

estudio histológico pudo saberse la entera verdad. En efecto, el mismo examen anatómico, sin el auxilio del microscopio, no había sido suficientemente decisivo, pues lo que se veía en la región enferma tenía todo el aspecto de una lesión inflamatoria fibrosa, común, aunque presentando al nivel de la parte principalmente comprometida una densidad algo mayor y una coloración algo menos blanca que en el resto de la expresada región. Y, para acentuar todavía más la singularidad del caso estas alteraciones se verificaban al lado de una neoplasia visceral que, en cuanto a su sintomatología, había sido casi en absoluto silenciosa, a pesar de su evolución relativamente larga.”

Luego de reseñar la historia clínica del caso, de dar la sintomatología radicular de la 1ª dorsal que tenía el enfermo, de la necropsia que la confirmó y aclaró la etiología, dice que las lesiones que toman la cúpula pleural merecerían formar un grupo aparte, que él denomina “lesiones irradiantes del domo pleural”. Lesiones crónicas inflamatorias banales, quistes hidátidos, lesiones tuberculosas y sifilíticas, serían capaces de darlo.

Varios nombres tiene este síndrome: síndrome del surco superior pulmonar, síndrome de Pancoast, síndrome ápico-costovertebral, tumor del surco superior, lesiones irradiantes del domo pleural, etc.

De los que se han ocupado de este problema, Pancoast es quien más identificó su nombre al síndrome. Jacot (1960) dice que Pancoast posiblemente no conoció tres trabajos, de Hare (1838), de Mac Donald (1850) y de Ricaldoni (1918), que se refieren al mismo síndrome del que Pancoast se ocupara en 1924 por primera vez.

La causa del síndrome la mayoría de las veces es un carcinoma broncogénico que se desarrolla en el vértice del pulmón, ocupando y desbordando la fosa retropleural de Seibileau. De ahí los síntomas que caracterizan el síndrome: parálisis atrófica radicular inferior o dolor intenso y persistente localizado en el hombro y primer espacio intercostal, con irradiación al miembro superior, especialmente en el territorio cubital. Pueden acompañarse estos síntomas de un síndrome de C. Bernard-Horner, y radiológicamente, de erosiones de los extremos posteriores costales, de las apófisis transversas superiores, y una sombra del vértice pulmonar.

Hasta el presente los resultados terapéuticos no son buenos. La demora en hacer el diagnóstico, lo avanzado de la lesión o la particular biología de esta localización infiltrante de los tejidos vecinos a la zona pulmonar originaria del tumor, contribuyen a los malos resultados. "La única manera de mejorar los resultados terapéuticos —dice Jacox (1960)— es investigar a fondo cualquier neuritis en la distribución del plexo braquial."

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO DEL VÉRTICE PULMONAR

Dada la localización del tumor y los elementos que infiltra, es difícil indicar la terapéutica adecuada. Chardack y Mac Callum (1953) publicaron un caso con resección quirúrgica seguida de aplicaciones de radioterapia. En 1956 publicaron el resultado alejado. El paciente falleció a los cinco años y diez meses de la intervención, no encontrándose recidiva ni metástasis al realizarse la necropsia: el deceso se debió a bronconeumonía e insuficiencia miocárdica. El tumor era un carcinoma broncogénico situado en el vértice del lóbulo superior derecho e invadiendo las tres últimas raíces del plexo braquial y la cadena simpática.

Shaw y otros (1961) publican los resultados de 38 casos de carcinoma broncogénico con síndrome de "lesión irradiante del domo pleural" (Ricaldoni), tratados con irradiación y al mes, resección quirúrgica. Dos eran carcinomas espinocelulares; cinco, adenocarcinomas y, uno, de diagnóstico dudoso. Nueve de ellos habían sido operados un año antes de publicado el trabajo, y la sobrevida de cinco enfermos ha sido, 51 37, 16, 16 y 15 meses, respectivamente. Durante dos semanas se les dio a los enfermos 3.000-3.500 r (en algunos se hizo con cobalto 60) esperando que limitaran el crecimiento tumoral, bloquearon los linfáticos y destruyeron los focos de células malignas en las vainas perineurales. El resultado anatomopatológico demostró la efectividad del tratamiento radioterápico sobre el tumor. El tiempo quirúrgico se hace al mes de terminadas las aplicaciones. Una incisión en semicírculo paraescapular extendida por encima de la espina del omóplato, circunscribe a éste y termina adelante en la línea axilar anterior. El trapecio y los músculos eleva-

dores del hombro no deben seccionarse demasiado altos, para no interferir su función. La resección de la 4ª costilla permitirá la exploración torácica. Considerando factible desde el punto de vista endotorácico la resección, se secciona la 3ª, 2ª y 1ª costillas a nivel del arco posterior y los espacios intercostales correspondientes. Se identifican los elementos nerviosos y vasculares, seccionándose las raíces del plexo braquial tomadas por el tumor. La arteria subclavia se liberará del tumor y se seccionarán las ramas que sean necesarias: mamaria interna, cervical transversa, vertebral. Si es necesario se seccionará la arteria, reconstruyéndose según las circunstancias. Shaw y otros resecan los tejidos músculo-óseo tendinosos hasta la lámina vertebral dejando a la vista el agujero de conjugación cuando ello es necesario; inclusive actúan sobre el cuerpo vertebral. Los nervios intercostales se seccionan detrás del ganglio en el agujero de conjugación. En este tiempo la hemostasis puede ser dificultosa y haber pérdida de líquido cefalorraquídeo al cortar el manguito que engloba los nervios intercostales. Este escape se trata de impedir suturando músculo cortado en el agujero de conjugación.

La resección se completa seccionando los músculos intercostales en el primer espacio sano por debajo del tumor y completando una lobectomía superior radical (derecha o izquierda).

El trabajo de Shaw y otros, es un serio intento para lograr una mejoría en el pronóstico de los enfermos afectados de esta localización neoplásica.

Las nuevas técnicas de irradiaciones parecen encaminarse a obtener mejores resultados, inclusive curativos, en el tratamiento de esta localización. El dolor puede llegar a ser intolerable por su persistencia día y noche, y por su intensidad. La radioterapia se indica como paliativo.

Cuando la resección quirúrgica no está indicada y la radioterapia no ha dado resultado, queda a considerar para calmar el dolor:

- a) La sección de los nervios intercostales que debe hacerse bien posterior, detrás de su ganglio. Puede conseguirse buen resultado. Si bien realizada y desbordando la sección la topografía de la zona invadida

por el tumor, continúa el sufrimiento, se tendrán en cuenta los procedimientos siguientes.

- b) Las secciones de varias raíces posteriores es una operación de jerarquía. Debe hacerse una exacta topografía para seccionar a aquellas que tengan relación con la conducción del dolor.
- c) La cordotomía por encima del 4º segmento. Es riesgosa, especialmente en su relación con el control respiratorio.
- d) Se planteará la lobotomía frontal, cuando el dolor es generalizado sobre el cuarto superior del tórax y el miembro superior.

IX) ASPECTOS PARTICULARES DEL CARCINOMA BRONCOGENO

DIMINUTO CARCINOMA

Aufses y Neuhoof (1952) se refieren a diminutos carcinomas broncogénos que presentan situaciones inhabituales. Relatan dos casos diagnosticados con biopsia endoscópica muy controlada en su estudio histológico.

A uno de los pacientes le hicieron una neumonectomía en base a la biopsia, no habiendo encontrado tumor en la pieza reseca. A los seis años el paciente vivía.

A un segundo enfermo se le hace una toma biopsica del lóbulo medio derecho, diagnosticándose un epiteloma escamoso. Le hacen una lobectomía media, no encontrando tumor. Fallece a los seis años de un carcinoma del bronquio derecho. Creen que si se le hubiera hecho una neumonectomía habría curado y que este tumor está relacionado con el primer hallazgo.

Consideran que cuando un patólogo hace un diagnóstico seguro de malignidad por la toma biopsica tomada en un bronquio principal debe hacerse una neumonectomía, aun cuando en la operación no se encuentre la evidencia del tumor.

Citan el caso de Papanicolau y Kropovoska de un carcinoma "in situ" del bronquio lobar inferior derecho. En cuatro muestras de esputos y en seis lavados bronquiales se encontraron células neoplásicas, pero la broncoscopia fue negativa. El paciente

falleció de neumonía lobar. Macroscópicamente no había neoplasma, pero un cuidadoso estudio del árbol bronquial con varios cortes mostró un diminuto carcinoma epidermoide "in situ" en el bronquio lobar inferior derecho.

Prior y Jones (1952) relatan ocho casos de tumores diminutos periféricos, seis provenientes de piezas de necropsias y dos de intervenciones. La comprobación de un tumor periférico diminuto lleva a una resección lobar.

Las situaciones planteadas por Aufses y Neuhof son de real interés: la seguridad del patólogo en su diagnóstico y nuestra confianza en él nos harán tomar una determinación de tanta trascendencia. El planteo de operaciones menores, lobectomías y plastias bronquiales, posiblemente no tienen indicación por la inseguridad de la pequeña zona a reseñar. El segundo caso de Aufses y Neuhof lo demuestra.

LOS CARCINOMAS BRONCOGENOS PRIMARIOS MULTIPLES

En la literatura se encuentran muchos trabajos sobre carcinomas broncogénos primarios múltiples. Le Gal (1961), Hughes (1961), Cahan (1961) (cáncer de pulmón y laringe en el mismo paciente), T. H. Burford (1958), entre otros, se han ocupado del tema.

Se han comprobado en el epitelio del aparato respiratorio, áreas de metaplasia escamosa y «carcinoma "in situ"». En un mismo pulmón o en ambos han sido encontrados al mismo tiempo que un carcinoma. Como evolucionan estas áreas en el tiempo, la malignidad que ellas pueden alcanzar, se va mostrando al acumularse casos, y la importancia práctica que este aspecto de la biología tiene para los sobrevivientes de carcinomas escamosos en particular. Si fumar tiene una acción directa en la mucosa bronquial como parece estar demostrado, y esta acción sigue actuando en enfermos portadores de metaplasia o «carcinoma "in situ"», lógico es pensar que puede ser factor importante en el problema.

Si el enfermo en el cual aparece un segundo carcinoma está en condiciones, puede someterse a una nueva intervención. Si se le había hecho una lobectomía y el tumor es del mismo lado, se completará la neumonectomía. Si el tumor es del otro pulmón,

se tratará allí de hacer la correspondiente lobectomía. Si había sufrido una neumonectomía, una segmentectomía puede dar una nueva oportunidad al enfermo. En estos casos está indicada la traqueotomía al terminar la intervención.

X) COMPLICACIONES

Las complicaciones de estas técnicas son las de todas las resecciones pulmonares, pero agravadas por tratarse de personas de más de cincuenta años, afectadas de un neoplasma.

Nos referiremos sucintamente a un grupo de ellas. La hemorragia proveniente por fallas en la ligadura de la arteria o de las venas pulmonares se evitará haciendo la exposición de éstas en la zona más alejada posible del tumor, donde se consiga la luz necesaria para realizarlas con seguridad: es uno de los factores que lleva a la realización de la ligadura intrapericárdica.

El enfisema y el neumotórax a tensión derivados de la sutura son puntos comunes de la cirugía de exéresis pulmonar. Para lograr una buena cicatrización bronquial necesitamos un bronquio sano bien nutrido, rodeado de tejido conjuntivo, y un enfermo con un estado general con las reservas necesarias para contribuir a esa cicatrización rápida. Al referirnos a la sutura bronquial insistimos en detalles de exposición para hacer la profilaxis, diríamos, de su falla.

La fístula bronquial tan temida al comienzo de las neumonectomías por cáncer, es rara de ver actualmente. La sutura intramediastinal favorece la cicatrización por el tejido conjuntivo del bronquio. Los casos en que hemos tenido esta complicación se debieron a enfermos con estado general deficiente, en el límite de la indicación quirúrgica, y en el que esta complicación corroboró el que no debieron haberse operado.

En el postoperatorio de toda resección pulmonar tratamos de mantener sin derrame (seroso, hemático, etc.) a ese hemitórax. En el caso de las neumonectomías si no dejamos drenaje, o si lo dejamos con un tubo fino, diferido, hacemos las necesarias evacuaciones para mantener la fijeza mediastinal, y al derrame siempre por debajo del muñón bronquial. En estas condiciones si llegara a fistulizarse el bronquio el peligro de inundación bronquial contralateral es menor.

Establecida la fistula quedan para solucionarla: la reintervención para realizar nuevo cierre, el drenaje y la toracoplastia. El drenaje y la toracoplastia llevan a solucionar bien el problema en enfermos con buen estado general.

Nos referiremos a algunas complicaciones sobre las que debemos estar atentos y tener clara idea de ellas, aun cuando son del dominio del internista. A los distinguidos colegas Dres. Raúl Pintos Fuentes y José Fossemale, pedimos se encargaran del correlato "Colaboración de la clínica en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón". Al invadir su terreno, lo hacemos para insistir en la importancia del entendimiento médico-quirúrgico.

COMPLICACIONES CARDIACAS

C. Rivero (1950) se ha ocupado, a propósito de un caso nuestro, de las arritmias cardiacas complicando la cirugía torácica. Las extrasístoles y arritmias completas son de frecuente observación en las resecciones pulmonares realizadas en pacientes de más de cuarenta años. Interesan aquellos ritmos rápidos con fibrilación y aleteo auriculares, que al alterar seriamente el ritmo cardíaco, si no se les trata a tiempo llevan a la insuficiencia cardíaca congestiva.

Por lo general son trastornos funcionales del ritmo cardíaco, apareciendo en enfermos con estudios previos normales, que después del correcto tratamiento y buena evolución postoperatoria no repiten. Se atribuye como causa a la irritación vagal unida a la hiperexcitabilidad del miocardio auricular provocada por el desplazamiento mediastinal. También se la ha relacionado con la ligadura intrapericárdica de los vasos, pero no ha sido comprobado. Puede aparecer en otros pacientes que los de la cirugía pulmonar, por ejemplo en resecciones esofágicas. Se ha citado a la hipertensión pulmonar como otra causa posible. Su aparición, por lo general, no es inmediata al acto quirúrgico sino alrededor del tercer día. El tratamiento consiste en la administración enérgica de digital, y si se fracasa emplear el sulfato de quinidina. Dada la frecuencia de esta complicación, 10 %, estamos atentos a su posibilidad, comenzando el tratamiento con digital, apenas comprobamos una arritmia completa, al mismo tiempo que solicitamos un electrocardiograma, y la útil cola-

boración del clínico. Algunos aconsejan el uso del digital o del sulfato de quinidina como preparación previa y en el postoperatorio inmediato. En nuestra práctica, a los enfermos con estudio previo completo normal, no se los indicamos, pero vigilamos su posibilidad postoperatoria.

PARO CARDIACO

Los conocimientos sobre esta complicación de la cirugía general se aplican cuando ocurre en el curso de estas intervenciones. Los reflejos en la zona de trabajo, la ligadura de la arteria pulmonar, los problemas anestésicos y los derivados de las contingencias de la propia intervención, pueden darle matices particulares.

EDEMA PULMONAR AGUDO

Varias causas pueden conducir al edema agudo de pulmón; sobre todo en personas de edad avanzada se atribuye a la insuficiencia cardíaca izquierda.

Pero otras veces no es ésta la causa real, sino que hay que buscar otros factores.

Los desplazamientos mediastinales intraoperatorios deben evitarse por lo shockantes y por la descompensación cardiovascular que provocan. Los anestesiólogos conocen bien el problema, y su técnica los evita. Los cirujanos nos disciplinamos para realizar la cirugía torácica en forma delicada. La acción intempestiva brusca, agresiva, sobre el parénquima pulmonar y los pedículos pulmonares son causa de extrasístoles y de hipotensión. Los tironeos del pedículo y el consiguiente desplazamiento mediastinal, son causa de descompensaciones que pueden observarse en las intervenciones y también experimentalmente.

En el postoperatorio, el desplazamiento mediastinal alterando la ventilación del pulmón sano, el eje cardíaco y la circulación de retorno pueden llevar a una falla del ventrículo izquierdo y al edema pulmonar. El cuadro clínico característico del edema pulmonar agudo de pulmón y el conocimiento de su posible patogenia por esta causa, llevan a tratarlo por la rápida corrección del desplazamiento mediastinal, y efectuar el tratamiento siste-

mático. Parte de su profilaxis consiste al terminar el cierre de la toracotomía en saber que el mediastino está en su sitio, y su adecuada vigilancia posterior.

La anoxia alterando el endotelio pulmonar, provocando una congestión venosa que dificulta la circulación pulmonar, con aumento de la tensión del anhídrido carbónico, de la taquicardia y del tiempo de circulación, puede sin necesidad de una insuficiencia ventricular izquierda primitiva, conducir a un edema agudo.

Actuamos con moderación en la medicación endovenosa a base de sueros, plasma y transfusiones. La administramos en lo estrictamente necesario. Más de un caso fatal se ha debido a su uso excesivo. Especialmente en las neumonectomías somos parcos en su uso, pues podemos ir por el exceso de masa, o de cloruro de sodio, al edema de pulmón.

EMBOLIA DE LA ARTERIA PULMONAR

Es una de las complicaciones que acrecientan la mortalidad de esta cirugía. Singer (1955) ha comprobado esta complicación en el 16,4 % de necropsias de enfermos que habían sufrido neumonectomías. Los émbolos pueden ser pequeños o grandes. El émbolo pequeño puede determinar cuadros que se confunden con el infarto cardíaco, pero es raro de ver como complicación en el postoperatorio (Cleland, 1958). La sintomatología de ambas situaciones es similar: dolor, angustia, taquicardia, hipotensión y shock. El diagnóstico diferencial está basado en la comprobación de la sobrecarga ventricular derecha y la congestión venosa, así como en la interpretación electrocardiográfica. El tratamiento a instituir de inmediato tratará de suprimir el dolor con sedantes enérgicos, el espasmo arterial con papaverina, y la acentuación de la trombosis pulmonar dando anticoagulantes. Oxígeno, aminofilina, ayudarán a aliviar la situación pulmonar y la circulación general, pues es importante una buena oxigenación cerebral y cardíaca.

Una pequeña embolia puede evolucionar favorablemente, pero para el tratamiento de la gran embolia se está en un callejón sin salida si el enfermo es un neumonectomizado.

TROMBOANGEITIS DE LA ARTERIA PULMONAR, TROMBOAORTITIS Y TROMBOSIS PORTAL

Singer (1955) ha comprobado en necropsias la existencia de alteraciones del tipo de la tromboangeítis en la arteria pulmonar.

Muy interesantes son sus comprobaciones de tromboarortitis en pequeñas lesiones de especial localización en el cayado aórtico, y desprendimiento de embolias dando infartos mesentéricos, renales, esplénicos y cerebrales. También ha comprobado trombosis portales.

Estas lesiones deben tenerse en cuenta para explicar ciertos desenlaces fatales, especialmente en los casos que es imposible realizar autopsias.

COMPLICACIONES BRONCOPULMONARES

Uno de nuestros cuidados es que el enfermo tosa y respire cuan profundamente pueda después de operado. El paciente debe prepararse enseñándole a respirar y toser, y si tiene secreciones pulmonares tratarlo para que llegue en las mejores condiciones a la intervención.

El anestésista tendrá un papel importante a desempeñar en estos enfermos. Se referirán a él en la Mesa Redonda que trata en este Congreso "La anestesia en el cáncer de pulmón". El cirujano prevendrá en la intervención las complicaciones de su versión al pulmón sano, ocluyendo precozmente el bronquio del sector a reseca.

En el postoperatorio, los cambios de posición, y el toser, harán que expulse expectoración espesa que no debemos dejar retener en el árbol traqueobronquico. Nebulizaciones con detergentes y antibióticos, facilitan la expectoración.

Manejando bien a los enfermos con estas medidas y adecuada medicación, podremos normalizarlos. Pero a veces es necesario realizar una o más broncoaspiraciones cuando los medios anteriores han fallado.

En enfermos bronquíticos crónicos, con poca suficiencia respiratoria, con gran dificultad para toser y expulsar secreciones bronquiopulmonares, y en que su cuadro pulmonar no mejora, debemos realizar una traqueotomía. Esta reducirá el espacio

muerto, facilitará las aspiraciones repetidas y la oxigenación. La traqueotomía debe plantearse en algunas ocasiones al finalizar la intervención, como prevención de las suturas bronquiales cuando ha sido imposible realizar una técnica correcta, o cuando las condiciones de ventilación del paciente, unido a su evaluación clínica nos inducen a realizarla.

La traqueotomía debe ejecutarse oportunamente; es preferible adelantarse, y no esperar a tener un enfermo moribundo.

HERNIA DEL CORAZON

Advertimos que la pericardiectomía puede traer una seria complicación: la hernia del corazón y su rotación, que si no se corrigen pueden ser mortales. Higginson relata cuatro casos en el lado derecho. Dos de ellos diagnosticados al terminar la neumonectomía; otros dos en las horas siguientes. Taquicardia, hipotensión o ausencia de presión, cianosis y radiográficamente el desplazamiento cardíaco, deben llevar a reabrir el tórax sin tardanza. ¿Cómo evitar este accidente? Sustituyendo el pericardio resecaado por un plástico (dacrón, nylon, tyflón); por un colgajo pleural y músculo intercostal. por fascia lata, etc. Es importante la extensión de la apertura pericárdica; calcular y tener presente esta complicación, evitarla y diagnosticarla a tiempo.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- ACEVEDO DE MENDILAHARSU, S. (1955).—“Tumores cerebrales metastásicos”. Tesis de Adscripción.
- ARDAO, H. (1939).—Las metástasis en el cáncer primitivo del pulmón. “Bol. Soc. Anat. Pat.”, Montevideo, 2: 27.
- ARDAO, H. A. (1942).—Anatomía patológica del cáncer primitivo del pulmón. “An. Fac. Med.”, Montevideo, XXVII.
- ARMAND UGON, V.; CAUBARRERE, N. y CASTRO, E. (1942).—Neumonectomía total por tumor de bronquio. Adenoma bronquial polipoide. “Día Méd.”, 14: 1022.
- DIGHIERO, J. C. (1942).—Diagnóstico del carcinoma broncogénico incipiente. “Hoja Fisiológica”, XII: 4.
- DIGHIERO, J. C. y SANCHEZCESTAU, R. (1957).—Contribución al diagnóstico oportuno del cáncer pulmonar incipiente. “Hoja Fisiológica”, 17: 328.

- FERNANDEZ, G.; MUZI, F. y FOLLE, J. A. (1956).—Algunos aspectos de las metástasis cerebrales en el cáncer pulmonar. "An. Fac. Med.", Montevideo, 41: 251.
- FERRARI, M. (1960).—Las metástasis del cáncer del pulmón. "An. Clín. Méd. «A»", Montevideo, 5: 171.
- FERRARI, M. y KASDORF, H. (1957). "Linfopatías tumorales". López y Echegoyen, Buenos Aires.
- FERREIRA BERRUTI, P. (1957).—Glándula pineal asiento de una metástasis de un carcinoma bronquial. "El Tórax" Vol. VI, N° 1: 95; marzo.
- FOGEL DE KORK, E. y CUSARRO DE GIMENO, G. (1960).—Estudio de las metástasis en el carcinoma broncogénico. "Hoja Tisiológica", 20: 219.
- FRANGELLA, A. C. (1942).—"La radioterapia en clínica". Imp. Uruguayana. Montevideo.
- GARCIA OTERO, J. C.; BARCIA, P. y CAUBARRERE, N. (1937).—"Cáncer y supuraciones pulmonares". El Ateneo, Buenos Aires.
- GARCIA OTERO, J. C. (1938).—Neoplasma del pulmón. "An. Clin. Méd. «C»", Montevideo, 1: 117.
- GOMEZ, F. y CAUBARRERE, N. (1930).—Cáncer y tuberculosis del pulmón. "An. Fac. Med.", Montevideo, XV: 829.
- KASDORF, H. (1959).—"Radioterapia del cáncer broncogénico. Actualización de temas por los profesores adjuntos", X: 23.
- KASDORF, H. (agosto 1960).—"Radioterapia". Curso organizado por la Cátedra de Clínica Neumológica sobre Tumores malignos de los bronquios.
- LARGHERO IBARZ, P. (setiembre 1955).—"Linfosarcoma de pulmón". Presentado a la Soc. Anat. Pat., Montevideo.
- LEBORGNE, F. E. (1955).—Tratamiento de las metástasis pleurales por coloides radiactivos. "El Tórax", 4: 186.
- LEBORGNE, F. E. (1956).—Radioterapia del cáncer de pulmón. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 28: 393.
- NAVARRETE, E. L. (diciembre 1957).—Diagnóstico del cáncer primitivo de pulmón. "El Tórax", Vol. VI, N° 4: 375.
- NAVARRETE, E. L. (diciembre 1958).—Formas atípicas del cáncer de pulmón. "El Tórax", Vol. VII, N° 4: 333.
- PEREZ DAVANT, D.; PIÑEYRO, J.; VICTORICA, A. y ARMAND UGÓN, V. (marzo 1957).—Cáncer primitivo de pulmón. "El Tórax", Vol. VI, N° 1: 35.
- PEREZ DAVANT, D. (1958).—Cáncer primitivo de pulmón. "Bol. Soc. Med. Quir. Centro Rep.", 52.
- PIAGGIO, A. A. (1962).—"Pronóstico alejado del cáncer broncopulmonar". Instituto de Tisiología y Cátedra de Clínica Neumológica. 19° Curso de Perfeccionamiento.
- PIAGGIO BLANCO, R.; DIGHIERO, J. y PASEYRO, P. (1930).—El citograma pulmonar obtenido por punción en el diagnóstico del cáncer y la silicosis. "Arch. Urug. Med. Cir. Esp.", 14: 125.

- PIAGGIO BLANCO, R. y ALVAREZ PREVE, A. (1931).—El valor de la atelectasia pulmonar en el diagnóstico precoz de los neoplasmas endobronquiales. "Rev. Tub. Urug.", 302.
- PINTOS FUENTES, R. (agosto 1960).—“Indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico”. Curso organizado por la Cátedra de Clínica Neumológica sobre Tumores malignos de los bronquios.
- PURRIEL, P.; TOMALINO, D. y PIOVANO, S. (marzo 1957).—Adenomatosis pulmonar. "El Tórax", Vol. VI, N° 5.
- RICALDONI, A. (1918).—Parálisis atrófica radicular inferior del plexo bronquial por epiteliomatosa procedente del domo pleural en el curso de un cáncer latente de pulmón. "An. Fac. Med.", Montevideo, III: 770.
- URIOSTE, B. (1959).—“Cirugía conservadora de cáncer de pulmón. En cirugía conservadora en Oncología”. 25ª Sesión para Graduados, Clínica Quirúrgica "B" Prof. J. C. del Campo, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", 95.
- RIVERO, C. (1950).—Arritmias cardíacas complicando la cirugía de tórax. "Revista del Servicio de Sanidad Militar", año 1, N° 1, pág. 27.
- URIOSTE, B. (1950).—Neoplasma de pulmón. "Rev. del Serv. de Sanidad Militar", T. 1: pág. 5.
- URIOSTE, B. (1955).—“Introducción a la Cirugía Cardiovascular”. Tesis de Agregación de Cirugía. Fac. de Medicina, Montevideo.
- URIOSTE, J. P.; PIAGGIO BLANCO, R. y FIGUEROA, J. (1943).—“Estudio broncoscópico del carcinoma broncogénico”. Trab. Clín Méd. Imp. Rosgal.

BIBLIOGRAFIA

- AGOSTINO, D. y SEAL, S. H. (1960).—Estudios experimentales sobre células cancerosas sembradas durante el acto quirúrgico. "Anales de Cirugía", Vol. VII, N° 6: 610.
- AGUILAR, H. D. (1946).—“Tumores broncogénicos”. Edit. El Ateneo, Buenos Aires
- ALLANSMITH, R. (1962).—Surgical treatment of superior vena cava obstruction due to malignant tumor. "J. Thorac. and Cardiovas. Surg.", 44: 258.
- ALLISON, P. R. (1951).—Intrapericardial approach to the lung root in the treatment of bronchial carcinoma by dissection pneumonectomy. "J. Thorac. Surg.", 22: 449.
- AREY, L. B. (1945).—“Anatomía del desarrollo”. Edit. Vázquez, Buenos Aires.
- ARIEL, I. M. and PACK, G. T. (1960).—“Pulmonary Cancer: an appraisal”. Cap. 18, pág. 23 del libro de Pack, G. T. y Ariel, I. M. (1960).
- AUFSES, A. A. and NEUHOF, H. (1952).—Minute carcinoma of the major bronchi. "J. Thorac. Surg.", 23: 219.
- AYLWIN, J. A. (1951).—Avoidable Vascular spread in resection for bronchial carcinoma. "Thorax", 6: 250-267.

- BARRET, N. R. (1958).—“Malignant tumours of the trachea, bronchus, lung and pleura”. Cap. 23, 301. Cancer. Vol. 4. Edit. Butterworth & Co., London.
- BARRENGER, P.; DOCKERTY, M. B.; WAUGH, J. M. and BERGEN, J. A. (1954).—Carcinoma of the Large intestine. “Surg. Gynee. and Obst.”, 98: 62.
- BELL, W. N. (1962).—“Adelantos en la quimioterapia del cáncer”. Clínicas quirúrgicas de Norte América. Edit. Interamericana S. A. México 1, D. F. México, abril; pág. 353.
- BELLEVILLE, G. I. (1945).—Voluminoso fibroma de la pleura visceral. “Bol. Acad. Argentina de Cirugía”, XXIX: 728.
- BIGNALL, J. R. (1958).—“Carcinoma of the lung”. E. and S. Livingstone, Edinburgh and London.
- BIGNALL, J. R. and MOON, A. J. (1955).—Survival after lung resection for bronchial carcinoma. “Thorax”, 10: 183-190.
- BIRNBAUM, G. L. (1954).—“Anatomy of the Bronchovascular System”. Year Book Publishers, Chicago.
- BLADES, B. B. and GARBY, R. G. (1960).—“Resection of pulmonary neoplasms that have extended to contiguous organs”. Cap. 23, pág. 410 del libro de Paek, G. T. y Ariel, I. M.
- BLADES, B. and McCORKLE, R. G. (1954).—A case of spontaneous regression of an untreated bronchio carcinoma. “J. Thorac. Surg.”, 27: 415.
- BLADES, B. (1958).—Presidential address. A case report and miscellaneous comments. “J. Thorac. Surg.”, 36: 285.
- BORRIE, J. (1952).—Primary carcinoma of the bronchus: prognoses following surgical resection. (A clinico-pathological study of 200 patients.) “Ann. R. Coll. Surg. Engl.”, 10: 165. [Citado por Nohl (1956-1962) y por Bignall (1958).]
- BOYD, W. (1960).—Introduction 2: “Clasificación and routes of spread of thoracic and intrathoracic tumors”. Del libro de Paek, G. T. y Ariel, I. M., pág. 249 (1960).
- BREA, M. J. y BREA, C. M. (1960).—Cáncer de pulmón. Resultados del tratamiento quirúrgico. “Trigésimoprimer Congreso Argentino de Cirugía”. Fase. II, 449.
- BREA, M. J.; MARTINEZ, J. L. y SANTOS, A. A. (1960).—Simposio sobre cáncer de pulmón. “El Día Médico”, Buenos Aires, N° 45: pág. 1260.
- BRINDLEY, G. V. (1959).—Tumores malignos primitivos del pulmón distintos de los carcinomas bronceogénicos. “Anales de Cirugía”, tomo V, Vol. 8: 864.
- BROCK, R. (1960).—Radical pneumonectomy. “Thorax”, 15: 7.
- BROCK, R. and WHITEHEAD, L. L. (1955).—Radical pneumonectomy for bronchial carcinoma. “Brit. J. Surg.”, 43: 8.
- BURFORD, T. (1958).—Evarts Ambrose Graham Eulogy. “J. Thorac. Surg.”, 36: 281.

- BURFORD, T. H.; CUTER, S.; FERGUSON, T. F. and SPJUT, H. J. (1958).—Results in the treatment of bronchogenic carcinoma. "J. Thorac. Surg.", 36: 316.
- BURNETT, E. N. (1956).—Discusión del trabajo de Overholt y Bougas.
- CAHAN, W. G.; BUTLER, F. S.; WATSON, W. L. and POOL, J. L. (1959).—Multiple Cancers: Primary in the lungs and other sites. "J. Thorac. Surg.", 20: 335.
- CAHAN, W. G.; WATSON, W. L. and PODE, J. L. (1951).—Radical pneumonectomy. "J. Thorac. Surg.", 22: 449.
- CAHAN, W. G. (1958).—Discusión de los trabajos de Churchill, Johnson y Burford. "J. Thorac. Surg.", 36: 324.
- CAHAN, W. G. (1960).—Radical Lobectomy. "J. Thorac. Surg.", 39: 555.
- CAHAN, W. G. (1960).—"Radical Lobectomy in the treatment of lung cancer". Cap. 22 B del libro de Paek, G. T. y Ariel, I. M.
- CAHAN, W. G. and MONTEMAYOR, P. B. (1962).—Cancer of the larynx and lung in the same patient. "J. Thorac. and Cardiovas. Surg.", 44: 309.
- CASE, R. A. M. (1958).—"The mortality from cancer of the lungs in England and Wales". Pág. 11 del libro de Bignall, J. R. (1958).
- CARLISLE, J. C.; Mc DONALD, J. R. and HARRINGTON, S. W. (1951).—Bronchogenic squamous-cell carcinoma. "J. Thorac. Surg.", 22: 74.
- CHRISTIANSEN, H. and SMITH, D. E. (1962).—Bronchogenic carcinoma: a sixteen-year study. "J. Thorac. and Cardiovas. Surg.", 43: 267.
- CHURCHILL, E. D.; SWEET, R. H.; SOUTTER, L. and SCANNELL, J. G. (1950).—The surgical management of carcinoma of the lung. "J. Thorac. Surg.", 20: 349.
- CHURCHILL, E. D.; SWEET, R. H.; SCANNELL, J. G. and WILKINS, E. W. (1958).—Further studies in the surgical management of carcinoma of the lung. "J. Thorac. Surg.", 36: 301.
- CLELAND, W. P. (1958).—"The treatment of Carcinoma of the Lung". Del libro de Bignall, J. R., pág. 213.
- COLE, W. H. (1954).—Precauciones en la diseminación del carcinoma de colon y recto. "Anales de Cirugía", Vol. 13, N° 7: 1207.
- COLE, W. H. (1957).—Discusión de los trabajos de Morales, F. y colab. y Moore, G. E. y colab. "Anales de Cirugía", II: 486.
- COLLIER, F. C.; BLAKEMORE, W. S.; KYLE, R. H.; ENTERLINE, H. T.; KIRBY, C. K. y JOHNSON, J. (1957).—Carcinoma de pulmón: Factores que influyen la sobrevivencia de cinco años con especial referencia a la invasión de los vasos sanguíneos. "Anales de Cirugía", T. II, N° 3: 285.
- COTTON, R. E. (1959).—Citado por Nohl (1962).
- CROLEY, J. T. and HARDY, J. D. (1961).—Pulmonary resection: effect of initial vein ligation upon sequestration of blood in the lung. "J. Thorac. and Cardiovas. Surg.", 41: 155.
- D'ABREU, A. L. (1956).—"Cirugía torácica". Edit. El Ateneo, Buenos Aires.
- DANIELS, A. C. (1949). A method of biopsy useful in diagnosing certain intrathoracic diseases. "Dis. Chest.", 16: 360.

- DAILEY, J. E. (1956).—Discusión del trabajo de Overholt y Bongas.
- EFFER, D. B. and BLADES, B. (1948).—Surgical treatment of the solitary lung metastasis. "J. Thorac. Surg.", 17: 27.
- ENGEL, H. C. (1955).—Cancer cells in the circulating blood. "Act. Chir. scand.", suppl. 201.
- ENGELMAN, R. M. and McNAMARA, W. L. (1954).—Bronchiogenic carcinoma. Review of two hundred and thirity-four cases. "J. Thorac. Surg.", 27: 227.
- FEINMANN, L. (1960).—Long Term Functional results after pneumonectomy. "Thorax", 15: 19.
- FERNANDEZ, G.; MUZI, F. y FOLLE, J. A. (1956).—Algunos aspectos de las metástasis cerebrales en el cáncer pulmonar. "An. Fac. Med.", Montevideo, 41: 251.
- FISCHER, E. R. and TURNBULL, R. P. (1955).—The citologic demonstration and significance of tumor cells in the mesenteric venous blood in patients with colorectal carcinoma. "Surg. Gyn. and Obst.", 100: 102.
- GALLUZI, S. y PAYNE, P. M. (1962).—Citado por Nohl.
- GATCH (1957).—Discusión de los trabajos de Morales y colab. (1957); de Moore y colab. (1957). "Anales de Cirugía", II: 486.
- GIBBON, J. H.; ALLBRITTEN, F. F.; TEMPLETON, J. Y. y NEALON, F. T. (1953).—Cáncer del pulmón. Un análisis de quinientos treinta y dos casos consecutivos. "Anales de Cirugía", Vol. 12, N° 10: 1701.
- GIBBON, J. H.; TEMPLETON, J. Y. y NEALON, F. T. (1957).—Factores que condicionan la supervivencia a largo plazo de pacientes con cáncer pulmonar. "Anales de Cirugía", 1: 587.
- GRAHAM, E. A. and SINGER, J. (1933).—Successful removal of one entire lung for carcinoma of the bronchus. "J. A. M. A.", 101: 1371.
- GRAHAM, J.; USHER, F. C.; PERRY, J. L. y BARKLEY, H. T. (1960).—Empleo de la malla de Marlex como prótesis para la reparación de defectos de la pared torácica. "Anales de Cirugía", Vol. VII, N° 5: 529.
- GRIESS, D. F.; Mc DONALD, J. R. and CHAGETT, O. T. (1945).—The proximal extension of carcinoma of the lung in the bronchial wall. "J. Thorac. Surg.", 14: 362.
- GROVES, L. K. and Mc CORMACK, L. J. (1962). Lung-term survival with persistent carcinoma at the bronchial stump. "J. Thorac. and Cardiovas. Surg.", 44: 385.
- HABEIN, H. C.; Mc DONALD, J. R. and CHAGETT, O. T. (1956).—Recurrent carcinoma in the bronchial stump. "J. Thorac. Surg.", 31: 703.
- HEALEY, J. E. and GIBBON, J. H. (1950).—Intrapericardial Anatomy in Relation to pneumonectomy for pulmonary carcinoma. "J. Thorac. Surg.", 19: 864.
- HIGGINSONS, J. F. (1953).—Block dissection in pneumonectomy for carcinoma. "J. Thorac. Surg.", 25: 582.
- HILL, L. D. and WHITE, M. L. (1953).—Plasmacytoma of the lung. "J. Thorac. Surg.", 25: 187.

- HINSON, K. F. W. (1958).—“Origin and appearances of carcinoma of the lung”. Cap. X. pág. 115 del libro de Bignall, J. R. (1958).
- HUGHES, F. A. and HIGGINS, G. (1962).—“Veterans administration surgical adyuvant lung cancer chemotherapy: present status”, 44: 295.
- HUGHES, R. K. and BLADES, B. (1961).—Multiple primary bronchogenic carcinoma. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 41: 421.
- JACOX, H. W. (1960).—“Treatment of the superior pulmonary sulcus Tumor”. Cap. 28 de libro de Pack, G. T. y Ariel, I. M., pág. 459.
- JOHNSON, J.; KIRBY, C. K. and BLAKEMORE, W. S. (1958).—Should we insist on “radical pneumonectomy” as a routine procedure in the treatment of carcinoma of the lung? “J. Thorac. Surg.”, 36: 309.
- KIRKLIN, J. W. and JAMPOLIS, R. W. (1953).—Intrapericardial dissection in left pneumonectomy for bronchiogenic carcinoma. “J. Thorac. Surg.”, 25: 280.
- KIRKLIN, J. W.; Mc DONALD, J. R.; CLAGETT, O. T.; MOERSCH, H. J. and GAGE, R. P. (1955).—Bronchogenic Carcinoma: cell type and other factors relating to prognoses. “Surg. Gyn. and Obst.”, 100: 429.
- KIRSCHUER, P. A. (1956).—Discusión del trabajo de Overholt y Bongus.
- LANGE-CORDES, E. (1956-57).—Citado por Nohl (1962).
- LANGSTON, H. T. (1960).—“Surgical treatment of metastases to the lung”. Cap. 24 del libro de Pack, G. T. y Ariel, I. M., pág. 413.
- LATREILLE, R. et LATERGET, M. (1960).—Ou en est le traitement chirurgical du cancer du poumon? “Lyon Chirurgical”, 56: 657.
- LE GAL, Y. and BAUER, W. C. (1961).—Second primary bronchogenic carcinoma. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 41: 114.
- LIEBOW, A. A. (1956).—Capítulo en “Pathological aspects” in pulmonary carcinoma; pathogenesis, diagnosis and treatment, p. 77. Edit. E. Mayer y H. C. Maier. Philadelphia: J. B. Lippincott Co. (Citado por Nohl, 1962.)
- MAIER, H. C. (1948).—Primary lymphosarcoma of lung. “J. Thorac. Surg.”, 17: 841.
- MARX, F. W. and STEELE, J. D. (1961).—Early secondary thoracotomy following pulmonary resection. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 41: 141.
- MATHEY, J. et GALEY, J. J. (1952).—Technique de la pneumonectomie élargie pour cancer du poumon. “La Semaine des Hopitaux de Paris”, 28, N° 45: 1883.
- MEADE, R. H. (1958).—Discusión de los trabajos de Churebill, Johnson y Burford. “J. Thorac. Surg.”, 36: 324.
- Mc BURNEY, R. P.; Mc DONALD, J. R. and CLAGETT, O. T. (1951).—Bronchogenic small-cell carcinoma. “J. Thorac. Surg.”, 22: 63.
- Mc DONALD, J. R.; Mc BURNEY, R. P.; CARLISLE, J. C. and PATTON, M. M. (1951).—The significance of cell types in bronchogenic carcinoma. “J. Thorac. Surg.”, 22: 62.
- Mc DONALD, G. O.; LIVINGSTONE, Ch.; BOYLES, C. F. y COLE, W. H. Tratamiento profiláctico de las enfermedades malignas con mostaza nitrogenada y trietilenetiofosforamida. “Anales de Cirugía”. 1: 576.

- MEYER, K. K. (1958).—Direct lymphatic connections from de lower lobes of the lung to the abdomen. "J. Thorac. Surg.", 35: 726.
- MILIHET, H. et JAGER, P. (1956).—“Anatomic et chirurgie du Pericarde”. Masson et Cie., Paris.
- MOORE, G. E.; SANDBERG, A. y SCHUBARG, J. R. (1957).—Observaciones clínicas y experimentales acerca de la presencia y destino de células tumorales en el torrente sanguíneo. “Anales de Cirugía”, T. 2, N° 4: 549.
- MORALES, F.; BELL, M.; Mc DONALD, G. D. y COLE, W. H. (1957).—Tratamiento profiláctico del cáncer en el acto operatorio. “Anales de Cirugía”, T. 2, N° 4: 481.
- MULLIGAN, R. M. y HARPER, F. R. (1954).—Citado por Engelman y McNamara.
- NEVHOF, H. and AUFRES, A. H. (1948).—Cancer of the lung. “J. Thorac. Surg.”, 17: 297.
- NOHL, H. C. (1956).—An investigation in to the lymphatic and vascular spread of carcinoma of the bronchus. “Thorax”, 11: 172.
- NOHL, H. C. (1960).—A three year follow up of classified cases of bronchogenic carcinoma after resection. “Thorax”, 15: 11.
- NOHL, H. C. (1962).—“The spread of carcinoma of the bronchus”. London, Lloyd-Luke Ltd.
- OCHSNER, A.; De BAKEY, M. E. y DIXON, J. (1947).—Cáncer pulmonar primitivo tratado por extirpación. Un examen de 129 casos. “Anales de Cirugía”, Vol. 16, N° 5: 531.
- OVERHOLT, R. H. and BOUGAS, J. A. (1956).—Common factors in lung cancer survivors. “J. Thorac. Surg.”, 32: 508.
- OVERHOLT, R. H. and NEPTUNE, W. B. (1960).—“The prone position in thoracic surgery”. Cap. 21, pág. 366 del libro de Pack, W. T. y Ariel, I. M.
- PACK, G. T. and ARIEL, I. M. (1960).—“Treatment of Cancer and allied diseases”. Edit. Paul B. Hoeber, Inc. Medical Division of Harper and Brothers, New York.
- PATTON, M. M.; Mc DONALD, J. R. and MOERSCH, H. J. (1951).—Bronchogenic adenocarcinoma. “J. Thorac. Surg.”, 22: 83.
- PATTON, M. M.; Mc DONALD, J. R. and MOERSCH, H. J. (1951).—Bronchogenic Large-cell. “J. Thorac. Surg.”, 22: 88.
- PAULSON, D. L. y SHAW, R. R. (1960).—Resultados de los procedimientos broncoplásticos para el carcinoma broncogénico. “Anales de Cirugía”, Vol. VII, N° 8, pág. 851.
- PAULSON, D. L.; SHAW, R. R.; KEC, J. L.; MELLANS, J. T. and COLLIER, R. E. (1962).—Combined preoperative irradiation and resection for bronchogenic carcinoma. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 44: 281.
- PAYNE, W. S.; CLAGETT, O. T. and HARRISON, E. G. (1962).—Surgical management of bilateral malignant lesions of the lung. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 43: 279.

- PINHEIRO GUIMARÃES, U. (1960).—“Treatment of miscellaneous malignant tumors of the lung”. Cap. 29, pág. 464 del libro de Paek, G. T. y Ariel, I. M.
- PINEYRO, J. A. (1961).—Adenoma bronquial. “El Tórax”, 4.
- PRICE THOMAS, C. (1960).—Lobectomy with sleeve resection. “Thorax”, 15: 9.
- PRIOR, J. T. and JONES, D. B. (1952).—Minute peripheral pulmonary tumors. “J. Thorac. Surg.”, 23: 224.
- RABIN, C. B.; SELIKOFF, I. J. and KRAMER, R. (1952).—Paracardinal Biopsi in evaluation of operability of carcinoma of the lung. “A. M. A. Arch. Surg.”, 65: 822. [Citado por Hobein (1956) y Nohl (1962).]
- RICALDONI, A. (1918).—Parálisis atrófica radicular inferior del plexo braquial por epiteliomatosa procedente del domo pleural en el curso de un cáncer latente de pulmón. “An. Fac. Med.”, Montevideo, III: 770.
- RIENHOFF, W. F. (1947).—El estado actual en tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón. “Anales de Cirugía”, Vol. 6, N° 5: 551.
- RIENHOFF, W. F. (1960).—“Anterior approach for resecting cancer of the lung”. Cap. 20, pág. 350 del libro de Paek, G. T. y Ariel, I. M.
- RIVERO, C. (1950).—Arritmias cardíacas complicando la cirugía de tórax. “Revista del Servicio de Sanidad Militar”, año 1. N° 1, pág. 27.
- ROUVIERE, H. (1932).—“Anatomie des Lymphatiques de l'homme”. Masson et Cie., Paris.
- SALZER, G. (1951). -Vorschlag einer Einteilung des Bronchus-Karzinoms nach pathologisch-anatomisch-klinischen Gesichtspunkten. “Wien. med. Wschr.”, 101. (Citado por Nohl, 1956-1962).
- SANTAS, A. A. (1956).—Carcinoma bronquiolar de pulmón. “Bol. Soc. de Cir. del Urug.”, T. XXVII, N° 6: 620.
- SCHNIEDRZIK, W. E. (1953).—Intrathoracic irradiation of the hilum after resection for bronchial carcinoma. “J. Thorac. Surg.”, 25: 327.
- SELEY, G. P. (1956).—Discusión del trabajo de Overholt y Bougas.
- SENDEROFF, E. and KIRSCHNER, P. A. (1962).—Massive tumor embolism during pulmonary surgery. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 44: 528.
- SHAW, R. R.; PAULSON, D. L.; KEE, J. L. and LOVETT, V. F. (1961). - Primary pulmonary leiomyosarcoma. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 41: 430.
- SHAW, R. R.; PAULSON, D. L. y KEE, J. L. (1961).—Tratamiento del tumor de surco superior por irradiación seguida por resección “Anales de Cirugía”, Vol. X, N° 2: 106.
- SHEETS, L. M. (1956). - Discusión del trabajo de Overholt y Bougas.
- SHIMKIN, M. B.; CONNELLY, R. R.; MARCUS, S. C. and CUTLER, S. J. (1962).—Pneumectomy and lobectomy in bronchogenic carcinoma. “J. Thorac. and Cardiovas. Surg.”, 44: 503.
- SINGER, L. (1955).—“Langenbeek archiv fur klinische chirurgie”. 280.
- SLEDZIEWSKI, IL (1958).—Citado por Meyer, 1958.

- STELLIN, J. S.; CLARK, R. L.; WHITE, E. C.; SMITH, J. L.; GRIFFIN, A. C.; JESE, R. H. y HEALEY, J. E. (1960).—Quimioterapia regional para el tratamiento del cáncer. "Anales de Cirugía", Vol. VII, Nº 6: 591.
- TABER, R. E. (1961).—Embolia tumoral masiva durante la neumonectomía. "Anales de Cirugía", Vol. X, Nº 3: 181.
- TAIANA, J. A.; BORAGINA, R. C.; PINI, A. E.; SCHEPPATI, E. y ARACAMA ZORRAQUIN, V. A. (1960).—Adenomas bronquiales (tumores de Mueller-Kramer). "Anales de Cirugía", Vol. VIII, Nº 5: 489.
- THOMAS, C. G. y BROWN, B. C. (1960).—Estudios sobre la prevención de la implantación quirúrgica del cáncer. "Anales de Cirugía", Vol. XII, Nº 6: 619.
- TURNBULL, R. B. (1957).—Comunicación personal a Morales (1957) y a Moore (1957).
- WARREN, M. F. and DRINKER, C. K. (citado 1962).—Flow of lymph from lungs of dog. "Amer. J. Physiol.", 136: 207. (Citado por Nohl, 1962.)
- WEINBERG, J. A. (1960).—"Radical pneumonectomy in the treatment of bronchogenic carcinoma". Cap. 19, pág. 333 del libro de Paek, G. T. y Ariel. I. M. (1960).
- WEINBERG, J. A. (1951).—Identification of regional lymph nodes in the treatment of bronchogenic carcinoma. "J. Thorac. Surg.", 22: 517.
- WEINBERG, J. A. (1956).—Discusión del trabajo de Overholt y Bougas.