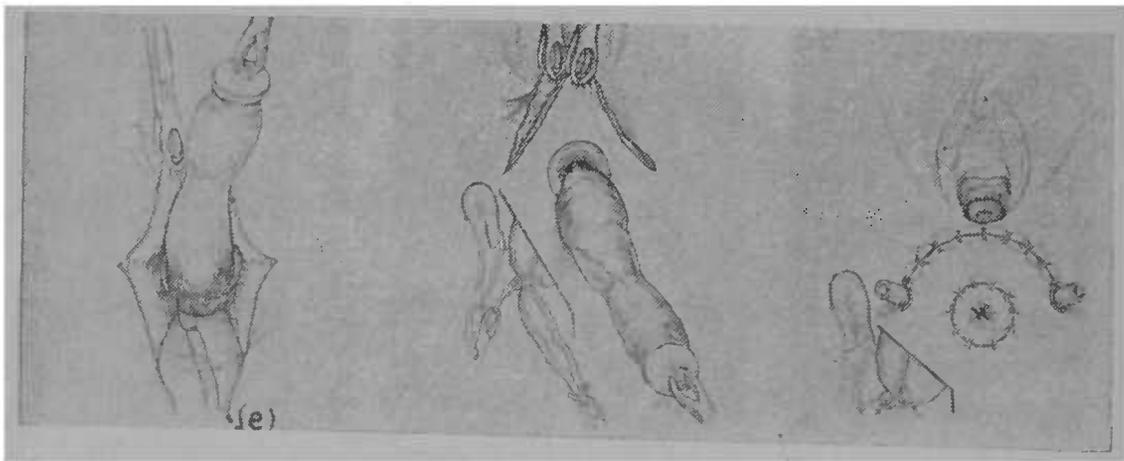


FIG. 7

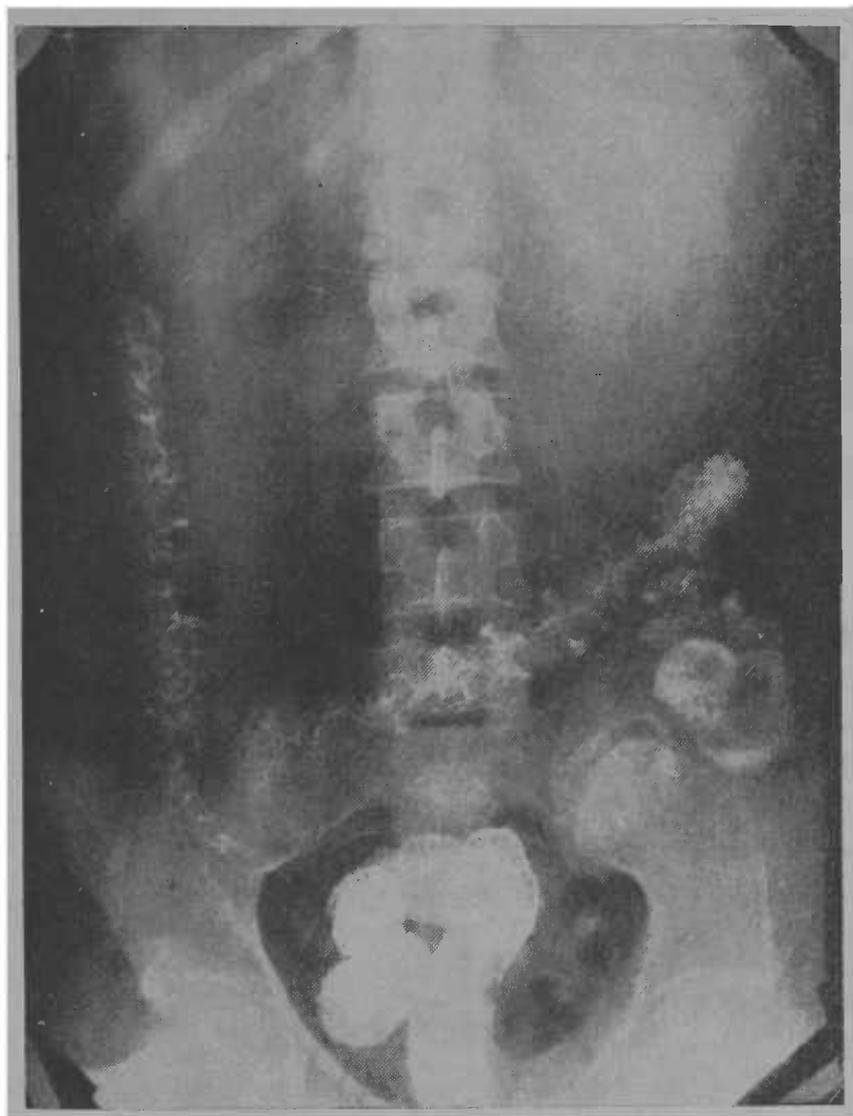
FIG. 8

FIG. 9

FIG. 7 — Em (e) ligadura da arteria retal direita. Verificação da altura da estenose ou tumor, afim de delimitar a altura da amputação.

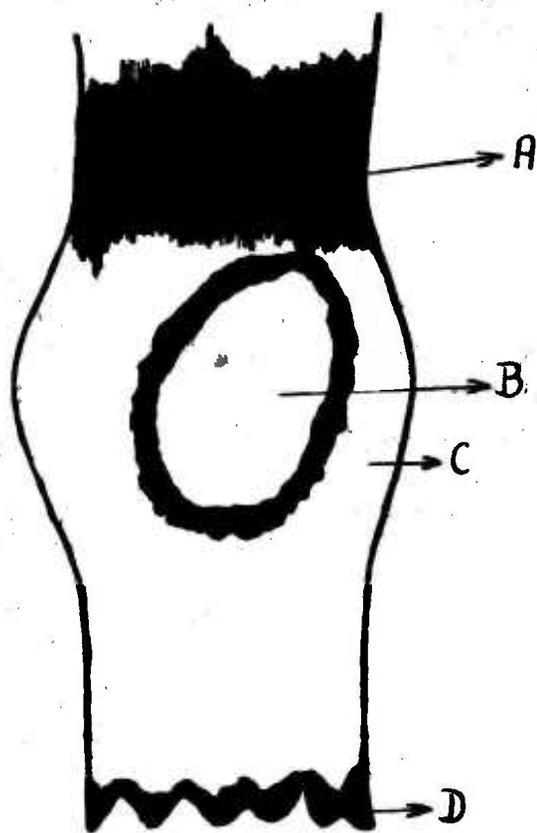
FIG. 8 — Passagem do reto através do esfíncter externo anal e amputação acima da zona estenosada ou tumoral, procurando verificar a irrigação e o estado da mucosa do colo. Fechamento do fundo de saco.

FIG. 9 — Sutura do colo à pele. Fechamento da brecha perineal e drenagem tubular nos extremos da incisão.



RADIOGRAFIA N.º 2

Colo sigmoide abaixado e implantado no esfíncter externo.



Desenho esquemático representando a peça operatoria cortada longitudinalmente. Em A o estreitamento pronunciado; em B a úlcera linfogranulomatosa; em C a zona periulcerosa cuja hiperhemia era bastante pronunciada; em D o ânus.

Uma vez realizado o ato operatorio praticamos o exame anatomo-patológico da peça. O exame macroscópico confirmou o que havíamos visto ao exame protológico (vide figura demonstrativa no texto).

Ao exame microscópico conseguimos até certo ponto observar o quadro histológico tão bem descrito entre nós por Tibiriçá.

Estava firmado o diagnóstico anatomo-patológico de retite estenosante de natureza linfogranulomatosa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BÉNSAUDE, R. e LAMBLING, A. — *Rétrécissements inflammatoires du rectum. Les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre* (in "Maladies de l'intestin, serie IV, R. Bensaude, 1938, Masson & Cie., Editeurs).
- 2 — ROUVIÈRE, H. — *Anatomie des lymphatiques de l'homme*. 1932.
- 3 — VASCONCELLOS, Edmundo — *Retites estenosantes* (Conferencia realizada no Departamento Científico do C. A. O. C. em 2 de maio de 1938).
- 4 — TIBIRIÇÁ, Paulo Q. T. — *Pathologia microscópica das rectites estenosantes produzidas pelo lymphogranuloma venereo* (Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, vol. II, dez. de 1938, n.º 4).
- 5 — VIEIRA DE MACEDO, J. — *Sobre 44 casos de linfogranulomatose benigna, doença de Nicolas-Favre, observados em meretrizes que frequentam o dispensario 4, da Inspeçtoria de Profilaxia da sífilis* (Archivos de Hygiene e Saude Publica, ano III, junho de 1938, n.º 4).
- 6 — CERUTTI, P. e PAVANATI, E. — *Linfogranulomatosi Inguinali benigna*. Edizione Minerva Medica S. A. Torino. 1938.
- 7 — LEVADITI, C. e LÉPINE, P. — *Les Ultravirus des Maladies Humaines*. Paris. 1938.
- 8 — VASCONCELLOS, Edmundo — *Tratamento cirurgico das retites estenosantes linfogranulomatosas* (Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, vol. III, fev. de 1939, n.º 1).
- 9 — BIZZOZERO, ENZO — *Sobre a reação de Frei na poroadenite inguinal* (Resenha Clínico Científica, Ano VIII, 1.º de abril de 1939, n.º 4).
- 10 — LACAZ, Carlos da Silva e BRESSAN, Paulo Giovanni — *Contribuição para o estudo do molestia de Nicolas-Favre* (Reticulo histiocitose linfogranulomatosa) em suas diferentes modalidades clínicas. *Consideração sobre 34 casos*. Premio Alves Lima. 1939.
- 11 — FIQUÈNE, Salomão — *Doença de Nicolas-Favre* (Revista Medico Cirurgica do Brasil, Ano XL, n.º 4, abril, maio, agosto, out. e nov. de 1932).
- 12 — BAPTISTA, Luiz — *Doença de Nicolas-Durand-Favre ou poroadenite inguinal*. Tese de doutoramento. São Paulo. 1933.
- 13 — MAURO, Eugenio — *O quadro hematologico da linfogranulomatose inguinal* (Folia Clínica et Biologica, Ano 1938, vol. II, n.º 2).
- 14 — COUTTS, W. — Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 16; N.º 7, julio de 1937.
- 15 — VERGARA — Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 18; N.º 2, Febrero de 1939.

- 16 — CRUZ, Hector — *El liquido cefalo-raquídeo en síndrome genito-ano-rectal* (Rev. Medica Latino-Americana — Año XXII, n.º 260, maio de 1937).
- 17 — SIQUEIRA, Ary de e LACAZ, Carlos da Silva — *Orquiepididimite linfogranulomatosa* (Comunicação à Sociedade Medica São Lucas, 21 de dezembro de 1939).
- 18 — TIBIRIÇÁ, Paulo Q. T. — *Aspecto anatomo-patológico das afecções cirúrgicas do reto* (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. XXXVIII, Janeiro de 1939, n.º 1).
- 19 — TIBIRIÇÁ, Paulo Q. T. — *Concomitancia do lymphogranuloma venereo e da schistosomose nas retites estenosantes* (Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, Vol. II, Junho de 1938, n.º 1).
- 20 — ALMEIDA, Floriano de e ORIA, J. — *Considerações sobre as inclusões celulares da molesta de Nicolas-Favre* (Folia Clinica et Biologica, vol. X, 1938, n.º 5).
- 21 — COTRIM, Eduardo — *O exame radiológico nas retites estenosantes do tipo Nicolas-Favre* (Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, vol. II, junho de 1938, n.º 1).
- 22 — COTRIM, Eduardo — *Estudo radiológico das retites estenosantes do tipo Nicolas-Favre* (Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, vol. III, junho de 1939, n.º 3).
- 23 — TOLEDO, Paulo de Almeida — *O exame radiológico nas afecções cirúrgicas do reto* (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. XXXVII, n.º 1, 1939).
- 24 — MINGOJA, Quintino — *Ainda sobre o emprego de soluções concentradas de para-aminophenilsulfamida* (Arquivos de Biologia, Ano XXII, n.º 206, maio-junho de 1938).
- 25 — MINGOJA, Quintino — *Fastos e nefastos dos medicamentos chimiotherapicos antibacterianos* (Archivos de Biologia, Ano XXII, N.º 207, julho de 1938).
- 26 — OLIVEIRA, Edson de — *A sulfanilamida nas retites infiltrativas* (Archivos de Biologia, Anno XXIII, n.º 220, São Paulo, set. de 1939).
- 27 — FINOCCHIARO, Francisco — *Bases eletro-radiobiologicas do método quimiofisioterapico* (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. XXXVI — Agosto de 1933 — N.º 2).
- 28 — FINOCCHIARO, Francisco — *O tratamento do linogranuloma venereo pelo método quimiofisioterapico* (Annaes Paulista de Medicina e Cirurgia — Dezembro de 1937).
- 29 — FINOCCHIARO, Francisco — *O método quimiofisioterapico nos processos inflamatorios agudos* (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. XXXV — Março de 1938 — N.º 3).
- 30 — FINOCCHIARO, Francisco — *Contribuição ao tratamento conservador da tuberculose cirurgica e de algumas outras molestias pelo método quimiofisioterapico* (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Abril de 1934 — Vol. XXVI).
- 31 — FINOCCHIARO, Francisco — *Linfogranuloma venereo e eritema nodoso* (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. XXXVI — Nov. de 1938 — N.º 5).
- 32 — VASCONCELLOS, Felipe e ALCANTARA MADEIRA, J. — *Lymphogranulomatose sub-aguda benigna. Seu tratamento pelo antígeno* (Rev. Clinica de São Paulo — Vol. IV. Dez. de 1938 — n.º 6).

- 33 — MAUAD, M. J. — *O tratamento da 4.^a doença venerea pelo antigeno* (Therapia — Maio, junho de 1939 — Anno I — n.º 3).
- 34 — RIBEIRO DA SILVA, Raul — *Rectite lymphogramulomatosa estenosante* (Revista Clinica de São Paulo, vol. V — Janeiro de 1939 — N.º 1).
- 35 — PAUCHET, Victor — *La Pratique Chirurgicale Illustrée*. Fasc. IV.
- 36 — GREGOIRE, Raymond — *Anatomie medico chirurgicale de l'abdomen*. — Vol. II, pg. 113 a 122).
- 37 — HARTMANN — *Retites estenosantes* (Paris Medicale 1:314—930).
- 38 — PAITRE, F., GIRAUD, D. & DUPRET, S. — *Pratique anatomo-chirurgicale Illustrée*. Fasc. II.)
- 39 — ETZEL, Eduardo — *Conferencias sobre Cirurgia do reto* (Annaer Paulistas de Med. e Cir. Janeiro de 1939).
- 40 — ETZEL, Eduardo — *Revista de Cir. de São Paulo*, 1:127—184 — Out. de 1934).
- 41 — ZERBINI, Euryclides Jesus — (Rev. de Cir. São Paulo, Dez. de 1939).
- 42 — STEINBERG, B. — *A rapide method of protecting the peritoneum against peritonitis* (arch. Surg. 24:305. 1932).
- 43 — BICKHAM — *Operative Surgery* — Vol. V. pg. 255—272.
- 44 — KIRSCHNER, W. — Vol. V. pg. 443—453.
- 45 — BACON — *Anus-rectum-sigmoidocolon* — pg. 367.