

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS HÉRNIAS INGUINAIS RECIDIVADAS: MODIFICAÇÃO DA TÉCNICA DE MC VAY PELO USO DA MALHA DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR

## SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT GROIN HERNIAS: MODIFICATION OF MC VAY'S TECHNIQUE UTILIZING POLYPROPYLENE: MONOFILAMENT MESH

José Moreira Lima, TCBC-CE

**RESUMO:** O autor fez revisão da literatura, o que lhe permitiu afirmar que o tratamento cirúrgico das hérnias inguinais contribuiu para o desenvolvimento da cirurgia como um todo. Somente no final do século passado foi alcançado o ponto importante do progresso das técnicas operatórias. Um "fantasma continuou rondando" os pacientes operados de hérnia: a recidiva. Vários grupos de cirurgiões já demonstraram essa preocupação e, a partir de 1913, passou-se a pensar em colocação de prótese, visando substituir a fáscia transversal desgastada, nas hérnias recidivadas. Dentre os vários tipos de material de prótese, a malha de polipropileno monofilamentar – *marlex*® – tornou-se o mais aceitável. Nesse trabalho propõe-se a modificação da técnica de Mc Vay pelo uso da malha de polipropileno monofilamentar *marlex*®, que, em 109 hernioplastias para hérnias recidivadas, seguidas durante vinte anos, resultou em recidiva zero.

**Unitermos:** Hérnias recidivadas; Prótese; Malha de *marlex*.

### INTRODUÇÃO

Os defeitos da parede inguino-femoral foram identificados há muito tempo. Eles têm a idade do homem. Trata-se do rompimento das fibras de estruturas anatômicas da parede abdominal – a fáscia transversal – que permite a saída do peritônio, contendo vísceras, da cavidade abdominal, e que é chamado hérnia. Essa alteração limita a condição física de seus hospedeiros e constitui, até hoje, um desafio para os interessados no assunto.

Antes da Idade Média, estudiosos tentavam solução para reverter a referida incapacidade. Quando ainda não se pensava em tratamento cirúrgico, curiosos faziam curativos compressivos e colocavam os pacientes em repouso durante vários dias, visando melhorar seu estado físico sem, no entanto, conseguir resultados definitivos.

Nos ensinamentos de Hipócrates, 370 a.C., nada foi registrado sobre o assunto. Já no último século a.C., Celsus e Heliódorus fizeram registro sobre o tratamento cirúrgico das hérnias. A falta de conhecimento da anatomia e da fisiologia limitou o avanço do progresso para o tratamento cirúrgico.

No primeiro milênio, e em grande parte do segundo, não houve progresso na abordagem cirúrgica das hérnias. O trata-

mento conservador consistia em curativos compressivos que deram origem às conhecidas "fundas". No final do século XIX e início do século XX teve início, na Europa e nos Estados Unidos, a largada para a cura das hérnias inguinais.

Após as primeiras realizações dos procedimentos cirúrgicos, várias técnicas foram estabelecidas e, quando se pensava que o assunto estava resolvido, surgiu um novo e complicado problema: a recidiva. Em todas as técnicas utilizadas verificavam-se resultados negativos. Não havia sistematização para abordagem cirúrgica dos diferentes tipos de hérnia, e a recorrência atingiu alta porcentagem, para a maioria dos cirurgiões.

As reintervenções tornaram-se o pesadelo dos cirurgiões. Uma vez recidivada ocorre uma trama de fibrose na região antes operada que dificulta reoperações, não só pela fragilidade dos planos, mas, também, pelo aumento da tensão entre as bordas da lesão. A análise das várias técnicas publicadas na literatura médica apresenta grande variedade nas taxas de recidivas em todos os tipos de hernioplastias.

Desde o início do século XX, vários autores idealizaram o reforço da fáscia transversal com próteses. Assim, o emprego de derme, pele total, aço inoxidável, náilon, dura-máter, dácron, tântalo, silicone, mersilene, téflon, até chegar ao

1. Prof. Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Recebido em 23/3/99

Aceito para publicação em 5/1/2000

Resumo de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Cirurgia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, aprovado em 29/07/1999.

márlax, que assumiu papel definitivo como material protético na substituição da fásia transversal. Ultimamente, a literatura registra uma nova técnica para a reconstrução das lesões da parede inguino-femoral: a hernioplastia videolaparoscópica, utilizando, de rotina, a tela de *marlex*.

O autor apresenta uma alternativa segura para resolver a questão da hérnia inguinal recidivada. Trata-se da modificação proposta por Mc Vay acrescentando a malha de polipropileno monofilamentar márlax bem fixada no ligamento fio-pectíneo, tubérculo púbico, por baixo da aponeurose do transverso e com uma fenda na extremidade superior para encaixar o cordão inguinal. Esta prótese fecha toda fosseta média limitada pelo triângulo de Hesselbach.

**PACIENTES E MÉTODOS**

Foram estudados e acompanhados 92 pacientes nos quais foram operadas 109 hérnias inguinais recidivadas no período de 1975 a 1995, na clínica privada, no Hospital São Raimundo e no Hospital São Mateus. O perfil destes pacientes será visto nas tabelas a seguir.

**Tabela 1**  
Hérnias inguinais recidivadas distribuídos por sexo

Masculinos	63	68,48%
Femininos	29	31,52%
Total	92	100,00%

**Tabela 2**  
Hérnias inguinais recidivadas distribuídos por faixa etária

Idade	Pacientes	%
20 a 30	6	6,54
21 a 40	14	15,21
41 a 50	19	20,65
51 a 60	18	19,56
61 a 70	18	19,56
Mais de 71	17	18,48
Total	92	100,00

**Tabela 3**  
Hérnias inguinais recidivadas com relação a lateralidade

Lateralidade	Pacientes	%
Hérnia inguinal recidivada direita	59	64,13
Hérnia inguinal recidivada esquerda	16	17,39
Hérnia inguinal recidivada direita e esquerda- bilateral	17	18,48
Total	92	100,00

A proposta do autor visa a: o paciente, após submetido a um processo anestesiológico raquimedular e anti-sepsia, resseca-se toda a cicatriz da cirurgia anterior e a fibrose entre a tela subcutânea e o peritônio, identifica-se a falha da parede

**Tabela 4**  
Hérnias inguinais recidivadas com relação ao número de reoperações

Tentativa de cura	Número de hérnias	%
2ª	55	50,02
3ª	29	27,06
4ª	16	14,67
5ª	5	4,59
6ª	2	1,83
8ª	2	1,83
Total	109	100,00

posterior do canal inguinal, no caso de hérnias recidivadas e naquelas não recidivadas, mas com fásia desgastada. Após a exposição do ligamento fio-pectíneo (Cooper), dissecando-se cuidadosamente desde os vasos femorais até o tubérculo púbico, coloca-se a malha de polipropileno monofilamentar *marlex* de aproximadamente 15 cm por 6 cm, no ligamento de Cooper com cinco ou seis pontos separados em U, com fio prolene 000, a partir dos vasos femorais até o tubérculo púbico, sutura-se também a malha com ponto em U no tubérculo púbico. No lado oposto, a malha é presa por baixo da aponeurose do músculo transverso do abdome com o mesmo tipo de pontos, evitando-se tensão nas suturas.

Na parte superior, a tela é ajustada na borda remanescente da fásia transversal até o orifício inguinal interno. Promove-se uma fenda na parte média da extremidade superior da tela para que, através dela, passe o cordão espermático e fixa-se cada lado das bordas na aponeurose do músculo transverso, por trás do orifício inguinal interno, reconstruindo-o. Antes de suturar os planos externos coloca-se um dreno de Penrose por incisão lateral, que é removido entre 24 horas ou 36 horas, para evitar hematomas, não obstante eficiente hemostasia. Nas reoperações há sempre pequenos sangramentos. O tempo operatório variou entre 50 minutos e duas horas, de acordo com as dificuldades de dissecação dos planos anatômicos. Todos tiveram pós-operatórios tranqüilos. A alta hospitalar ocorreu entre 24 horas e 48 horas pós-operatórias. Os pacientes não reclamaram dor após 24 horas da intervenção e geralmente voltaram às suas atividades físicas entre o terceiro e décimo dia de pós-operatório. As figuras 1 e 2 representam fases de uma operação realizada por esse método.

**RESULTADOS**

O que está demonstrado neste trabalho, relacionando 92 pacientes portadores de hérnias inguinais recidivadas submetidos a 109 hernioplastias entre 1975 a 1995 e revisados durante o ano de 1998, pode ser visto nas tabelas 5 e 6, e mais: não foi registrada nenhuma recidiva entre os pacientes operados e seguidos.

Seis pacientes faleceram acometidos de outras doenças, segundo informações de familiares, durante o período de observação, e 86 encontram-se sem recidiva.



Figura 1 – Observar a tela de marlex fixada no ligamento de Cooper



Figura 2 – Operação concluída. Observa-se a tela de marlex fixada, substituindo a parede posterior da região inguinal, sem tensão

Tabela 5

Hérmias inguinais recidivadas distribuídos por tipos de hérmias

Tipos de hérmias	Pacientes	%
Hérmia inguinal recidivada direta	58	53,21
Hérmia inguinal recidivada direta e indireta (mista)	21	19,27
Hérmia inguinal recidivada indireta	19	17,43
Hérmia femural recidivada	11	10,09
Total	109	100,00

Tabela 6

Hérmias inguinais recidivadas e complicações pós-operatórias

Complicações	Nº de pacientes	%
Hematoma da bolsa escrotal	1	0,92
Edema da bolsa escrotal	2	1,84
Infecção da ferida operatória	1	0,92
Sem complicações	105	96,32
Total	109	100,00

## DISCUSSÃO

Em lugar da preocupação com a aplicação técnica, visando obter sucesso, os cirurgiões envolviam-se com a criação de diferentes métodos, o que, ao final, não levava à modificação dos resultados. A operação de Marcy para as hérnias inguinais indiretas realizada com apuro técnico é, ainda hoje, o método mais adequado para o tratamento desses defeitos.<sup>1</sup> Para muitos cirurgiões, especialmente para este autor, trata-se de método que atende às exigências anatômicas e fisiológicas necessárias à boa correção herniária. O problema continua difícil quando se trata de hérnias inguinais diretas, mistas e femorais. Na década de 40, com a publicação dos primeiros trabalhos de Mc Vay, surgiu a expectativa da cura cirúrgica desses tipos de lesão. Mc Vay propôs a abertura da fáschia transversal, em uma linha paralela ao ligamento inguinal, desde o orifício inguinal interno até o ângulo púbico. Dissecção do ligamento fleo-pectíneo (Cooper), desde os vasos femorais até o ângulo púbico. Sutura da borda distal da fáschia ao ligamento fleo-pectíneo (Cooper) com fio inabsorvível, utilizando-se de cinco a seis pontos, separados. Sutura da fáschia transversal, superiormente, borda a borda, visando fechar o orifício inguinal interno segundo o princípio de Marcy.<sup>10,13</sup>

Quando não se dispõe de uma fáschia confiável, ou em caso de recidiva, onde a fibrose torna esta estrutura imprópria para a sutura, as tentativas de uma boa reconstituição da parede posterior da região inguinal são sempre ineficazes. A solução, então, é a colocação de prótese. Durante a primeira metade do século XX, a discussão sobre o material ideal de prótese era controvertida. De cada centro desenvolvido surgiram idéias que logo perdiam a consistência. Em 1958, foi publicado o primeiro trabalho no Texas,<sup>3</sup> comunicando o emprego de malha de fibras de polipropileno monofilamentares – *marlex*, altamente resistente não só à tração como à temperatura de até 360°. A malha, chamada de *marlex*, após experiência em cães, com resultado positivo foi aplicada na substituição da fáschia transversal. Estabeleceram-se discussões relacionadas ao melhor método de colocação da malha de *marlex*. Usher idealizou a colocação da malha de *marlex* fixando-a ao ligamento inguinal e na aponeurose do músculo transverso do abdome, reforçando a parede posterior da região inguinal qualquer que fosse a reoperação de hérmia. No Rio de Janeiro, foi proposta a colocação da tela de *marlex* como reforço da parede posterior da região inguinal em todas as operações de hérmia.<sup>4</sup> Stoppa, que propôs a colocação da prótese bilateralmente, pré-peritoneal por uma única incisão e sem uma fixação adequada, atualmente preconiza dissecção anatômica adequada, prótese suficiente para fechar a lesão e bem fixada.<sup>5</sup>

Na verdade, o tratamento cirúrgico das hérnias inguinais vem determinando discussões desde a Idade Média, embora somente na segunda metade do século XIX tenha evoluído para um nítido progresso. Em 1871, Marcy publicou seu

primeiro trabalho em Boston, nos Estados Unidos, descrevendo técnica operatória convincente para tratar as hérnias inguinais indiretas.<sup>6</sup> Em 1887 foi publicado o primeiro trabalho de Bassini, na Itália. Outras variações técnicas também foram divulgadas, tendo como autores Halsteld, Andrews, Richter, Fergusson, Harkins, Zimmerman, entre outros.<sup>6</sup>

O procedimento de Bassini ainda é usado atualmente por vários cirurgiões, em todo o mundo, embora existam outras opções técnicas mais atualizadas desenvolvidas por Nyhus, Stoppa, Shouldice, Mc Vay e Lichtenstein. No momento está sendo divulgada com insistência a técnica descrita por Lichtenstein, que é a mesma descrita por Usher, em 1958, e por Falci, em 1969. Este procedimento não trata convenientemente as hérnias femorais visto que a tela é fixada no ligamento inguinal deixando, portanto, o orifício femoral aberto. Há também uma proposta que consiste na utilização do saco herniário para substituição da fâscia transversal em vários planos de sutura.<sup>7</sup>

Na operação descrita por Bassini há um detalhe que não resiste às críticas. Trata-se do tendão conjunto que ele mencionou como estrutura de grande importância na reconstituição dos defeitos das lesões inguinais. Este complexo músculo-aponeurótico resulta da fusão das bordas inferiores dos músculos oblíquo interno e transverso abdominal, no entanto, a união dessas duas estruturas não é encontrada na maioria das pessoas. Em 135 dissecações da região inguinal foi encontrado tendão conjunto em apenas 11%.<sup>8</sup>

Enquanto essa dificuldade ocorre na operação de Bassini, a lesão da fâscia transversal é encontrada junto ao orifício inguinal interno em todos portadores de hérnia inguinal indireta, o que possibilita boa correção cirúrgica pelo método de Marcy.

Em 1945, Shouldice, no Canadá, desenvolveu uma técnica que consiste na abertura da fâscia transversal e fechamento em vários planos de sutura. Este método foi divulgado com uma aceitação genérica, no entanto ultimamente está caindo em desuso em vista do alto índice de recidiva.<sup>9</sup>

No Brasil, vários cirurgiões se destacaram no tratamento cirúrgico das hérnias inguinais, entre eles, Falcio Falci e José Hilário, no Rio de Janeiro, Ary Lex, Fares Rahal e Mânlio Spezzanini, em São Paulo, Alcino Lázaro, em Minas Gerais, Paulo Machado e Moreira Lima, no Ceará, dentre outros.

Particularmente, nas hérnias inguinais indiretas pequenas e médias, este autor usa o procedimento de Marcy, enquanto nas grandes hérnias indiretas, diretas e femorais segue o procedimento de Mc Vay, operando-as com aplicação, o que acredita seja a melhor opção.

Como ponto importante para o cirurgião que opera hérnias, destaca-se a análise dos resultados. Por tratar-se geralmente de ato cirúrgico de pequeno risco, o maior problema passa a ser a recidiva que determina um pesadelo para os pacientes, além de constrangimento para os cirurgiões. Em 700 mil hérnias operadas por ano nos Estados Unidos há cerca de 50 a 100 mil recidivas.<sup>10</sup>

Em 1913, Loeve, na Alemanha, propôs pela primeira vez o retalho de derme para corrigir uma hérnia recidivada. Em 1938, Clodoff e Mair propuseram retalho de pele para corrigir hérnias recidivadas.<sup>11</sup> Em 1952, Babcock<sup>12</sup> propôs a tela de aço inoxidável e, em 1955, Usher propôs o retalho de duramáter humana, como prótese na correção de hérnias recidivadas e, em 1956, propôs o retalho de fâscia lata. Walstenholm, Dales e Usher usaram pela primeira vez as telas de Dacron, tântalo e *marlex*, respectivamente,<sup>13,20</sup> tendo sido a última utilizada também, pela primeira vez, no Brasil, desde 1969.<sup>4</sup> Preston e Durdon tentaram, mais uma vez nos Estados Unidos, as telas de aço inox e de Dacron, respectivamente.<sup>14,21</sup> Colne e Hoskey experimentaram também a tela de mersilene sem resultados.<sup>15</sup> Bourd usou a tela de náilon, e Brandion empregou a tela de teflon, enquanto Finochietto tentou mais uma vez o retalho de pele, sem sucesso. Finalmente, Moreira Lima publicou seu primeiro trabalho sobre "hérnia difícil" *Marlex Mesh* na Revista da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.<sup>16</sup>

Todos esses experimentos apresentaram esperanças durante as observações clínicas, e desilusões, com o passar do tempo. Cada autor teve seu período de entusiasmo inicial, porém inúmeras complicações com cada tipo de material os desestimularam a seguir em frente. Com a insistente divulgação dos trabalhos de Usher, a partir de 1959 começou a haver consenso sobre o uso da malha de *marlex* para substituir a fâscia transversal. Usher, inicialmente, propunha a fixação da tela ao tendão conjunto e ligamento inguinal, seguindo o princípio de Bassini. Na análise dos primeiros casos teve 5,6% de recidiva porque ele não fixava a tela ao tubérculo púbico.

Usher somente indicava a tela de *marlex* nos casos de hérnia recidivada ou muito difíceis, recomendando inclusive a não deixar a tela de *marlex* em contato com as vísceras intra-abdominais. Nos primeiros trabalhos, fez experiências em cães e comparação com outros materiais: tântalo, teflon, náilon, percebendo que o *marlex* era a melhor solução.<sup>17</sup>

As complicações mais encontradas eram seroma estéril, infecção e persistência de drenagem de líquido pela ferida operatória.<sup>17</sup>

Moreira Lima começou a usar a tela de *marlex* nas hérnias difíceis, em 1974, reoperando pacientes já submetidos a várias tentativas, encontrando vários tipos de dismorfismo da anatomia da região determinados por processos de fibrose pós-operatória. Verificou que o melhor procedimento para a cura definitiva dessas lesões era a retirada de toda a fibrose, fixação da tela de *marlex* de aproximadamente 15 cm x 6 cm no ligamento de Cooper, no tubérculo púbico e por baixo da aponeurose do transverso. Na extremidade superior da tela faz-se uma fenda na parte central para encaixar o cordão inguinal, reforçando assim o orifício inguinal interno, segundo o princípio de Mc Vay. Esse procedimento realizado sem tensão nas suturas e com apuro técnico não deixa margem de erro e deve ser empregado em todos os tipos de hérnia inguinal recidivada e hérnias com destruição da fâscia transversal,

mesmo na primeira tentativa de cura. Com o advento da cirurgia videolaparoscópica, alguns cirurgiões tentaram viabilizar a hernioplastia laparoscópica usando a tela de *marlex*. Assim foram apresentadas vantagens em suas experiências utilizando a hernioplastia videolaparoscópica, no início da década de 90.<sup>18,19</sup>

A técnica adotada neste trabalho, “modificações da técnica de Mc Vay pelo o uso da malha de polipropileno monofilamentar – *marlex*”, apresenta-se como um procedimento seguro para o tratamento das hernioplastias difíceis, recidivadas ou não, tendo na experiência referida evidenciado recidiva zero num período de observação de três a 23 anos.

---

## ABSTRACT

*Groin hernias are very common to mankind and despite the fact that its knowledge has been originated in the remote past, many issues related to this subject are not fully defined as yet. Many studies proposing different approaches to the management of the inguinal hernias have been published over the years, leading to a better comprehension of the surgical techniques involved in the repair abdominal wall defects. However, as the recurrence rate was significantly high in a large number of cases, the surgical repair of recurrent hernias demanded additional skills for a satisfactory outcome. Late 1913 an idea began to grow up – the weakened transversalis fascia could be replaced with a foreign material. Over the following years many different materials were utilized and lately the use of the marlex mesh prosthesis became popular among surgeons worldwide. A study involving 92 patients with recurrent inguinal hernias, operated upon by the same surgeon, utilizing the same technique (marlex mesh prosthesis interposition) in a 20 year period was carried out to establish the efficacy of this method. The follow-up period ranged from 4 to 23 years and the results were considered to be excellent following a careful analysis of all patients records.*

**Key Words:** Recurrent hernioplasty; Marlex mesh.

---

## REFERÊNCIAS

1. Griffith CA – Indirect inguinal hernia with special reference to the Marcy operation. In Nyhus LM, Harkins NH – *Hernia*. Philadelphia. Lippincott, 1966, pp 179-185.
2. Harkins HN – The cooper ligament repair of direct inguinal hernia. In Nyhus LM, Harkins NH. *Hernia*. Philadelphia. Lippincott. 1966, 179-185.
3. Usher FC, Wallace AS – Tissue reaction to plastics. *Arch Surg* 1958; 76:997-999.
4. Falci F – Marlex mesh no tratamento da hérnia inguinal do adulto. *O Hospital* 1969;73:147-151.
5. Lowhan AS, Stoppa R, et al – Mechanism of hernia recurrence after peritoneal mesh repair. *Ann Surg* 1997;225:422-424.
6. Olch PD, Harkins HN – Historical surgery of the treatment of inguinal hernia. In Nyhus LM, Harkins NH. *Hernia*. Philadelphia. Lippincott, 1966, pp 1-13.
7. Silva AL – Hérnia: especialidade do cirurgião geral. *Rev Col Bras Cir* 1997;24:1-2.
8. Condon RE – The anatomy of inguinal region and its relationship to groin hernia. In Nyhus LM, Harkins NH – *Hernia*. Philadelphia. Lippincott, 1966, pp 14-71
9. Uyeno WM, et al – Tratamento das hérnias inguiniais pela técnica de Shouldice. *Rev Col Bra Cir* 1998;25:173-175.
10. Lichtenstein L – Hernia surgery. *Surg Clin North Am* 1993;73:529-544.
11. Clodoff RG – The use of full thickness skin grafts in the repair of large hernia. *Ann Surg* 1949;129:119-122.
12. Babcock WW – The range of usefulness of commercial stainless steel cloths in general and special form of surgical practice. *Ann West Med Surg* 1952;6:15-23.
13. Dales HC, Hule J – Late results of using tantalum grouse in the repair of large hernia. *J Am Surg* 1958;43:294-297.
14. Durden JG, Pemberton LB – Dacron mesh in ventral and inguinal hernia. *J Am Surg* 1974;40:662-655.
15. Calne RT – Repair of bilateral hernia with mersilene mesh behind rectus abdominus. *Arch Surg* 1974;109:532-536.
16. Moreira Lima J – Hérnia difícil, marlex mesh. *Rev Fac Med UFC* 1978; 17:97-102.
17. Usher FC – Hernia repair with marlex mesh. *Arch Surg* 1976;81:559-569.
18. Miguel PR et al – Hernioplastia inguinal laparoscópica. *Rev Col Bras Cir* 1994;21:324-325.
19. Roll S, Campos FGCM – Cirurgia laparoscópica. *Hérnia da Parede Abdominal*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997. Ano III v. I pp 279- 288.
20. Walstenholmes JT – Use of commercial dacron fabric in the repair of inguinal hernia. *Arch Surg* v. 37,195;73:1.004-1.008.
21. Preston DJ, Richard FC – Use of wire mesh prosthesis in the treatment of hernia. *Surg Clin North Am* 1973;53:549-554.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Moreira Lima  
Rua Vicente Leite, 1800/ 1001- Aldeota  
60170-151 – Fortaleza – CE

# Publicações Colégio Brasileiro de Cirurgões

## Abdome Agudo não Traumático – Novas Propostas

Fernando Luiz Barroso & Orlando Marques Vieira

Editora Robe - 1995

## Clínica Brasileira de Cirurgia – Ano I – 1995

Editora Robe

Vol. I – *O Doente Cirúrgico Ictérico*

Sérgio Mies

Vol. II – *Hipertensão Portal – Estado Atual*

Wilson Abrantes

Vol. III – *Condutas de Cirurgia Plástica para o Cirurgião Geral*

Marcos Castro Ferreira

## Clínica Brasileira de Cirurgia – Ano II – 1996

Editora Atheneu

Vol. I – *Princípios da Cirurgia Oncológica*

Marcos Moraes

Vol. II – *Cirurgia da Doença Péptica Gastroduodenal: estado atual*

Fernando Luiz Barroso

Vol. III – *Doença do Refluxo Gastroesofágico*

João Batista Marchesini e Osvaldo Malafaia

## Clínica Brasileira de Cirurgia – Ano III – 1997

Editora Atheneu

Vol. I – *Hérnias da Parede Abdominal*

Alcino Lázaro da Silva

Vol. II – *Cirurgia Torácica*

Manoel Ximenes Neto e Roberto Saad Júnior

Vol. III – *Doença Inflamatória Intestinal*

Angelita Habr-Gama

## Clínica Brasileira de Cirurgia – Ano IV – 1998

Editora Atheneu

Vol. I – *Aspectos Técnicos em Cirurgia*

Nelson Fontana Margarido

Vol. II – *Complicações em Cirurgia do Aparelho Digestivo*

Paulo Roberto Savassi Rocha

Marco Antonio Gonçalves Rodrigues

Vol. III – *Cirurgia Cardiovascular*

Sergio de Almeida Oliveira