

“ASPECTOS INTERESSANTES DOS TUMORES DO MEDIASTINO”* TIREÓIDE ABERRANTE — CORIOCARCINOMA PRIMITIVO

pelo Dr. *EGBERTO PENIDO BURNIER* **

A presente monografia tem por fim apresentar dois casos por nós observados e tratados no Instituto Nacional de Câncer, que apresentavam localização e manifestações clínicas muito semelhantes. A anatomia patológica da peça cirúrgica veio demonstrar a nenhuma identidade entre êles. Mais uma vez fica assim demonstrado que, a verdadeira natureza da grande maioria dos tumores mediastínico somente se pode precisar na sala de operações e após o competente exame histopatológico. Portanto, nada de perda de tempo com exames subsidiários, quando temos pela radiografia e a tomo, uma localização perfeita e já ficou excluída a possibilidade de se tratar de um tumor secundário, aneurisma ou linfoma.

Definição: — Denomina-se tumor do mediastino tôda formação, de natureza a mais variada, desenvolvida no mediastino.

Êstes, podem ser divididos em primitivos e secundários.

São primitivos tôdas as neoplasias que nascem de órgãos pré-existentes ou que aí se encontram por inclusão ou má formação. Fazem exceção os tumores ganglionares linfáticos quando se alteram em razão de afecção geral, hoje bem definida,

(do grupo das leucemias e linfomas) ou, quando estão em relação com tumores de outras regiões, (já antes identificados) e que posteriormente infartam os gânglios do mediastino (Ca. da mama, pescoço, testículo, intestinais, gástricos, etc.), quando então são rotulados de secundários.

Os tumores do mediastino podem ainda ser segundo sua natureza, benígnos ou malignos.

Sintomatologia: — Os tumores do mediastino quando pequenos podem ser assintomáticos; via de regra são identificados por ocasião de estudo cadastral de uma comunidade (escola, admissão ao Serviço Público ou Serviço das Forças Armadas). Quando volumosos, apresentam sintomatologia segundo a área topográfica em que se assestam, facilitando desta forma o diagnóstico de localização e até certo ponto o diagnóstico etiológico.

Não vamos aqui voltar ao estudo anatómico de mediastino, apenas recordar que o hilo pulmonar divide o mediastino em quatro porções. Modernamente, em razão do coração ocupar todo o espaço mediastínico anterior e inferior, costuma-se dividi-lo apenas em três: mediastino anterior, pósterosuperior e pósteroinferior.

** Chefe de Cirurgia Torácica do I.N.C. Docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina. Chefe da Organização e Contrôlo do S.N.C.

* Trabalho apresentado à III Jornada de Cancerologia, no Recife — 6-10-63.

A *síndrome do mediastino anterior* é caracterizada principalmente por sintomas de compressão vascular (artéria pulmonar, aorta, veia cava superior e tronco braquicefálico) com edemas e congestões dos membros superiores, face e pescoço, sintomas de compressão tráqueo brônquicos e esofagianos (tosse, dispnéia e disfagia) e sintomas de irritação nervosa (frênico, recorrente) com dôres para o pescoço, soluços e rouquidão.

A *síndrome do mediastino pósterosuperior* é quase tôda dominada por sintomas nervosos e disfágicos. A disfagia pode ser por compressão extrínseca ou depender de tumor do próprio esôfago, o que é mais freqüente. Apresenta ainda dôres profundas, surdas (nervos intercostais) ou dôres do tipo anginoides (plexo cardíaco); tosse, dispnéia e disfagia (lesão do pneumogástrico) e desigualdade pupilar (simpático).

O *mediastino pósteroinferior* em comparação aos demais apresenta uma sintomatologia pobre: ou são sintomas de disfagia, geralmente lesão do próprio esôfago ou os tumores aí localizados permanecem grande tempo sem qualquer sintoma. Quando volumosos podem dar sintomas vasculares (compressão da veia cava inferior com hipertensão porta, ascite e circulação colateral ou sintomas de irritação nervosa, simpática, frênica, etc.).

CASO 1 — F. G. V. — Reg. 51.840 — Data: 5-10-959. 62 anos, branco, casado, brasileiro, agricultor, Natural de João Pessoa — Paraíba.

História: — Há 5 anos passados, dor na fossa supra-clavicular, tendo sido operado nessa data em João Pessoa; tratava-se de lipoma (sic). Daí para cá vem sentindo afrontação, depois aumento progressivo do pescoço; ultimamente, além do aumento do pescoço, edema e vermelhidão da face. Há poucos meses, corneagem e dificuldade na deglutição. Veio ao Rio para tratamento, tendo nos procurado por indicação de pessoa conhecida da Casa de Saúde Santa Maria, no Rio.

Antecedentes: — Refere-se há alguns anos atrás, trauma forte no H. D. Estado geral bom. Indivíduo bem nutrido. Fumante de 30 cigarros diários.

Exame: — Pescoço: apresenta volume exagerado do pescoço com volumosas massas gordurosas das regiões supra-claviculares; edema e volume exagerado da face, com intensa congestão da pele e mucosas. Palpa-se o lobo direito da tireóide. No tórax, salvo, pequena rêde venosa colateral, mais nenhuma alteração digna de registro. Ausência de gânglios cervicais, supra-claviculares, axilares e inguinais.

Internado para esclarecimento de diagnóstico em 9-10-959, trazendo radiografias, que não eram concludentes.

Exame radiológico em 6-10-959: Alargamento do mediastino superior mais à direita, com desvio da traquéia e esôfago para a esquerda. Linfoma?

Cintilograma com I^{131} em 20-10-959: mostrou a tireóide de aspecto e sítio normais.

Exames pré-operatórios sem qualquer anormalidade.

Diagnóstico clínico: — Tumor do mediastino superior. Linfoma? Embrioma?

CASO II — J. A. F. — Reg. 62.168 — Data 21-11-961 — 43 anos, branco, casado, brasileiro, viajante, natural da Guanabara.

História: — Início aproximadamente de 2 meses, com aparecimento de tumefação, não dolorosa na mama esquerda. Aparecimento gradativo de telangiectasias na face anterior do torace, ao mesmo tempo que aumentava a tumefação mamária esquerda. Há uma semana vem se queixando de dispnéa, a princípio somente ao esforço, para logo se apresentar também ao repouso. Cornagem ao dormir. Tem tido temperatura de 37,5 principalmente vespéral. Tosse com expectoração escassa, de côr escura. Pequena dificuldade a deglutição. Procurou um médico que após exame radiológico em duas posições, frente e perfil, com a evidenciação de uma formação tumerosa no mediastino o encaminhou ao S.N.C.

Nega prurido, sudorese noturna ou dores ósteo-articulares. Emagrecimento de 3 Kgs. em 2 meses.

Antecedentes: — Pai falecido de ca. do lábio; mãe viva e sadia. Espôsa tratada de T.P. e curada. Tem dois filhos sadios.

Tifo aos 14 anos. Apendicectomizado aos 15. Nega passado venéreo. Fumante de 40 cigarros ao dia.

Exame: — Estado geral bom. Discreto aumento de volume com congestão da face e do pescoço. No torace, aumento difuso da mama esquerda e circulação colateral tipo cava superior.

Ausência de gânglios cervicais, supraclaviculares, axilares e inguinais.

Genitália: — Testículos normais. Varicocele à esquerda.

Abdome: negativo.

Internado para esclarecimento de diagnóstico em 21-11-961, trazendo radiografias.

Exame radiológicos em 14-11-961: — Massa nodular de contornos nítidos, projetando-se no mediastino anterior. Gânglios hilares à direita, alargando a bifurcação dos brônquios lobares deste lado. Espessamento pleural apical bi-lateral. O aspecto é compatível com timona ou carcinoma periférico com metástases ganglionares.

Exame citológico: — do escarro negativo para neoplasia.

Exames pré-operatórios: — sem qualquer anormalidades.

Diagnósticos — Tumor do mediastino superior. Linfoma? Timona? Embrioma?

COMENTÁRIOS ÀS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS :

1) *Estado geral*: Ambos pacientes o apresentavam conservado; há emagrecimento no caso 2, cerca de 3 kgs. Ambos fumantes.

2) *Idade*: O paciente do caso 1 tinha 62 anos e o do caso 2 apenas 42 anos.

3) *História*: Longa no caso 1 e curta no 2. O primeiro começou com forma-

ção tumoral supra clavicular e o segundo com tumefação da mama esquerda. Quando vieram ao exame ambos apresentavam síndrome de compressão tipo cava superior, com circulação colateral, deslocamento da traqueia e esôfago, coragem e dificuldade à deglutição. Havia em ambos aumento de volume e congestão do pescoço e face.

Com o diagnóstico clínico e radiológico de tumor primitivo do mediastino superior, ambos deram entrada na clínica de tórax do Instituto Nacional de Câncer.

Diagnóstico: Apurada a história do paciente, pode-se com a riqueza da sintomatologia suspeitar não só de que se trate de um tumor do mediastino, como até localizá-lo e identificar pela evolução e aspecto clínico se se trata de um tumor maligno ou benigno e também de que órgão. Mais difícil no entanto, é o saber-se, em certas circunstâncias, a natureza tumoral.

A benignidade ou malignidade de um tumor do mediastino desde logo salta à vista pelo tempo de evolução do processo. Nos benignos a sua história é sempre longa.

Quanto a sua localização, pelo tipo de sintomatologia pode-se desde logo enquadrá-lo num dos espaços mediastínicos antes estudados, conforme a sintomatologia seja mais para o lado das perturbações vasculares ou nervosas, tipo de disfagia ou de alteração para a respiração.

Via de regra, o mediastino anterior é sede dos tumores vascular (aneurismas),

da tireóide, tímicos, embrionários. Já o mediastino posterior é sede dos tumores do esôfago, nervosos, cistos bronco-esofágicos. O mediastino inferior é dominado quase exclusivamente pelos tumores esofágicos e do cárdia, do diafragma e os cistos e tumores embrionários, de origem possivelmente endodérmica.

Mas, hoje não se pode esperar pela evolução dos tumores e conseqüentemente o aparecimento dos sintomas para se diagnosticar qualquer formação mediastinal. Toda alteração, por menor que seja deverá ser esclarecida no menor espaço de tempo.

A técnica radiológica, no momento, é capaz de esclarecer detalhes preciosos, quanto a situação, expansibilidade, relação com os órgãos vizinhos e até certo ponto a natureza do processo. Com as radiografias, de frente e de perfil, já se tem uma muito boa informação, mas nos detalhes de continuidade e relação com os órgãos vizinhos a tomografia é insuperável. Algumas vezes, é mister usar-se a opacidade dos órgãos ôcos próximos (esôfago) para melhor estudarmos a relação entre eles e o tumor. Também os radioisótopos vieram contribuir moderadamente para elucidação de várias categorias de tumores endotorácicos. O emprego do I^{131} veio facilitar o diagnóstico dos bócio mergulhantes, antes confundidos com tumores mediastínicos de outras naturezas.

Quando porém, por todos os meios não fôr possível identificar a verdadeira natureza do processo mediastínico, só existe o recurso da biópsia à céu aberto, a

CASO 1

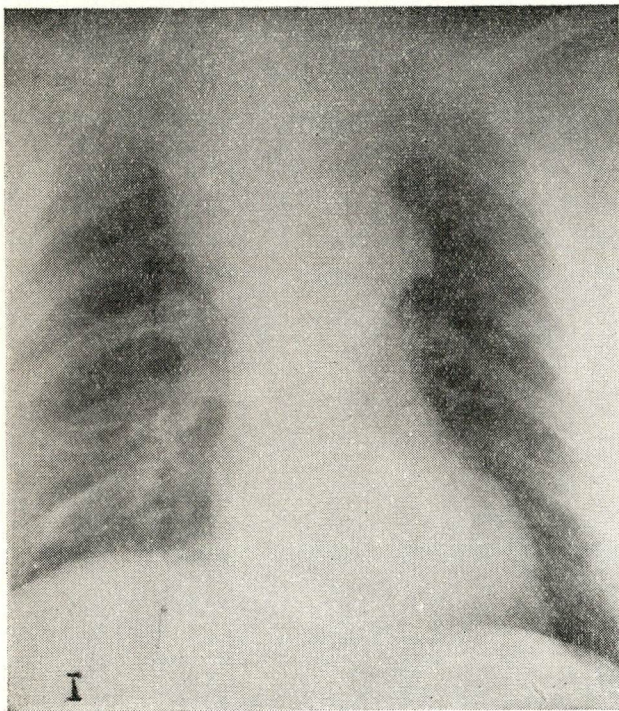


Fig. 1 — Radiografia em P.A. mostrando sombra no mediastino superior, limites precisos, densidade firme, suspeita de Linfoma ou Timoma.

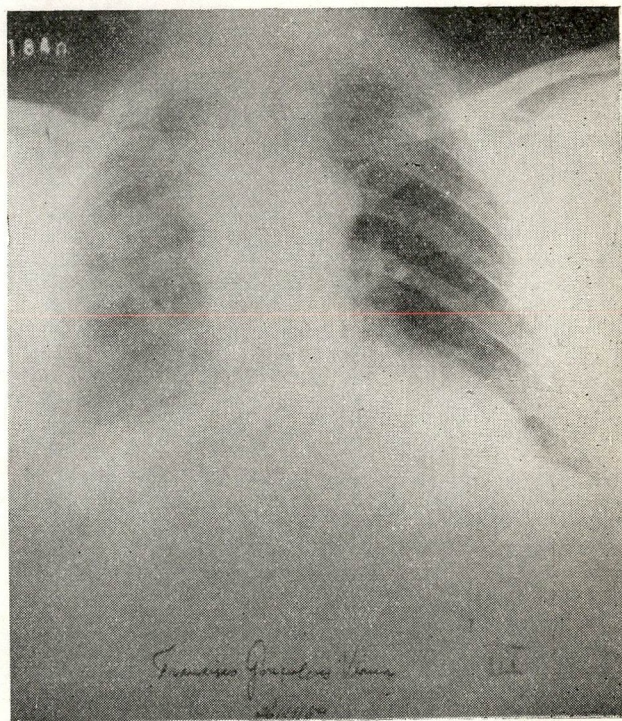


Fig. 3 — Radiografia em P.A. pós-operatória, notando-se certo grau de velamento do hemitórax operado. Nota-se a volta da traquéia ao seu sitio normal.

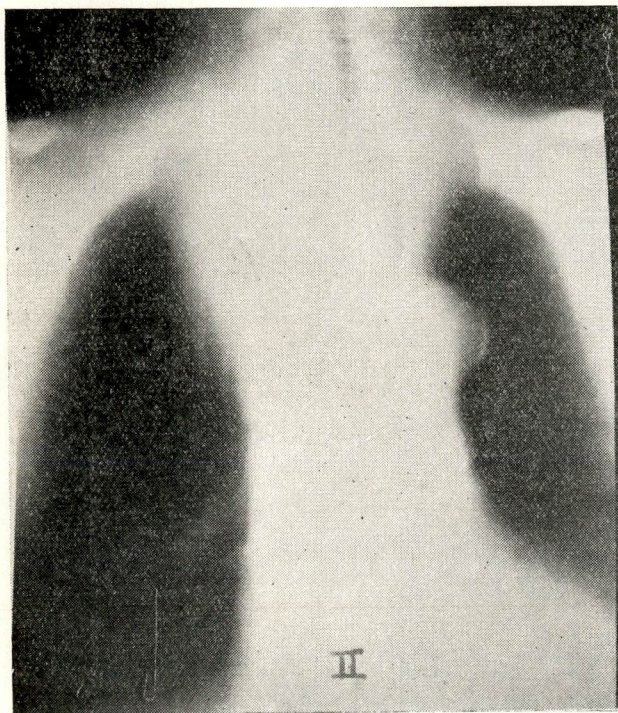


Fig. 2 — Tomografia em P.A. mostrando ser localizada a sombra no mediastino anterior, desviando a traquéia para a esquerda.

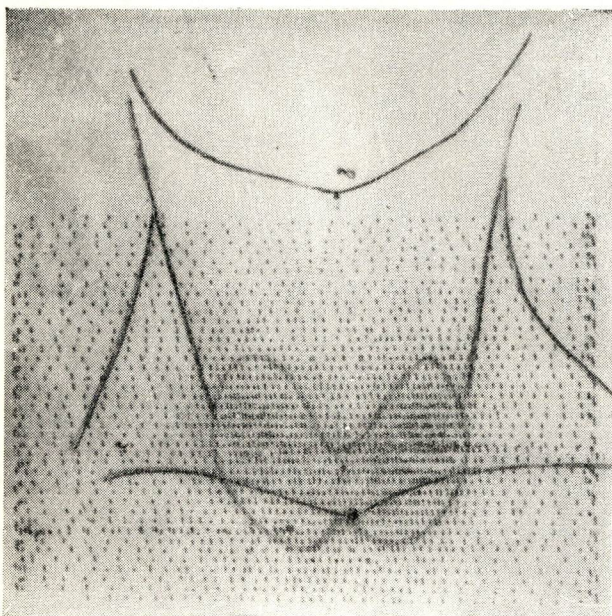


Fig. 4 — Cintilograma do paciente, feito na Clínica de Radioisótopos do I.N.C. — Nota-se a perfeita localização e aspecto normal da tireóide, nada se observando na parte superior do tórax. — O cintilograma é praticado com o Iodo radioativo (I 131).

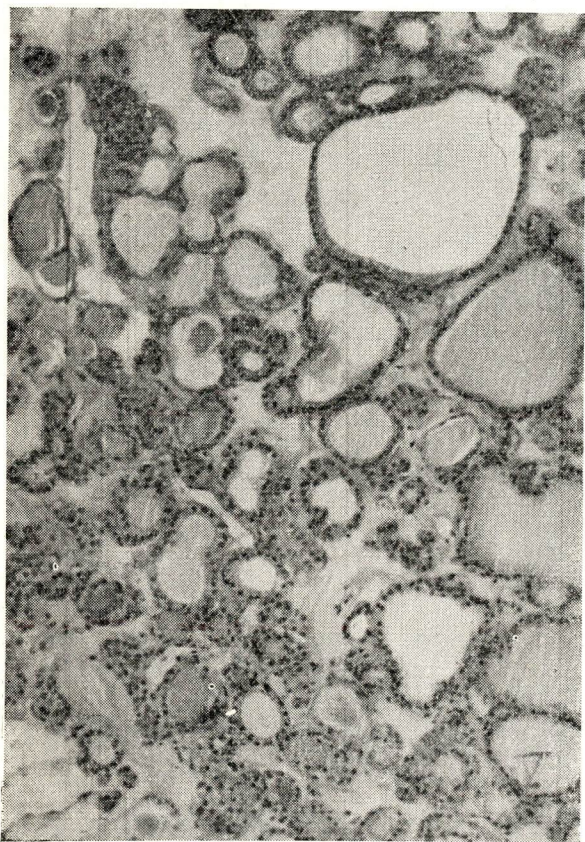


Fig. 5 — Aspecto microscopio do P.C. reproduzindo o da tireóide adenomatosa.

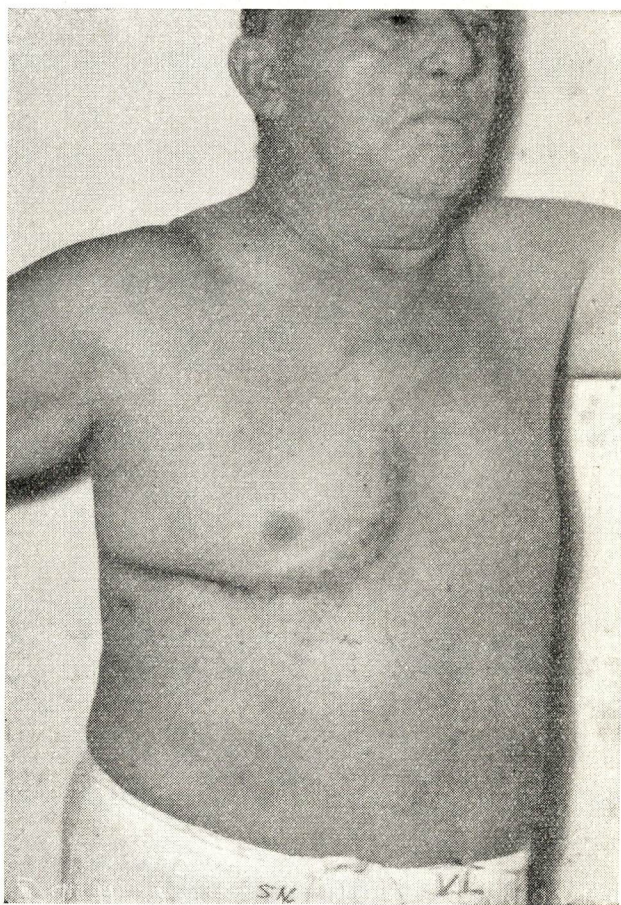


Fig. 6 — Foto do paciente, após cirurgia, mostrando a cicatriz da Toracotomia anterior direita.

toracotomia exploradora com biópsia per-operatória, isto é, o exame anatomo-patológico, de um fragmento de tumor retirado no momento da toracotomia.

A punção biópsia, per-cutânea, já foi ensaiada por nós, mas os riscos a que se expõe o paciente, não só de complicações imediatas (pneumotorax) como contaminação pleural de um processo infeccioso ou blastomatoso, nos fizeram relegar à 2.º plano tal proceder.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NOS CASOS 1 E 2:

O caso 1, pela história longa, desde logo poder-se-ia rotulá-lo como de provável etiologia benigna. Até certo ponto era possível afastar a hipótese inicial de que se tratasse de um linfoma (linfo, retículo sarcoma ou molestia de Hodgkin). Igualmente à luz do cintilograma, evidenciando uma tireóide de volume e situação normais, excluía-se a possibilidade de bócio retro-esternal. Ficava assim, apenas um aneurisma ou um teratoma, em pauta. Pelas radiografias e o estudo radioscópico, eliminou-se a possibilidade de aneurisma, tendo permanecido então o diagnóstico provável de teratoma.

Já o caso 2, pela sua história, desde o início havia suspeita de que se tratasse de um tumor maligno (história curta, de 2 meses), emagrecimento, temperatura. Pela temperatura, não se podia afastar em definitivo a hipótese de linfoma mediastínico inicial; a falta de gânglios nos territórios habituais, nos

impedia por uma biópsia, esclarecer. A presença de gânglios alargando os brônquios lobares D. faziam pensar em ca. pulmonar periférico, com metástase hilar secundária, mas o tumor do mediastino anterior contrariava esse modo de pensar. O aneurisma não foi nunca suspeita nossa. O mais provável e que mais se ajustava ao caso era a hipótese de um teratoma degenerado, ou mesmo um timoma maligno (apezar de ser mais encontrado em indivíduos de menor idade). Mas, como explicar a tumefação da mesma esquerda, sintoma primeiro a ser observado pelo paciente? Seria apenas uma coincidência ou ele teria um significado especial com relação ao tipo de tumor? Por isso, fizemos um detido exame dos órgãos genitais, sem mais nada termos encontrados que a justificasse.

Assim, ambos casos foram preparados e operados, sem um diagnóstico etiológico firmado; como veremos adiante, era mesmo quase impossível firmar-se com segurança um diagnóstico pré-operatório.

TRATAMENTO E RESULTADO DOS CASOS:

Caso 1:

Operado em 6-11-959. Sofreu toracotomia exploradora anterior direita, tendo-se entrado no 4.º espaço intercostal por incisão arciforme e seccionando-se as 3.as e 4.as cartilagens condro-externais. Encontramos um tumor ovóide, liso, de aproximadamente 8×4 cms, colocado entre a traquéia e o esôfago (os empurrando para a esquerda) e o tronco bráquio cefálico para frente, estando o seu

pólo inferior roçando e algo para traz da crossa da aorta. Por dissociação romba, leve e cuidadosa, conseguiu-se a exérese tumoral, numa só peça.

Drenagem, com aspiração contínua do mediastino anterior.

Post-operatório: sem anormalidades. Retirada do dreno no 4.º dia. Mobilização ativa no leito e tosse provocada. Levantar no 3.º dia. Radiografias de controle nas 24 e 72 horas, mostrando boa expansão pulmonar. Retirada dos pontos nos 8.º e 9.º dias.

Histopatologia: Adenoma tireoideano em tireóide aberrante (forma mediastínica), não funcionante.

Alta curado em 18-11-1959.

Seqüência: Paciente com boa saúde, sendo controlado periodicamente por carta e pessoalmente em João Pessoa.

Caso 2:

Operado em 28-11-1961. *Sofreu toracotomia exploradora ao nível do 5.º espaço intercostal direito.* Encontrado um tumor arredondado, limites nítidos, de volume aproximado de 6 × 6 cms, no lado direito do mediastino anterior prolongando-se para o seu lado esquerdo, entre o tronco bráquio-cefálico para traz, a traquéia para frente. Foi tentada, sem êxito a sua dissecação completa, devido a proximidade dos vasos da base cardíaca. Considerado: F.P.T. (fora de possibilidade para a cirurgia), foi removida a porção já dissecada do lado direito, para

o competente exame anatomo-patológico. Drenagem aspiradora.

Post-operatório: Sem incidentes. Retirada do dreno no 4.º dia, tendo-se controlado a expansão pulmonar por radiografias nas 24 e 72 horas. Retirada dos pontos no 9.º dia.

Histopatologia: Cariocarcinoma do mediastino. Aconselhável exame metuculoso dos testículos.

Alta sob vigilância: No dia 7-11-1961, devendo voltar no próximo dia 11, para radioterapia.

Seqüência: No dia 11, foi estudada a possibilidade de se fazer a quimioterapia pelo "Metrotexate", específico do tipo histológico do tumor coriocarcinoma. Enquanto aguardava as providências para a sua execução, foi iniciada a Radioterapia no dia 19-12-1961, em 4 campos, 2 anteriores e 2 posteriores, diariamente, num total de 4.080 r. até o dia 12-1-1962 (16 dias de tratamento).

O paciente não respondeu bem ao tratamento complementar, tendo voltado à controle pela última vez em 15-1-1962, em precárias condições: dispnéia, dor torácica muito intensa; intolerância gástrica. Apresentava nessa ocasião disseminação neoplásica sub-cutânea. Foi proposta re-internação (para estudo pela autópsia do caso) que foi recusada pelo paciente.

Óbito em 2-2-1962.

CASO 2

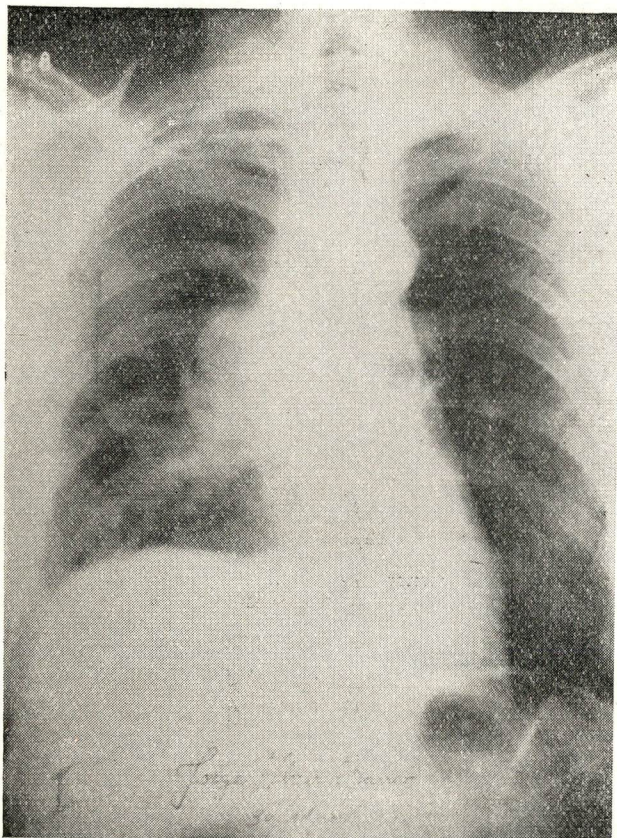


Fig. 1 — Radiografia mostrando sombra no mediastino anterior e superior, limites precisos, à direita da imagem cardíaca.
Linfoma? Embrioma?

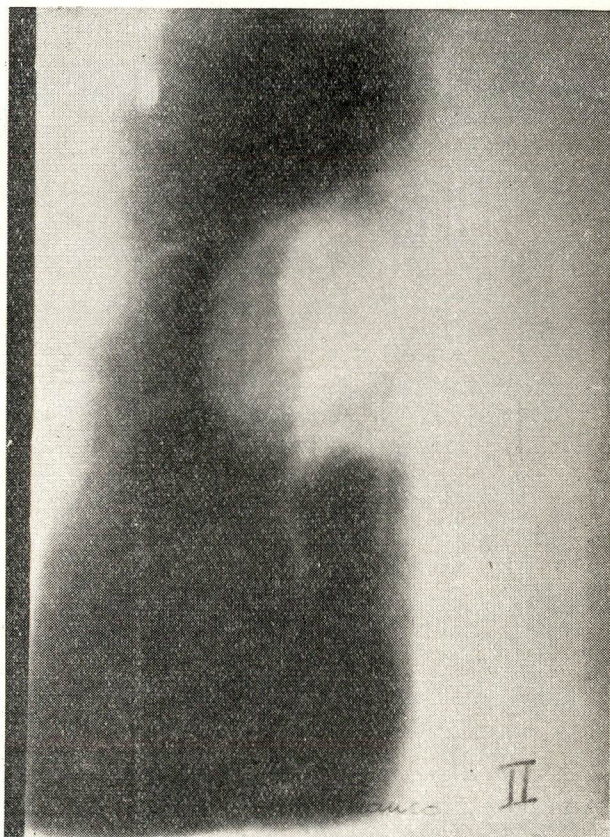


Fig. 2 — Tomografia confirmando o aspecto radiológico anterior, de massa condensada no mediastino anterior, compatível com Timoma ou Ca. pulmonar periférico com metástase inter-brônquica.

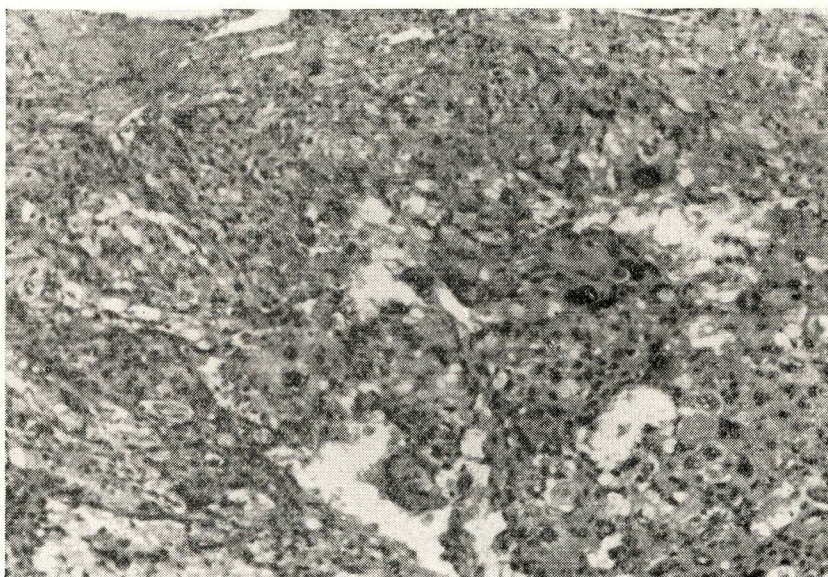


Fig. 3 -- Microfotografia, mostrando o aspecto geral do tumor. — Notam-se células volumosas, ou massas protoplásmicas com vários núcleos. — Disposição geral em colunas.

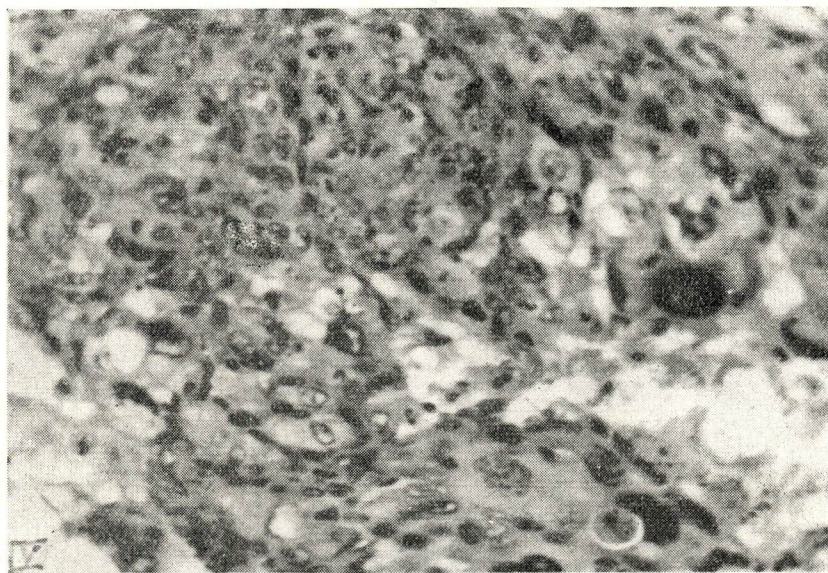


Fig. 4 — Microfotografia com maior aumento, mostrando a massa do protoplasma celular, com vários núcleos e as células de Langhans, ricas em glicogênio o que dá o característico do Corio-carcinoma.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS CASOS APRESENTADOS, AGORA À LUZ DOS RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS:

A — TIREÓIDE ABERRANTE :

Como viram, quando da discussão do diagnóstico diferencial, havíamos pelo cintilograma afastada a hipótese de bócio retro-esternal, por têmos encontrado uma tireóide de situação e tamanho normais. Não nos passou entretanto, cogitarmos de um caso de tireóide adenomatosa aberrante. E nêle também não pensamos porque, quando da tomada do cintilograma, o técnico passou com o contador sobre a parte superior do tórax e não obteve qualquer indicação de radiosensibilidade nesse sítio. Daí, constar no laudo anatomopatológico a palavra “não funcionante”.

Além do mais, se não se pode dizer que as tireóides aberrantes são raras, porque conhece-se em clínica inúmeras citações delas, em todos os livros clássicos, por outro lado, as tireóides aberrantes do mediastino são muito pouco frequentes. Correspondem às tireóides acessórias descritas por Woelfler, localizadas como a do nosso caso, um pouco acima do arco aórtico, completamente independente da tireóide normal, chamadas por Testut de “glândula supra-aórtica de Woelfler”.

Das localizações mais encontradas, em clínica, estão as chamadas tireóides acessórias ao longo da face anterior do

faringe, podendo aparecer até sub-lingual. O mais das vezes não são mais do que a fragmentação da pirâmida de Lalouette. Elas sempre seguem o trajeto do cordão tireo-glosso.

É preciso não confundir bócio retro-esternal, com bócio aberrante intra-torácico, mediastínico. Nos primeiros, a glândula desenvolvida se faz a custa da parte inferior dos lobos e cresce então para baixo, penetrando o estreito superior do tórax; nos segundos a glândula tireóide pode estar transtornada, mas habitualmente encontra-se normal quanto ao tamanho e situação, desenvolvendo-se apenas a tireóide aberrante, completamente distinta da glândula, nem mesmo mantendo relação de vascularização, com foi o caso apresentado.

B — CORIOCARCINOMA DO SEXO MASCULINO :

Muitas monografias têm vindo à lume e várias são as interpretações que se tem dado aos tumores coriomatoses do homem. Foi em 1868, que pela primeira vez Waldeyer comparou as massas polipóides de um teratoma testicular com as da mola hidatiforme. Em 1878, Breus descreveu um caso típico, em que os brotos cresciam através as veias, partindo do testículo, até ao coração. Seguem-se os casos de Malassez e Monod, Carnot e Marie (da Escola francesa), sempre mostrando a identidade de evolução e aspecto microscópico com a mola hidatiforme. Em 1902, Schlagenhauer, Wlassow e

Steiner insistiam na semelhança destes tumores originários do testículo, com as do corioma uterino; demonstrando:

- a) que as massas sinciciais provinham mesmo do tumor do testículo;
- b) identificaram as células de Langhans (características dos coriomas), contendo glicogênio;
- c) mostraram o mesmo caráter hemorrágico das metástases.

Vieram depois publicações de coriomas testiculares, com hipertrofia mamária, reproduzindo assim a gestação espúria do homem.

Histogenese: têm-se invocado para explicar o aparecimento destes tumores do homem várias teorias:

- a) teoria da inclusão embrionária;
- b) teoria do deslocamento da célula sexual;
- c) teoria partenogênica etc.

O fato é que, a origem principal dos teratomas é provavelmente a célula sexual aberrante porque só assim se explica a predileção destes tumores pelas glândulas sexuais. Os estudos das várias fases do embrião, demonstram que em todo o comprimento do endoderma embrioná-

rio, existem células sexuais deslocadas. Sejam elas células sexuais ou apenas multipotentes (blastômero), o fato é que, através das mesmas é que partem o desenvolvimento dos brotos na formação dos diversos tecidos, normais ou patológicos. Assim, se explicam muitos dos teratomas encontrados nas cavidades abdominais e torácicas, apesar de que a maioria dos autores e entre eles Ewing, acham que a maioria deles não passam de metástases de microscópicos tumores dos ovários e dos testículos. Harvey, tem procurado demonstrar a origem partenogênica dos tumores cariomatosos extragenitais.

No caso por nós observado, não tivemos a felicidade de estudar microscópicamente o testículo do paciente (o óbito deu-se na residência, tendo o paciente negado a re-internar-se), único meio para afirmarmos a não existência de tumor diminuto testicular. Vimos que os genitais do nosso caso foram examinados cuidadosamente a fim de se verificar da existência de alguma alteração. Mas, no caso, somente a clínica é insuficiente para dirimir dúvidas, principalmente da importância e responsabilidade destas. Assim, seria mais correto ficarmos com o diagnóstico final de: "Neoplasia maligna intensamente hemorrágica. Trata-se provavelmente de forma teratocarcinomatosa de teratoma".

CONCLUSÕES

- 1) Somente a biópsia per-operatória é capaz de identificar a verdadeira natureza dos tumores mediastínicos.
- 2) Deixar de lado certas filigranas do pré-operatório e levar o paciente à mesa de cirurgia, enquanto está conservado o estado geral.
- 3) Os tumores malignos do mediastino, são ainda de muito mal prognóstico, apesar do avanço da cirurgia (antibióticos e anestesia com hiperpressão), das técnicas de irradiação e do auxílio da quimioterapia.

RESUMO

O A. apresenta 2 casos de tumores do mediastino, de mesma localização, aspecto radiológico e sintomatologia semelhante. A anatomia patológica e o prognóstico completamente diversos. Um de coriocarcinoma primitivo do mediastino (tipo histológico bastante raro) e outro, um bócio aberrante, sem qualquer ligação com a tireóide, normalmente localizada. Faz um estudo sobre os cariocarcinomas, principalmente no sexo masculino.

SUMMARY

Two cases of tumors of the mediastinum are reported by the author. Symptoms and radiological findings were similar while pathology and prognosis were entirely different.

One was a primary choriocarcinoma of the mediastinum (a very rare tumor) and the other was a plungent goiter with no direct connection with the thyroid which was normally situated.

A study of choriocarcinomas especially in the male sex was made.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - L. RAMON. - Lições de clínica médica prática. Tomo 3 pg. 249. 1938.
- 2 - JOHNSON, R. W., SAHA N. C. - The so. called lateral aberrant thyroid. *But. Med. J.* 5293: 1668-9 16 Jun 62
- 3 - ISHIL, M.; YANAY. - Studies on lateral aberrant thyroid. *Clin. Surg. (Tokyo)* 17: 139-40 20 Feb. 62
- 4 - LE ROUX, B. T.; - Cysts and Tumors of the Mediastinum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 115: 695-703 Dec. 62
- 5 - PAVLOV, K. A. - Possibilities of angiography in the diagnosis of benign tumors and cysts of the mediastinum. *Vop. Dukol.* 6 (2): 44,9 1960
- 6 - LEGGERIA, DI PAOLA M., STIPA V. - Bronchogenic cysts of the mediastinum. Consideration apropos of 6 surgically treated cases. *Arch. Chir. Toraxe* 18: 659-94 Oct., Dec. 1961
- 7 - EWING, J. - *Oncologia*, 660: 675; 899: 917; 1090: 1098; 1111: 1116 1948
- 8 - SAMARÃO, BRANDÃO, J.; PENIDO BURNIER, E. M. - *Histofisologia*, 89: 9L 1936
- 9 - TESTUT, L.; LATARJET, A. - *Anatomia Humana Tomo III* pag. 1046: 1072
- 10 - LENORMANT, Ch. - *Pathologie Chirurgicale Tome III* pag. 245: 299
- 11 - DEL REGATO, J.A.; ACKERMAN, L.V. - 457: 97, 735: 58. *Cancer.* 1951
- 12 - FRANTZ, V. K.; FORSYTHE, R.; HANFORD; J. M.; E ROGERS W. M. - Lateral Aberrant Thyroids, *Ann. Surg.* 115-161-183, 1942
- 13 - KING, W. L. M. e PEMBERTON, J. de J. - So-Called Lateral Aberrant Thyroid Tumors. *Surg. Gynec. e Obst.* 74: 991-1001, 1942
- 14 - MAYO, C. W.; e SCHILICKE, C. P. - Exogenous Tumors of the Thyroid Gland, *Am. J. Path.* 17: 283-288 1941
- 15 - POTTER, E. L. - Teratoma of the Thyroid Gland, *Arch. Path.* 25: 689-693, 1938
- 16 - BLADES, BRYAN. - Relative Frequency and Site of Predilection of Intrathoracic Tumors, *Am. J. Surg.* 54: 139-148 1941
- 17 - BLADES, BRYAN. - Mediastinal Tumors. *Ann. Sug.* 123: 749-765 1946
- 18 - FABRICIUS, BRYAN. - The value of kymography for the Differential Diagnosis Between Aneurysm of the Aorta and Mediastinal Tumor, *Acta radiol.* 26: 89-98, 1945
- 19 - HAAGENSEN, C. D. - Differential Diagnosis of Primary Neoplasms of the Mediastinum, *Am. J. Cancer* 16: 723-782 1932
- 20 - HARRINGTON, S. W. - Surgical Treatment in Eleven Cases of Mediastinal and Intrathoracic Teratomas, *J. Thoracic Surg.* 3: 50-72 1933
- 21 - HARRINGTON, S. W. - Surgical Treatment in Sixteen Cases of mediastinal Teratoid Tumors; One Complete Report of a case, *J. Thoracic Surg.* 7: 191-205 1937
- 22 - HEUER, GEORGE J.; E ANDRUS; WILLIAM DE WITT. - The Surgery of Mediastinal Tumors, *Am. J. Surg.* 50: 146-224 1940
- 23 - ADAMS, J. E. -- A Study of Malignant Testicular Tumors Including Case Reports of Chorion-epithelioma Accompanied by Hypertension and Teratoma Testis with Single Tridermal Metástases,, *J. Urol.* 47: 491-507 1942
- 24 - BARRINGER, B. S.; e EARL, R. - Teratoma Testis: Survey on Thirty-seven Autopsy Records, *Surg. Gynec. & Obst.* 72: 591-600 1941
- 25 - BARRINGER, B. S. - Prognosis in Teratoma Testis, *J. Urol*, 52: 578-585 1944
- 26 - BRUNSCHWIG, A. e FOX, J. - Correlation of Roentgen Ray Dosage an Necropsy Findigs in Case of Retroperitoneal and Mediastinal Metástasis from Embryonal Carcinoma of Testis: Death from Ganfrene of Colon, Result of Irradiation Therapy, *Ann, Surg.* 105: 265-269 1937
- 27 - DEAN, A. J. Jr. - Teratoid Tumors of the Testis *J. A. M. A.* - 105: 1965-1971 1935
- 28 - FERGUSON, R. S. - Studien in the Diagnosis, and Treatment of Teratoma Testis, *Am. J. Roentgenol.* 31: 356-365 1934
- 29 - Laquer, G. L. - Testicular Tumors and Gonadotropic Hormones, *Stanford Med. Bull.* 4: 67-77 1946