

61 a. c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO BIO-MÉDICO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS

Apresentação. 9
Conteúdo - 5
Metodologia. 5
Bibliografia 9

38 LX
7

Ch. P. o
/

ÚLCERA DUODENAL TEREBRANTE

DOUTORANDOS:

CARLOS ALBERTO JUSTO E SILVA /

CARLOS SCHAEFER LEHMKUHL /

MÁRIO CARLOS GONÇALVES -

FLORIANÓPOLIS - SC.

JUNHO - 1977

I N D I C E

PAG.

RESUMO	01
INTRODUÇÃO	02
COMENTÁRIOS	03
CONCLUSÃO	10
TABELA I	12
TABELA II	13
TABELA III	14
Fig. 1 - Fig. 2 A - Fig. 2 B	14 A
Fig. 3 - Fig. 4	14 B
Fig. 5 - Fig. 6	14 C
MATERIAL E MÉTODO	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

RESUMO

Os autores fazem uma análise de ~~10~~ casos de úlcera duodenal terebrante, submetidos a tratamento cirúrgico no Hospital Governador Celso Ramos (SC) no período de 1971 a 1977.

Taçam parâmetros sobre as diversas técnicas cirúrgicas utilizadas e fazem uma comparação com a literatura estudada.

SUMMARY

The authors analyse ^{parenting} ten cases of terebrant~~e~~ duodenal ulcer, submitted to surgical treatment at the Hospital Celso Ramos (SC) during the period of 1971 to 1977.

They give parameters about the various[?] surgical techniques used and make comparisons with the literature studied.

Ramos, Feat!

INTRODUÇÃO

A cirurgia de úlcera péptica tem como finalidade básica a ^{do nível ácido} redução ácida do estômago a níveis fisiológicos, abolir o sofrimento do paciente e evitar o reaparecimento da lesão.

Por isso as técnicas válidas para o tratamento cirúrgico das úlceras pépticas são aquelas que visam reduzir ao máximo a acidez do estômago e preservar a sua principal função de reservatório. É evidente que deva ter baixo índice de morbidade e letalidade.

já necessário acurios As operações atualmente utilizadas visam diminuir a acidez gástrica, seja por interferência na secreção de origem vagal, pela Vagotomia, na de origem antral pela antrectomia, na redução da população de células produtoras de ácido, pela gastrectomia parcial ou pela combinação destes procedimentos. *(que reduz a produção de ácido)*

Entre as diversas complicações que as úlceras duodenais podem apresentar está a sua perfuração lenta e progressiva (terebrente) seja para a cabeça do pâncreas ou para o ligamento hépato-duodenal. *e corpo*

Em virtude da deformação do órgão e presença de tecido fibroso reacional, perivisceral, torna-se difícil a disseção do duodeno e extirpação da úlcera.

Outro ponto que devemos considerar, é a dispensabilidade da retirada, durante o procedimento da úlcera duodenal, pois a mesma segundo vários autores cicatrizam com o desaparecimento do fator etiológico, ou seja a hipersecreção gástrica. *que não é o único fator*

Na tentativa de se obterem melhores resultados seja na prevenção da deiscência de coto duodenal, até o aparecimento das recidivas, várias técnicas foram, com o transcorrer do tempo, propostas e a sua análise e indicação é o objetivo deste trabalho.

COMENTÁRIOS

As úlceras de parede posterior ou anterior, com profunda penetração para ligamento hépato-duodenal ou pâncreas, apresentam dificuldade técnicas próprias para os diversos tratamentos cirúrgicos propostos, pelo processo fibroso reacional e aderências. ✓

Dos casos analisados, a gastrectomia BILLROTH II foi a mais utilizada, e o fechamento do coto duodenal em dois (2) casos se fez pela técnica aconselhada por RAIJA, PINOTTI (28)

Após liberação da úlcera do pâncreas, f z-se o esmagamento do duodeno abaixo da úlcera, sendo em seguida amarrado com zero (0) cromado, e coto sepultado com sutura em bolsa / de tabaco. / Nas

Este procedimento é considerado dos mais radicais, em virtude dos riscos existentes no descolamento externo do duodeno, os quais devido a intensa fibrose periduodenal, estão sujeitos a lesões de parênquima hepático, via biliar principal, ductos excretorios bem como da artéria gastro-duodenal / ou da artéria pancreatico-duodenal superior. qual? 777

Outras técnicas de descolamento externo do duodeno, com fechamento sobre o leito da lesão ou logo abaixo, foram propostos por GRAHM (13), NISSEN (23) e outros, apresentam riscos semelhantes aos acima descritos, associados a uma maior/deiscência do coto duodenal, pois a sutura é realizada com a parte íntegra do duodeno e o tecido fibroso peri-ulceroso.

Em outros dois (2) casos de gastrectomia a BILLROTH II, o fechamento do coto se deu pela técnica de HAUSTINX-MONTENEGRO, onde o descolamento submucoso, possibilita a liberação do duodeno sob visão direta, no sentido de evitar lesão no

em 10
medicamentos
original
Dr. J. J. J.
achados radicais
na medicina
história
na s ria
Nos

parênquima pancreático ou ductos biliares.

PINOTTI (27) apresenta 208 casos de pacientes portadores de úlcera duodenal terebrante submetidos a esta técnica onde não foram observadas complicações relacionadas com a cirurgia . Por outro lado, MONTENEGRO e ARANHA (21) em 800 casos / obtiveram 4 ocorrências de deiscência de coto duodenal, (0,97 %). ORIENTE (25) em 468 casos de cirurgia BILLROTH II, observou tres casos de fístula duodenal pela técnica de MONTENEGRO e (5) com a de NISSEN.

Posteriormente, o mesmo autor, apresenta trabalho relatando do método de fechamento de coto duodenal, através da passagem prévia de pontos separados na face posterior do órgão e que em 67 pacientes assim operados, não houve deiscências ou fístulas.

definir melhor ↑ Não devemos esquecer as outras complicações e inerentes a este tipo de cirurgia, principalmente o índice de recidiva em que as principais estão ilustradas na figura 5.

O índice de recidiva ulcerosa varia segundo os diversos autores (28) entre 0,6 a 4%.

Na tentativa de diminuir estes índices de recidivas, é que se propôs a associação da vagotomia, seja ela troncular ou / seletiva.

Não devemos esquecer ainda, mesmo nas cirurgias técnica-
mente perfeitas, complicações como a síndrome de DUMPING ,
dificuldade de ganhar peso, fístulas gastrojejuno cólicas ,
diminuição de capacidade de trabalho, e além do aspecto mu-
tilante da cirurgia para psique do paciente. ?

Condução extrema à de MONTENEGRO que sempre retira a le-
são, a cirurgia de FINSTERER, *Banust* que realiza uma gastrectomia /
com exclusão da úlcera (Fig. 1). ? *Excl. muito repetido em São Paulo*
Exclusão do outro ?

Em nosso trabalho, observamos um caso onde este procedimento foi efetuado, associado a uma vagotomia troncular.

A permanência intacta da mucosa do antro, e o recebimento de estímulos do conteúdo duodenal, levando a liberação da gastrina, possibilita o aparecimento com grande frequência, de úlcera marginal de boca anastomótica.

?? { A antrectomia tipo BANCROFT tem por base a retirada da mucosa antral, impedindo a formação de gastrina. Sua indicação é precisa para úlceras terebrantes de duodeno de coto difícil, principalmente para cirurgiões menos experimentados, pois sua execução não implica em lesões de pâncreas ou vias biliares.

Alem disto, não se faz ^{que} necessário a retirada da úlcera abdominal para que a mesma cicatrize. ?

Este tipo de cirurgia apresenta como inconveniente um índice maior de recidivas que das gastrectomias BILLTOTH II e não deve ser utilizado para úlceras hemorrágicas ou perfurada para vias biliares (PINOTTI (27)) detalhe técnico importante desta cirurgia está na preservação da circulação do antro para se evitar necrose.

Dos procedimentos cada vez mais adotados em nosso meio, esta a gastroduodenostomia, ^(qual o tipo) associada a vagotomia.

Cirurgia de princípios conservadores, tem sua grande indicação nos pacientes, que em virtude de seu estado geral, não permitem procedimentos cirúrgicos mais intensos. ?

Como o tratamento cirúrgico deve basear-se em princípios fisiológicos do funcionamento gástrico, ao efetuarmos este procedimento cirúrgico, estamos apenas impedindo uma das causas da gênese ulcerosa ou seja, a estase gástrica, pois a gastroduodenostomia é apenas uma cirurgia de drenagem. A as-

(Nem sempre a anastomose a B, é uma gastroduodenostomia)

sociação desta cirurgia com a vagotomia qualquer que seja a/ método escolhido apresenta validade por diminuir a secreção gástrica.

Assim sendo a realização da gastroenterostomia sem vago-
tomia não tem validade pelo alto índice de recidiva a não /
ser em pacientes bem idosos que exista dificuldade na reali-
zação da vagotomia e que uma possível recidiva 2 a 3 anos /
mais tarde não suplantaria o risco de uma cirurgia mais ex-
tensa.

Finalmente, em virtude de ser assunto dos mais discutidos na atualidade faremos algumas observações sobre as vagotomi-
as preconizadas por LATARGEIT em 1920 e revivida por DRAGS
TEDT em 1943, encontra aceitação cada vês maior por parte /
dos cirurgiões conservadores em virtude de seu baixo índice de morbidade, mortalidade e mutilação que traz para o pacien-
te. *(Qual o tipo de vagotomia se refere o autor?)*

SIMMONS e cols 1976 (30) em 883 pacientes observaram com-
plicações técnicas em 42 casos (4,7 %) sendo 6 insignifican-
tes e um (1) letal.

BARROSO (3) em 610 vagotomias sendo 236 seletivas e o res-
tante tronculares, observaram como complicações do ato cirúr-
gico:

- traumatismo esplênico (0,8%)
- traumatismo hepático
- traumatismo esôfago-gástrico

e no pós operatório tardio, a gastrectasia e a disfagia.

Revisar
A vagotomia seletiva apresenta melhores resultados que/
a troncular na prevenção de certas sequelas pós operatórias/
entre elas a diarréia e a Síndrome de DUMPING (CENEVIVA (6)

Embora os autores como NOGUEIRA (24) BALDWIN (1), BAL-
LINGER (2) e DIGNAN (11) afirmem não haver vantagens entre a

vagotomia seletiva e troncular.

A vagotomia super seletiva, por desnervar somente a área de células parietais do estômago, deixando intacto a inervação de antro e piloro, reduz a acidez gástrica e preserva a bonba antral.

tendo indicação principalmente nas úlceras duodenais crônicas, rebeldes à tratamento clínico ^{vem} aumentando paulatinamente sua aplicação.

JOHNSTON e cols (19)efetuaram-na em dez (10) casos de úlceras hemorrágica, associada a sutura do vaso sangrante com sucesso.

HOLLE e cols (17) HEDENSTEDT e MOBERG (16) e WASTELL e cols (34) utilizam-na rotineiramente, associada a gastroenteroanastomose nas úlceras com deformação de bulbo.

Quanto a recidiva, NOGUEIRA (24) situa em torno de 3,2% ou seja, dos 32 pacientes submetidos a cirurgia, uma apresentou recidiva.

WASTELL e cols (34) situa em torno de 13%, ou seja dos 16 pacientes operados, 2 apresentaram recidiva.

Em outro trabalho, em que associou a vagotomia super seletiva com a piloroplastia, não houve recidiva.

HEDENSTEDT e MOBERG (16) em 400 casos relatam recidiva de 1% e mortalidade nula. Nos casos por nós analisados um foi submetido a vagotomia super seletiva, embora esta não seja válida como procedimento cirúrgico isolado, mas sim, associada a uma drenagem, pois as úlceras terebrantes apresentam, na maioria das vezes, deformação importante de bulboduodenal.

Os inconvenientes da vagotomia isolada, assinaladas no relatório da Associação Americana de Gastroenterologia, devem ser levados em conta:

1 - recidiva elevada, mesmo em doentes insulino negativo.

2 - níveis de acidez elevados idênticas ao pré operatório na prova com histamina. ✓

3 - aumento do tempo do esvaziamento gástrico, e como consequência náuseas e vômitos, RAIA e PINOTT (28). (Estase gastr.)

CONCLUSÃO

As condutas cirúrgicas adequadas para o tratamento da / Úlcera duodenal Terebrante para pâncreas ou ligamento Hepato duodenal depende como nas demais úlceras septicas das características de cada doente, além da experiência do cirurgião.

Ao ~~propormos~~ as técnicas a seguir levamos em conta risco/ cirurgico, característica da úlcera e capacidade do cirurgião

1º - Em todo paciente a vagotomia deve ser utilizada sem pre que possível.

A variedade escolhida troncular, seletiva ou super seleti va dependerão:

A - Experiencia do cirurgião com cada uma das variedades.

B - Pacientes jovens de pequeno risco cirurgico utiliza- ríamos a super seltiva. Não

C - Pacientes idosos e de grande risco cirúrgico em vir- tude da necessidade de se abreviar o tempo cirúrgico, a Vago tomia troncular. *sempre associada à procedimentos de drenagem.*

2º - Em todos os pacientes vemos a necessidade de um pro cedimento complementar pelo caracter deformante da úlcera Te rebrante. ?

A - Pacientes de alto risco e idosos gastroduodenostomia ^(qual ?) nos parece mais indicada e foi utilizada 2 vezes nos ^{Jaboulay ?} casos/ ^{se vagotomia?} analisados.

B - Pacientes jovens com boas condições cirúrgicas e ci- rurgião experimentado realizariamos Hemegos Trectomia [?] fechan do-se o coto pela técnica de Montenegro. ? →

Em alguns casos de grande dificuldade técnica, a cirur - gia de FINSTERER. —

C - Nas úlceras hemorrágicas a abordagem da mesma é sem/ pre necessaria e a técnica de Montenegro é a mais apropriada

A utilização de outros procedimentos como antrectomia ti po BANCROFT, ou BILLROTH I seriam utilizadas em ocasiões es-

peciais a critério do cirurgião.

Embora não fossem observadas complicações nos dez (10) ca
sos estudados, com as diferentes técnicas cirúrgicas, devemos/
levar em conta a dificuldade de ~~F~~^FOLLOW-UP.

(

TABELA - I

ANÁLISE DE DEZ (10) PACIENTES DO H.G.C.R. PORTADORES DE ÚLCERA
TEREBRANTE, SEGUNDO SEXO, IDADE E REGISTRO.

N O M E	S E X O	I D A D E	R E G I S T R O
JJB	M	40	049997
AZ	F	60	210176
LJ	M	48	012995
JPG	M	39	054322
ACM	M	23	054069
RS	M	38	008848
CS	F	20	040101
VSS	M	41	002967
RBV	M	25	050399
ARP	M	5	018405

TABELA - II

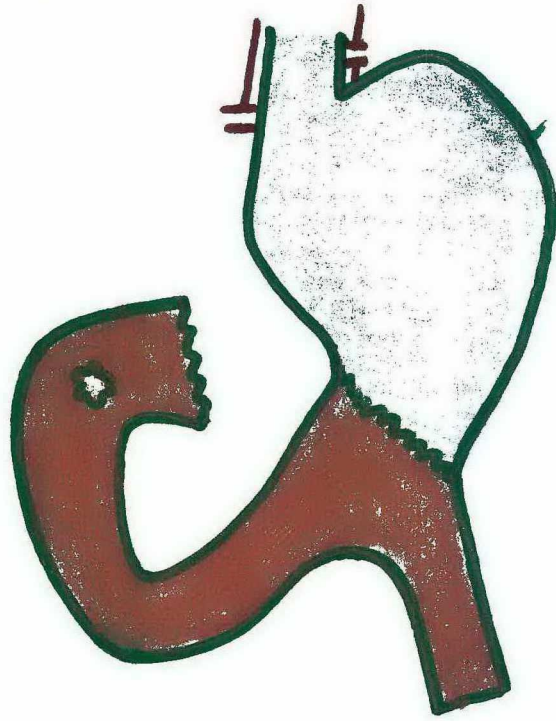
ANALISE DE DEZ (10) PACIENTES DO H.G.C.R. PORTADORES DE ÚLCERA TEREBRANTE SEGUNDO TEMPO DE DURAÇÃO DO PÓS OPERATÓRIO.

C A S O	DATA/CIRURGIA	DATA/ALTA	PÓS-OPERATÓRIO DIAS
1	15/10/75	23/10/75	08
2	29/09/71	16/10/71	13
3	06/02/76	18/02/72	12
4	14/06/76	27/04/76	13
5	07/06/76	10/06/76	03
6	20/10/74	31/10/74	11
7	07/08/74	19/08/74	12
8	04/03/75	09/09/75	05
9	27/10/75	07/11/75	08
10	04/06/75	18/06/75	14

TABELA - III

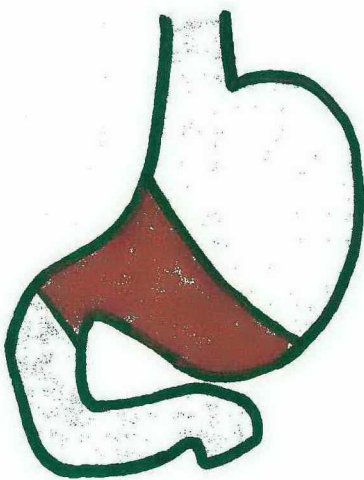
ANALISE DE DEZ (10) PACIENTES DO H.G.C.R. PORTADORES DE ÚLCERA TENEBRANTE SEGUNDO TIPO DE CIRURGIAS REALIZADAS.

CASOS	C I R U R G I A S - R E A L I Z A D A S
1	Hemigastrectomia (HOE MEISTER - FINSTERER) + Vagotomia troncular
2	Gastrectomia Billroth II (KRONLEIN-BALFOUR)
3 *	Gastroenteroanastomose + Vagotomia troncular
4	Gastrectomia Billroth II (KRONLEIN-BALFOUR)
5	Vagotomia super seletiva
6	Vagotomia troncular + Gastroenterostomia a ^{ROO} JABOLAY
7	Vagotomia troncular + Antrectomia(BANCROFT) ✓
8	Gastrectomia Billroth II (KRONLEIN-BALFOUR)
9	Gastrectomia Billroth II (KRONLEIN-BALFOUR)
10	Gastrectomia Billroth II (KRONLEIN-BALFOUR)
* O paciente foi submetido algum tempo após a uma <u>g</u> egas <u>t</u> rogastrectomia por <u>h</u> aver apresentado <u>ú</u> lcera de <u>b</u> ôca <u>a</u> nas <u>t</u> omatica.	



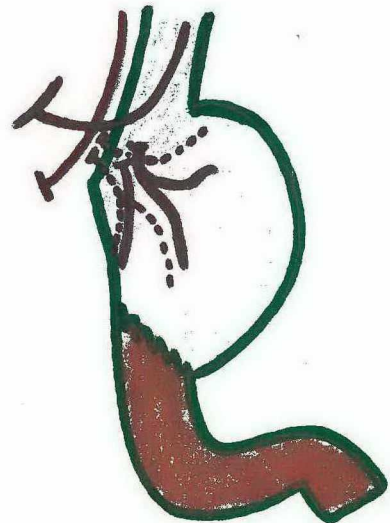
FINTERER +
VAGOTOMIA TRONCULAR

Fig. 1



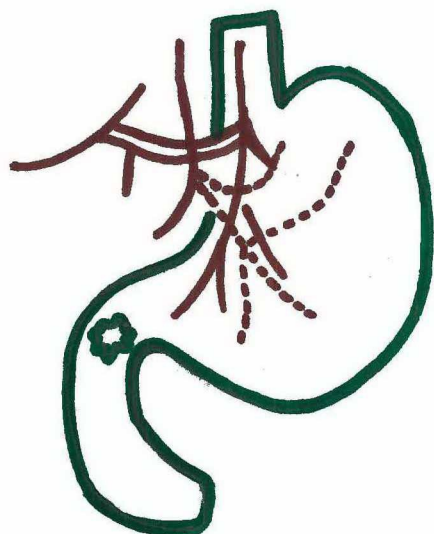
BILLROTH I

Fig. 2A



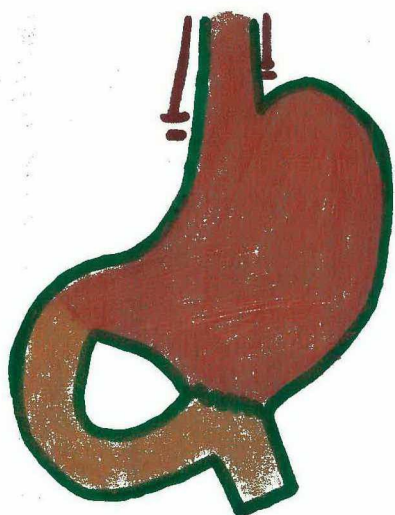
BILLROTH I
+
VAGOTOMIA SELETIVA

Fig. 2B



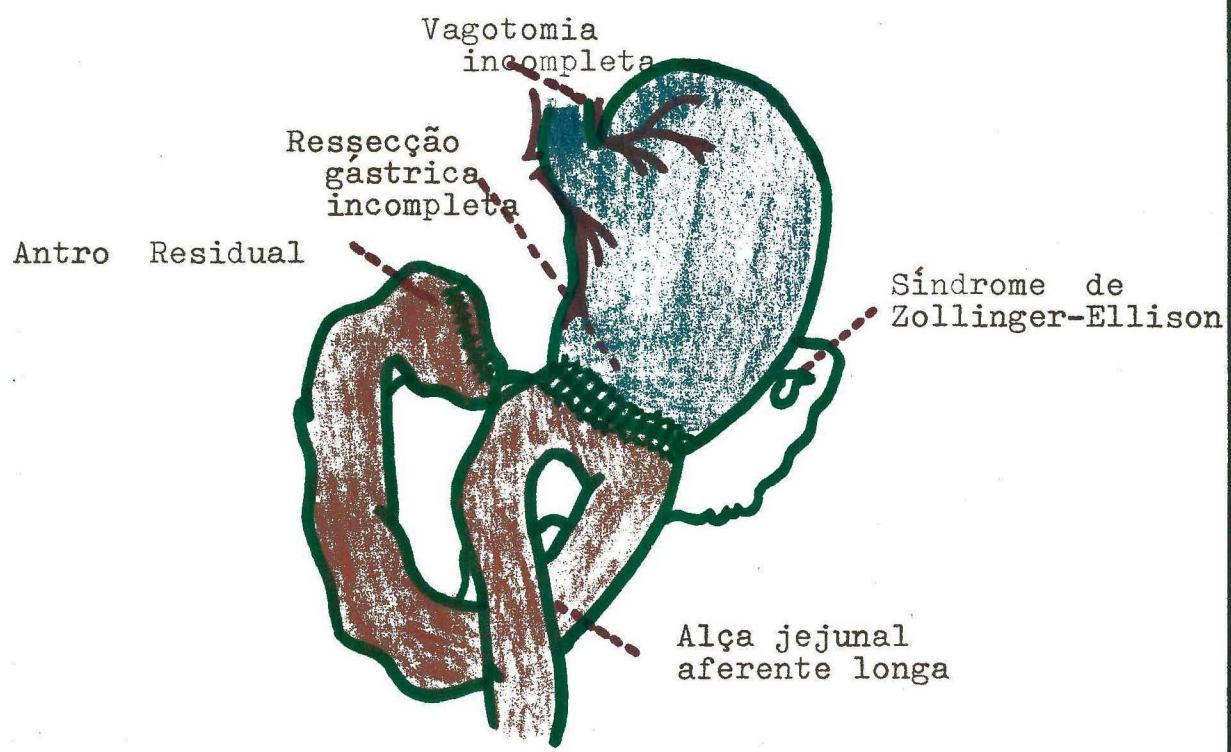
VAGOTOMIA SUPER SELETIVA

Fig. 3

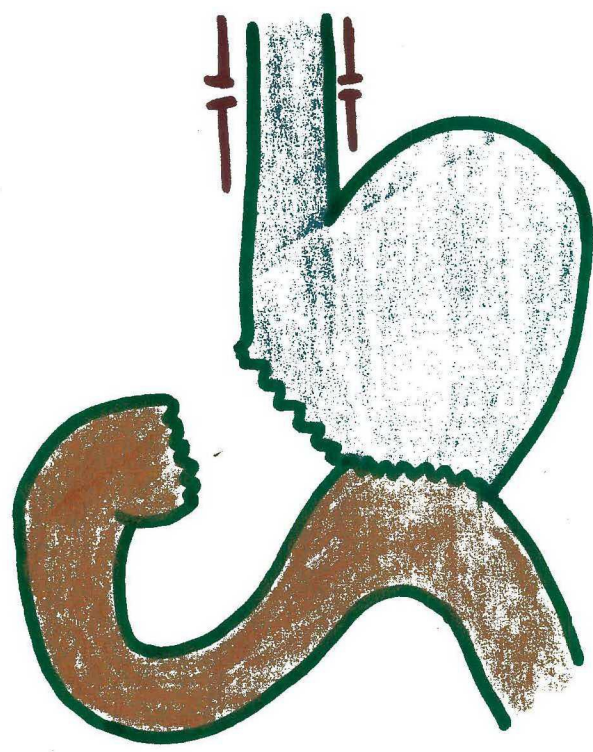


GASTROENTEROSTOMIA
+
VAGOTOMIA TRONCULAR

Fig. 4



Principais causas de úlceras recidivantes
 (DAVID P. JOHNSTON, JR. DEWARD O, FERRIS)
 Pag. 872 - Clínica Cirúrgica da America do Norte Fig. 5
 Doença Ácido Péptica - Agosto 1971



BILLROTH III
 +
 VAGOTOMIA TRONCULAR

Fig. 6

MATERIAL E MÉTODO

Foram relacionados duzentos (200), prontuários de pacientes portadores de úlcera duodenal, internados no Hospital dos Servidores do Estado, no período de 1971 a 1977.

Dêstes foram selecionados dez (10) casos de pacientes portadores de úlcera terebrante para ligamento hepatoduodenal, ou / pâncreas. Procuramos avaliar principalmente o procedimento cirúrgico empregado e seus resultados.

Dos dez (10) casos estudados, oito (8) eram do sexo masculino e dois (2) do feminino.

As idades variaram entre 20 e 60 anos, predominando nas 3ª e 4ª décadas da vida.

Em todos os doentes o diagnóstico de úlcera duodenal foram / feitos de dados de anamnese e confirmados pela radiologia.

A confirmação de úlcera terebrante para ligamento hepatoduodenal ou pâncreas ocorreu durante o ato cirúrgico.

O quadro Clínico revelou dor epigástrica, principalmente / após as refeições em todos os pacientes, sendo que a hemorragia / *Acabou* só estava presente em dois (2) casos, e manifestou-se enterorragia . Dois pacientes apresentaram anteriormente quadro de úlcera perfurada de parede anterior, e no ato cirúrgico foi realizado / somente a rafia da úlcera, um deles 1 ano e 2 meses após apresentou recidiva de úlcera que durante ao ato cirúrgico, foi observado ser a mesma terebrante para ligamento duodenal e foi realizado uma vagotomia super seletiva, o outro deu entrada no Hospital 6 meses após com diagnóstico de úlcera terebrante para vesícula / biliar , com aderências hepáticas. O paciente foi levado a cirurgia sendo realizado antrectomia troncular tipo BANCROFT.
(já existe isso)

Os demais 5 realizaram gastrectomia tipo BILLROTH II, varie-

dade KRONNLEIN-BALFOUR, um outro foi submetido a heme-gastrectomia, variante HOFMEISTER-FINSTERER, associada a vagotomia troncular, e constituiu-se no único caso de úlcera de boca anastomática surgida 7 meses após.

conflito com o caso 3

o existe Durante a reinternação foi efetuada foi efetuada uma degastroduodenostomia tipo Jabulay, aliada a uma vagotomia troncular.

deu o caso Em nenhum dos casos foram observadas complicações seja no pós operatório imediato como no tardio, decorrentes da técnica cirúrgica utilizada, exceto no caso acima relatado de úlcera de boca anastomática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. BALDWIN, H.N.; ALBO, R.; JAFFE, F. & SILEN, W. - Metabolic / Effects Of Selective And Total Vagotomy, Sugery Gynec.Obst./ 120:777, 1965 apud NOGUEIRA P. - Revista Associação Médica Brasil Vol. 18 nº 4 pag. 138
02. BALLINGER, W.F; Tida, J. & APONT, G.E. - Changes in The small Intestine Following total and selective vogotomy, surg. Fo - rum 14: 366, 1963.
apud NOGUEIRA P. - Revista Associação Médica Brasil Vol. 18 nº 4 - pag. 138.
03. BARROSO F.L.; MEINBERG R.; CHATAGNIER R.; CALTABIANO A. - Complicações pós operatórias e pós-operatórias precoce da Va gotomia - Revista Associação Médica Brasil Vol. 18 nº 5 pag. 173.
04. BROOKS J. R.; MOORE F. D. - Empirismo Y Racionalismo en ci - rurgia de úlcera duodenal: Cambios en el modo de pensar - Clí - nicas Quirurgicas de Norte América - Úlcera peptica - Edito - rial Interamericano, S.A. México abril de 1966 - pag. 235
05. CENEVIVA R.; MÓDENO J.L. P.; CASTELFRANCHI P.L. - Invagina - ção Intragástrica de Alça eferente em gastrectomia à` Bil - lroth II - Revista Associação Médica Brasil - Vol. 17, nº 3 pag. 77.
06. CENEVIVA R.; CASTELFRENCHI P.L.; SANTOS R.S.; MÓDEMA J.L; P. - Estudô Comparativo entre a vagotomia troncular e a vagoto - mia gástrica seletiva no tratamento das úlceras duodenais - Sequelas: diarréia e dumping - Revista Associação Médica / Brasil - Vol. 18 nº 7 pag. 275.

- 0.7 CENEVIVA R.; CASTELFRENCHI P.L. SANTOS R.S.; MÓDENO J.L. P. Estudo Comparativo entre a vagotomia troncular e a vagotomia gástrica seletiva no tratamento das úlceras duodenais - Avaliação clínica epicrítica pós-operatório - Revista Associação Médica Brasil - Vol. 18 nº 7.
08. CHACON J. P.; WHITAKER J.C. de O.; CAMPORINI S. ; HERANI FILHO B. - Estado atual da cirurgia das úlceras pepticas - ARS CURANDI - setembro 1972 - pag. 16
09. CORRÊA NETTO A. - Anatomia, Histologia e Fisiologia do Estômago - Clínica Cirúrgica 4º volume - 3ª Edição 1974 - pag. 251
10. DAVIES O. - Clínica Cirúrgica - Guanabara Koogan 2ª Edição 1970 - pag. 645
11. DIGNAN, A.P.: A Laboratory Appraisal of the effects of truncal and selective vogotomy , Brit. J. Surg. 57:249 - 1970 - Apud Nogueira P. - Revista Associação Médica Brasil -Vol . 18 nº 4 .
12. FRY W. J.; THOMPSON N.W. - Vagotomia Y piloroplastia para a úlcera duodenal. Clínicas Quirúrgicas de Norte América - Úlcera Peptica - Editorial Interamericana, S.A - México -abril 1966 -pag.359.
13. GRAHAN, R.R. - Technical surgicál procedúres for gastric and duodenal ulcer. Surg. Gynec. Obst. 66: 269, 1938 - Apud Pinnotti H. W. - Atualização Cirúrgica - Volume 5 - 1975 página 339.
14. GRIFFITH C.A. - Vagotomia gástrica Selectiva - Clínicas Quirúrgicas de Norte América - Úlcera Peptica - Editorial Interamericana, S.A. México - abril 1966 - pag. 367

15. GUIMARÃES, J.S.; HASHIBE, K.; GOFFI F.S. - Orientação no tratamento cirúrgico das úlceras duodenais - Revista Associação Médica Brasil - Vol. 21 nº 4 .
16. HEDENSTEDT, S & MOBERG, S.: Selective proximal vagotomy / With an Without pyloroplasty in the treatment of duodenal / Ulcer - Acte Chirscand. 137: 547, 1971 - apud Nogueira P. Hemigastrectomia - vagotomia na cirurgia da úlcera duodenal Revista Associação Médica Brasil -Vol.21 nº10 - outubro/75.
17. HOLLE, G.; CHAVES, A. & FELINER, K. : Glieffetti della vagotomia seletiva prossimale sulle cellule parietali negli ulcerosi duodenali, Chir. Gastroent. 5:309, 1971 - apud Nogueira P. - A Hemigastrectomia - vagotomia na cirurgia da úlcera duodenal - Revista Associação Médica Brasil - Vol. 21 nº 10 - outubro 1975.
18. JOHNSTON, D.; LYNDON, P. J. & SMIDTH, R.B. & HUMPHREY, C.S.: Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of hoemorrhage, perforation and pyloric Stenosis due to peptic ulcer, Br. J. Surg. 60:790. 1973 - apud / Nogueira P. - A hemigastrectomia - vagotomia na cirurgia da úlcera duodenal - Revista Associação Médica Brasil - Vol.21 nº 10 - outubro 1976.
19. JOHNSTON Jr, D.P.; FERRIS, D.O. - Diagnóstico da úlcera de bôca Anastomática - Clínica Cirúrgica da América do Norte - Doença Ácido Péptica - Guanabara Koogan - agosto 1971 - página 871
20. JUDD, E.S. - Escolha do tratamento para pacientes com doença ulcerosa duodenal - Clínica Cirúrgica da América do Norte - Doença Ácido Péptica - Guanabara Koogan - agosto 1971 pag. 843

21. MONTENEGRO, B. Úlceras gástricas e duodenais terebrantes / Rev. Assoc. Paul. de Med. 9: 325. 1936 - apud Pinotti H.W. Atualização Cirúrgica - Livraria Manole - Volume 5 -1975 / pag. 339.
22. NEVES, D.P. CAMPONE, A.O.; ZOTERKA, S.; TORRES DA COSTA, A. C. - Desnutrição grave e síndrome de disabsorção em indivíduos com gastrectomia parcial segundo de gastrojejunosomia (Billroth II) - Revista Associação Médica Brasil -Vol. 17 / Nº 3.
23. NISSEN, R. - Duodenal and jejunal peptic ulcer (Technic of resection) New York, GRUNE & STRATTON, 143 p., 1945 - apud Pinotti, H.W -Atualização Cirúrgica - Livraria Manole - Volume 5 -1975 pag. 339.
24. NOGUEIRA, P.; SANTANA, L. A.; SILVA.I.R.; AMANCIO,R. - a hemigastrectomia - vagotomia na cirurgia da úlcera duodenal-Revista Associação Médica Brasil - Vol. 18 nº 4.
25. ORIENTE, L. - Tratamento do Coto duodenal em casos de duodeno difícil na gastroduodenectomia - Prevenção da sua deficiência. Tática cirúrgica original - Revista Associação Médica Brasil -Vol. 20, nº 4.
26. PALMER. E.D. - Avaliação da úlcera gastroduodenal penetrante - Clínica Geral Volume VII nº 5 - junho 1973 pag.80.
27. PINOTTI, H.W. - Tratamento do duodeno nas úlceras duodenais terebrantes - Atualização cirúrgica - Livraria Manole -Vol. 5 pag.339.
28. RAIC, A. & PINOTTI, H. W. - Úlcera gastroduodenal in Clínica Cirúrgica Corrêa Netto, A.; SARVIER S.P. 3ª ed. - apud Pinotti, H.W. - Atualização Cirúrgica - Livraria Manole vol. 5 - 1975 pag. 339.

29. ROSEMBERG, D.; CHACON, J.; SECAF, F.; SARAIVA, J.A.M. & FARIA, P.A.J. - Tratamento cirúrgico de úlcera gástrica / duodenal - Resultados comparativos de hemigostrectomia as sociada à vagotomia a gastrectomia subtotal. ARS. CURANDI 35-42, 1968 - apud pinotti, H. W. - Atualização cirúrgica Livraria Manole - Vol. 5 - 1975 pag. 339.
30. SIMONS, R.L. ; BLOCK, U.R.; HARVEY, H.D. & Herter, F.P. : A report on technical complications of transabdominal vagotomy, ARCH. SURG. 92: 922, 1966 - apud Barroso, F.L. -As-sociação Médica Brasil - Volume 18 nº 5.
31. TILSON, M.D.; WRIGHT, H.K. - Transtornos postoperatórios / del conducto gastrointestinal - Salvat Editores S.A -1976.
32. VIEIRA, O.M. - Úlcera Gastrojejunal - Rev. do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - maio/junho - 1974.
33. WADDELL, W.R. - Secreción gástrica em pacientes con "Gastrite hemorrágica" y Úlcera recidivante después de operaciones para úlcera peptica - Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica Úlcera peptica - Editorial Interamericana, S.A - Mexico -/abril - 1966 pag. 397.
34. WASTELL, C.; MAC NAUGHTON, J.I. & COLIN. J.F.: Parietal / Cel vagotomy for duodenal ulcer, BULL. Soc. Int. Chir. 516: 443, 1971 - apud Nogueira C.E.D. - Revista Associação Médica Brasil - Vol. 21 nº 10 - outubro , 1975.
35. WELCH, C.E. -"Gastrectomia Subtotal" para úlcera duodenal - Clínicas cirúrgicas de Norteamérica -úlcera peptica -Edito-rial Interamericana, S.A -México - 1966.

36. WILLIAN JR, H. S.; SAUYERS, J. L.; GOBBEL JR, W.G.; HERRIG
TON JR, J. L.; EDWARDS, W.H.; EDWARDS L.W - Vagotomia Y an
trectomia en el tratamiento Quirúrgico de la enfermedad ul
cerosa duodenal - Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica -
Úlcera Peptica - Editorial Interamericana, S.A. - Mexico -
1966.

TCC
UFSC
CC
0061

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0061

Autor: Justo E Silva, Car

Título: Úlcera duodenal terebrante..



972814113

Ac. 252897

Ex.1 UFSC BSCCSM