

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO - TSBCP
PAULO ROBERTO ARRUDA ALVES - TSBCP
JÚLIO CESAR MONTEIRO DOS SANTOS - TSBCP
MAURO DE SOUZA LEITE PINHO - TSBCP

CORDEIRO F, REIS NETO JA, ALVES PRA, SANTOS JCM & PINHOMSL - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(3): 208 - 212

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax (019) 254-3839 ou E.mail: scut@exxa.com.br.

Desta forma, como não houve tempo hábil para recebermos a correspondência do nosso colega **Dr. Roberto Misici, de Fortaleza (CE)**, aqui apresentamos o seu posicionamento relativo ao tema anterior: **CÂNCER COLORRETAL: ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO**.

Na neoplasia colorretal, achamos que a colonoscopia é de inestimável valor propedêutico, no entanto no câncer de reto, ela é sobrepujada pelo exame endoscópico convencional rígido. Apesar disto, nós sempre indicamos a "pancolonoscopia complementar", pois achamos de inegável valor frente ao diagnóstico e estadiamento do câncer colorretal, com o intuito de se fazer uma varredura em todo o cólon, tendo o objetivo de encontrar um câncer colônico sincrônico, um pólipó ou afecção não diretamente relacionada ao câncer. Concluímos que a completa visualização endoscópica dos cólons é absolutamente indispensável na seqüência propedêutica diagnóstica do câncer colorretal e estadiamento pré-operatório.

Não existem exames laboratoriais de alta especificidade e sensibilidade no tocante ao estadiamento pré-operatório destes tumores. Quanto aos marcadores tumorais conhecidos até hoje (CEA, CA19.9, etc.), eles não têm valor como método diagnóstico precoce, ou no estadiamento pré-operatório do câncer colorretal primário. Eles são importantes na avaliação do "prognóstico".

A persistência dos elevados níveis no pós-operatório traduzem e previnem a pior evolução do quadro clínico, e persistência com desenvolvimento da doença recidivada ou metastática.

O diagnóstico por intermédio de radioimunoensaio, através de utilização de anticorpos monoclonais antitumorais, pode representar nova arma propedêutica e mesmo terapêutica, ao proporcionar aos anticorpos meios de transportarem agentes quimioterápicos.

Já o diagnóstico através dos métodos de imagem trouxe ao estadiamento do câncer colorretal relevantes contribuições, e orientações bem definidas, como também no comportamento terapêutico. Achamos que a tomografia computadorizada (TC) não deve ser utilizada como método diagnóstico de rastreamento pré-operatório de rotina, porém quando possível, nos fornece importantes subsídios no estudo da propagação tumoral e invasão pélvica. A TC está em grau de fornecer informações da extensão do processo neoplásico, avaliando sedes potenciais de metástases, como o fígado, retroperitônio etc., freqüentemente avaliados de maneira idônea, em relação aos outros métodos de imagem. A TC nos fornece um balanço espacial da lesão, visualizando massas pélvicas, tumefações linfonodais para-aórticas e massas intraperitoneais. Já a ressonância magnética (RM) nos fornece imagens de alta qualidade em relação ao escavado pélvico, permitindo distinguir os linfonodos das estruturas vasculares, onde a TC, para obter tal distinção, deve recorrer a um contraste iodado, por via endovenosa.

A RM tem a vantagem de visualizar frontalmente as cadeias linfonodais no percurso craniocaudal, mesmo possuindo este método uma menor resolução espacial em relação à TC.

A ultra-sonografia abdominal pré-operatória é bem indicada no rastreamento pois a mesma diagnostica as metástases hepáticas e suspeita de neoplasia colônica, pelo encontro das chamadas imagens em "pseudo-rim ou em alvo".

Outros exames de imagem que devem ser lembrados pela sua contribuição e complementação no estadiamento são: 1. A radiografia de tórax deve ser sempre realizada na ocasião do diagnóstico, quanto no decurso do seguimento do paciente, no sentido de se detectarem metástases pulmonares. 2. O enema opaco é solicitado, como um exame para complementar uma colonoscopia incompleta ou não elucidativa em alguns casos, porém é de grande importância este método já que mostra o tumor em seu aspecto macroscópico - pólipó carcinomatoso, vegetante, ulcerado, viloso ou cirrótico, demonstrando sua extensão e distância exata de comprometimento, além da existência ou não de afecções sobrepostas e concomitantes. É de fundamental importância na comprovação de uma complicação, seja ela por obstrução, perfuração ou fístula para órgãos vizinhos.

Finalmente, todos os procedimentos propedêuticos aqui enumerados, quando indicados e solicitados de maneira cronológica correta e objetiva, visam sem sombra de dúvidas melhorar a eficácia do rastreamento e estadiamento pré-operatório, como em relação à expectativa de vida do operado. Mesmo nos dias de hoje, onde a alta tecnologia médico-científica está presente e a relação médico-paciente, sempre mais consciente e significativa, prevalecem em alguns doentes ainda os estigmas, da ignorância, da incúria, do pudor e do medo, possibilitando assim que estes aspectos retardem o diagnóstico precoce do câncer colorretal.

Com esta participação encerramos o tema passado, lembrando que se novas opiniões houver, voltaremos a ele conforme a solicitação.



O tema desta edição será **EXCISÃO TOTAL DO MESORRETO: ENTRAMOS EM UMA NOVA ERA?** e contamos com a colaboração de cinco membros titulares da nossa Sociedade:

1. José Alfredo dos Reis Neto (SP)
2. Paulo Roberto Arruda Alves (SP)
3. Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. (SP)
4. Mauro de Souza Leite Pinho (SC)

1. Mesorreto ou gordura perirretal? Qual a melhor denominação para esta estrutura há muito conhecida?

José Alfredo dos Reis Neto - Anatomicamente o reto não tem meso. O tecido gorduroso que circunda a ampola retal intrapélvica apresenta limites bem definidos e fáceis de serem reconhecidos cirurgicamente, porém, não tem a mesma estrutura que, etimológica e anatomicamente, possa ser reconhecida como meso. O termo excisão total do mesorreto, como foi descrito por Heald, deveria ser mudado para excisão total perirretal sem que a cirurgia fosse modificada, modificar-se-ia a denominação da técnica.

Paulo Roberto Arruda Alves - A denominação gordura perirretal é muito inespecífica e traduz uma impressão de que toda e qualquer gordura em torno do reto seria a estrutura de que estamos falando. Prefiro o termo mesorreto, uma estrutura muito bem definida nos seus limites pelas fâscias e muito mais que gordura na sua composição, pois nos interessam muito mais as vias de drenagem linfática e um espaço no qual a disseminação do tumor do reto estaria, pelo menos durante algum tempo, confinada.

Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. - O melhor termo é o consagrado. **Gordura perirretal** amplia o limite anômico da estrutura que é definida pelo mesorreto. Há plano de clivagem entre o que é mesorreto e a gordura que o reveste e acomoda o reto na pelve. Essa gordura invade o tecido areolar frouxo, e é principalmente notável entre o aspecto posterior do mesorreto e o tecido que recobre a face pélvica do sacro.

Mauro de Souza Leite Pinho - Minha opinião pessoal é que a denominação **mesorreto** talvez seja mais adequada para definir a estrutura adiposa em questão pelas seguintes razões:

- a) À semelhança do mesentério, mesocólon e epíploons, trata-se de tecido adiposo com limites bem definidos por estar estritamente contido dentro de um envoltório composto por uma lâmina de tecido conjuntivo com planos de fácil dissecação das estruturas pélvicas circunvizinhas.
- b) Também como no mesocólon e mesentério, esta estrutura serve como condutora dos elementos da vascularização do reto, como os vasos retais superiores e seus ramos, além de conter a importante drenagem linfática.
- c) Finalmente a denominação **mesorreto** implica em um compromisso por parte do cirurgião em seguir sempre os mesmos e bem delimitados parâmetros anômicos de ressecção, evitando assim a potencial variabilidade de uma denominação inespecífica de "gordura perirretal".

2. O que significa Excisão Total do Mesorreto? Como realizá-la?

José Alfredo dos Reis Neto - Excisão total perirretal ou excisão total do mesorreto significa ampliar o esvaziamento linfático perirretal, principalmente no diâmetro circunferencial do mesmo. Até a década de 70 a grande ênfase era a retirada linfática no sentido longitudinal cranial, com grande importância para a ligadura alta da mesentérica superior e retirada da cadeia linfática ascendente. A partir do trabalho de Heald (1980), com a publicação de seus resultados referentes à recidiva local, é que se deu maior atenção para a linfadenectomia circunferencial. Excisão total perirretal significa a retirada de toda a gordura circundante da ampola retal:

- posteriormente deslizando-se pela fâscia pré-sacra desde o promontório até o cóccix acompanhando-se distalmente a face anterior do ligamento anoretocóccigeo;
- anteriormente incluindo-se a fâscia de Denonvilliers;
- lateralmente estendendo-se pelo estreito pélvico, acompanhando-se o plano de dissecação posterior, englobando-se a artéria retal média em uma dissecação próxima ao plexo nervoso autonômico, porém, respeitando-o. Este é o plano mais difícil de ser identificado, muito cuidado devendo ser tomado para se evitar as lesões nervosas e ao mesmo tempo manter-se dentro do chamado "plano sagrado" de dissecação (Heald, 1988).

Paulo Roberto Arruda Alves - A excisão total do mesorreto se estende da raiz do meso em direção à pelve em um plano praticamente avascular e junto às paredes da pelve e considero que os dois pontos fundamentais são: I. Manter a dissecação ampla nas laterais e no plano posterior evitando a tendência de afunilar o tecido a ser ressecado à medida que se progride caudalmente; II. Ressecar todo o mesorreto posterior, mesmo o que está abaixo do ponto em que seccionaremos o reto, ou seja, a dissecação posterior sempre vai até os elevadores, mesmo quando conservaremos o reto distal.

Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. - Significa separar o mesorreto, posterior e lateralmente, das estruturas pélvicas

vásculo-nervosas. Anteriormente o plano de clivagem é feito por diante da fásia de Denonvilliers, que é retirada juntamente com o reto. Os planos laterais e posterior são avasculares. O segmento mais delicado na dissecação lateral (ou, mais propriamente, ântero-lateral) fica num plano que passa rente à vesícula seminal ou à junção cérvico-vaginal, e desce perpendicularmente ao sacro (entre S3 e S4). Nesse plano situa-se bilateralmente, o plexo autonômico da pelve que se faz representar por uma placa densa de tecido nervoso, mais próxima da parede do estreito pélvico do que do mesorreto, e os vasos hemorroidários médios que devem ser pinçados e cauterizados de tal forma que a cauterização fique longe do nervo e próxima do reto. Estamos indo no sentido craniocaudal. Vencido esse ligamento, que é bilateral, caímos, novamente, num tecido frouxo. Posteriormente corresponde quase à extremidade do cóccix: anteriormente, passamos pela próstata, no homem ou estamos no 1/3 médio da vagina, na mulher. Na circunferência, estamos imediatamente acima do canal anal cirúrgico. Podemos clampar o reto, bem distal. Seccioná-lo neste nível significa deixar um anel de mucosa de 1,5 a 2 cm acima da linha pectínea. Isso é a excisão total do mesorreto (ETM) com a preservação dos plexos nervosos da pelve (vale a pena ler - Heald RJ. The "Holly Plane" of rectal surgery. J Roy Soc Med 1988; 81: 503).

Mauro de Souza Leite Pinho- Genericamente falando, o conceito de excisão total do mesorreto nos chama a atenção para o fato de que esta estrutura contém a drenagem linfática imediata do reto e que, **ao rompermos a proteção oferecida pelo "envelope adiposo"**, estaremos contribuindo para a potencial disseminação local da neoplasia. Outro aspecto a ser destacado é que a drenagem linfática do reto para o mesorreto se dá **independentemente do nível tumoral**, ou seja, qualquer que seja a distância existente entre o tumor e a margem anal, a drenagem linfática ocorrerá para o mesorreto, devendo portanto ser respeitado um **procedimento padrão** para ressecções retais por neoplasia, ou seja, dissecação do mesorreto até o nível dos elevadores e sua excisão em conjunto com a peça cirúrgica.

A execução técnica deste procedimento nos obriga a manter nossa dissecação rigorosamente dentro dos planos anatômicos da região pélvica, facilitando sobremaneira a própria ressecção retal. Na verdade, a definição do plano anatômico de dissecação se inicia por ocasião da ligadura dos vasos mesentéricos inferiores, a partir da qual iniciamos nossa dissecação no sentido inferior em direção à pelve, respeitando sempre o plano avascular existente posteriormente ao tronco principal daqueles vasos e em posição imediatamente anterior ao plexo nervoso hipogástrico ou nervo pré-sacro. Ao ultrapassarmos o promontório observaremos uma bifurcação deste plexo hipogástrico para a formação dos plexos pélvicos laterais ao reto. Esta divisão do plexo hipogástrico, situada cerca de 2 cm abaixo da bifurcação aorto-ilíaca, nos anuncia o limite superior do espaço pré-sacral, preenchido por um tecido areolar frouxo, o qual nos permite uma dissecação rápida em território avascular até o cóccix.

É absolutamente essencial uma clara definição do plano avascular do espaço pré-sacral, de forma a evitar-se

anteriormente a violação do mesorreto e posteriormente a avulsão da fásia sacral com o risco de lesão dos vasos sacrais médios.

Uma vez completada a dissecação "para baixo" até o cóccix, **necessitamos mudar o rumo de nossa dissecação**, a qual passa a ser realizada no sentido "anterior e superior", ou seja, "descolando" a face posterior da ampola retal de seu repouso natural sobre o músculo elevador do ânus. Esta dissecação prossegue até atingirmos a face posterior do reto com exposição de sua camada muscular desprovida de tecido adiposo, ou seja, no limite inferior do mesorreto, o qual terá sido então amplamente dissecado em sua face posterior.

Uma vez realizada a liberação posterior de forma ampla, torna-se mais fácil a dissecação lateral do mesorreto através de manobras de tração contralateral e exposição do tecido areolar contido entre as paredes laterais da pelve e as faces laterais do reto. Através desta manobra podemos estender os planos já dissecados no sentido anterior bilateralmente, com especial atenção para identificar eventuais ramos mais expressivos dos vasos retais médios (nem sempre presentes). Ainda importante é o conhecimento de que a excessiva lateralização desta dissecação poderá acarretar em riscos para os nervos parassimpáticos erigentes oriundos do plexo sacral, os quais se situam junto à parede lateral da pelve.

É importante notar que uma vez tendo sido realizada a excisão total do mesorreto, a secção do reto e preparo para a anastomose deverá ser feita sem a necessidade de "limpeza" do tecido adiposo perirretal, uma vez que este já terá sido dissecado com o mesorreto, expondo a camada muscular longitudinal da face posterior do reto. Devido à maior complexidade técnica da anastomose colorretal baixa, recomenda-se sempre que possível a utilização da técnica de duplo grampeamento.

3. Do ponto de vista de prognóstico, qual a importância da Excisão Total do Mesorreto?

José Alfredo dos Reis Neto - O índice global de recidiva local com a excisão total perirretal é abaixo dos 4% e quando comparado com o índice obtido com a técnica convencional representa um decréscimo de importante significação estatística. Este índice de recidiva local cai ainda mais quando se acrescenta a radioterapia pré-operatória (2,9%) como medida coadjuvante no tratamento do câncer de reto baixo. A queda da recidiva local significa que o "espaço livre" da doença aumenta. Sabendo-se que nos primeiros dois anos a grande maioria dos pacientes vem a falecer por recidiva local, é de se presumir que o prognóstico melhora com a queda da incidência da mesma. Recentemente foi criado um grupo de estudos multidisciplinar e internacional para avaliação do tratamento do câncer de reto denominado "International Network of Comprehensive Rectal Cancer Centers" (INCRCC). As conclusões elaboradas por este grupo, avaliando os trabalhos realizados pelos mesmos, ressaltaram a importância da radioterapia pré-operatória no câncer de reto baixo e o grande benefício da excisão total perirretal quanto ao prognóstico a curto e a longo prazo, inclusive modificando a taxa de sobrevida pós-operatória.

Paulo Roberto Arruda Alves - Como a progressão do tumor está "contida" nos limites do mesorreto, a sua excisão completa reduziria a praticamente zero os índices de recidiva local.

Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. - O prognóstico do câncer retal, para o tratamento do qual se aplica a técnica em discussão, entre muitos outros fatores, está na dependência de se acabar com a recidiva local. Embora ela não signifique o desfecho final de "um caso", porque sempre há a oportunidade de nova abordagem terapêutica, sabemos que sua ocorrência é um determinante do futuro do paciente. A importância da excisão total do mesorreto, em termos de prognóstico, pode ser traduzida pelos seguintes números, de 1.550 pacientes operados: recidiva local - 5% (0-11%); sobrevida em cinco anos - 75,3% (60-87%). Esses números expressam resultados de casos não selecionados e são superiores aos que podem ser obtidos com terapêuticas mais agressivas nas quais a mutilação deixa seqüela com a conotação de pior qualidade de vida. Nos aspectos - melhor chance de cura e sobrevida com melhor qualidade - reside a importância da ETM.

Mauro de Souza Leite Pinho - Este é um tema que tem sido amplamente estudado e uma breve revisão da literatura a respeito nos mostra resultados bastante impressionantes. Para não fugir ao objetivo desta Tribuna Livre, gostaríamos de citar como exemplo apenas um trabalho, oriundo do Sloan Kettering Memorial Hospital, de New York (Enker WE - Ann Med., 29: 127-33 (1997)) denominado *Excisão total do Mesorreto: o novo padrão ouro da cirurgia do câncer retal*. Neste trabalho o autor afirma que "Como resultado desta operação, a sobrevida de cinco anos subiu de 45-50% para 75% e a recidiva local caiu de 30% para 5-8%...". Resultados semelhantes têm sido relatados por diversos outros autores, não deixando dúvidas quanto à necessidade de excisão completa do mesorreto devido a seu grande impacto na melhora do prognóstico dos pacientes operados para tratamento de câncer do reto.

4. Este tipo de procedimento pode acarretar algum aumento de morbidade?

José Alfredo dos Reis Neto - Quanto a amputação abdômino-perineal do reto a técnica de excisão total perirretal não aumenta o índice de complicações intra ou pós-operatórias. No entanto, nas anastomoses colorretais baixas há um aumento relativo do índice de deiscências anastomóticas, talvez em virtude da própria desvascularização que a retirada de toda a gordura perirretal ocasiona no segmento distal do reto.

Paulo Roberto Arruda Alves - A excisão completa do mesorreto deve ser uma preocupação presente em todas as operações de tumores do reto e justamente o caráter de espaço definido do mesorreto diminuiria a morbidade se respeitado. A meu ver, em operações paliativas, nos tumores avançados cuja infiltração venceu as barreiras deste compartimento "mesorreto", a tentativa equivocada de excisão completa do mesorreto poderia levar a lesão vascular ou de vias urinárias com aumento de morbidade.

Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. - Os riscos dessa técnica são os mesmos apurados para as ressecções anteriores do reto com anastomoses colorretais extraperitoneais. Diminuição dessas complicações exige habilidade e apuro técnico. São complicações indesejáveis, às vezes graves e mesmo potencialmente letais. São riscos aos quais se opõem os resultados terapêuticos e funcionais.

Mauro de Souza Leite Pinho - Sim. A realização de rotina da excisão total do mesorreto adiciona algum grau de complexidade ao procedimento cirúrgico uma vez que independentemente da posição do tumor, a dissecação retal deverá ser sempre ampla, atingindo até a musculatura do assoalho pélvico para excisão completa do tecido adiposo. Esta conduta poderá eventualmente acrescentar os riscos inerentes à dissecação pélvica ampla, como sangramento ou eventuais distúrbios sexuais e urinários, os quais são no entanto bastante infrequentes desde que respeitados os planos de dissecação anteriormente descritos. Além disto, a excisão total do mesorreto implica na realização de anastomoses retais mais baixas as quais, como sabemos, apresentam um risco maior de deiscências, situado entre 10 e 20%. Para contornar estes problemas anastomóticos, a realização de colostomias ou ileostomias de proteção tem sido utilizada em incidências acima de 70 a 80% dos casos por um grande número de autores.

5. Comentários?

José Alfredo dos Reis Neto - A utilização da excisão total perirretal (ETM) no tratamento do câncer de reto é um acervo técnico que não pode ser ignorado, pois representa uma evolução quanto ao prognóstico da enfermidade. A associação da radioterapia pré-operatória e em alguns casos (tumores estágio T4) da rádio e da quimioterapia pré-operatórias associadas a excisão total perirretal aumentam a sobrevida pós-operatória. Em trabalho recente avaliamos a possibilidade da realização da excisão total perirretal em amputações abdômino-perineais por via laparoscópica e constatamos que ela foi variável em todos os pacientes.

Paulo Roberto Arruda Alves - Os trabalhos do Heald mostram recidiva local praticamente nula após a adoção da excisão total do mesorreto. Mesmo que aplicando os princípios descritos para a ETM, se alguém ainda encontrar recidiva local em seus pacientes, não deve rejeitar a técnica, que representa um avanço, porque a recidiva local também está associada a peculiaridade de nossos pacientes, nossas condições técnicas e a progressiva familiarização com uma forma nova de se fazer algo bastante arraigado na cirurgia colorretal.

Júlio Cesar Monteiro dos Santos Jr. - Revendo o perfil evolutivo do tratamento do câncer do reto baixo, ao longo dos últimos 60 anos, podemos observar que, em termos de morbimortalidade, houve grande progresso traduzido nos resultados imediatos e tardios com notável variação para melhora na perspectiva de cura, seja devido à operação, isoladamente, ou coadjuvada por outro tipo de terapêutica. Dentro desse pro-

gresso está a nova técnica cirúrgica, divulgada por Heald, de excisão radical do mesorreto, com preservação da função esfinc-
teriana e das funções dependentes do complexo simpático-para-
simpático componentes do plexo autonômico da pelve.

Mauro de Souza Leite Pinho - De fato, a introdução do concei-
to de excisão total do mesorreto trouxe-nos a conscientização
de que o envelope adiposo perirretal deve ser considerado como
um depósito potencial de células neoplásicas, conceito este que
tem sido amplamente confirmado por diversos autores. Para
realizar esta operação, no entanto, é importante o completo
conhecimento anatômico da região pélvica a fim de evitar um
aumento indesejável do índice de complicações pós-operató-
rias. Além disto, mesmo com todos estes cuidados, a realização
da excisão total do mesorreto pode ser tecnicamente muito di-
fícil em pacientes obesos, particularmente aqueles do sexo
masculino com a pelve muito estreita. Finalmente, gostaria de
chamar a atenção para um trabalho recentemente publicado por
Heald e cols. (*Excisão abdominoperineal do reto; uma operação
ameaçada. Dis Colon Rectum 1997; 40: 747-51*) o que sugere
falhas nos conceitos básicos da ressecção abdominoperineal
como a ausência de metástases linfáticas na gordura isquiorretal
e o risco de criar-se uma grande ferida perineal devido à preferên-
cia de implantação de células neoplásicas. A partir destes co-

mentários, sugerem os autores que talvez estes fatores possam
contribuir para os resultados sabidamente piores da ressecção
abdominoperineal quando comparada à ressecção anterior do
reto e afirmam que $\frac{3}{4}$ dos pacientes portadores de câncer do terço
inferior do reto podem ser submetidos de forma oncológicamente
mais segura a procedimentos de preservação esfinc-
teriana.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão
da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos nova-
mente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido
enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcan-
çados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de
completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente
de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer
àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente con-
cisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta
TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: (019) 254-3839 e E. mail:
scut@lexxa.com.br. Participe.

Fernando Cordeiro