

COMENTARIOS.

Se trata de un síndrome muy peculiar; no hemos visto descrito nada similar; de arranque evidentemente constitucional, pues era la menor de nueve hijos, de los cuales dos fueron abortos y los otros seis murieron a edad similar y según parece de un cuadro parecido. Una etiología sífilítica y otras infecciones pudieron ser eliminadas, así como la incompatibilidad de sangres. El síndrome está integrado por estos tres elementos:

1. La *esteatosis*.—Se produjo un aumento fenomenal de depósito graso subcutáneo, incluso en regiones como los párpados, donde no suele hacerse, de tal intensidad, que parecía tratarse de un anasarca. Simultáneamente se produjo también el depósito de grasa en el hígado, que alcanza una gran intensidad, sin afectarse la función hepática.

2. La *anemia*.—Una anemia hipocrómica con normoblastos, no hemolítica ni ferropénica; sin alteraciones displásticas en la médula ósea, sin afectación de las otras series y sin lesiones o distrofias óseas.

3. La *cardiomegalia*.—Un corazón grande sin lesiones valvulares, simplemente hipertrófico, con alteraciones en el EKG, sin adiposis ni glucogenosis.

En un intento de interpretación de los hechos puede sugerirse que se trate de un defecto metabólico congénito, en virtud del cual haya una sobreformación de grasa que no se utiliza y se deposita en los sitios habituales de la grasa sobrante. La hipocolesterinemia podría ser un signo asociado a ese trastorno metabólico; acaso existiera un defecto de síntesis de la colesterolina y eso se tradujera en una inmovilización de la grasa. Sobreformación de grasa y lipoestasis son en este caso dos fenómenos fundamentales que no vemos otro modo de explicar que por algún defecto fermentativo congénito y familiar. La anemia podría derivar del mismo defecto afectando la función de la médula ósea, y en cuanto a la cardiomegalia, puede compararse a la del Gierke y a otras hipertrofias cardíacas congénitas, displásticas, cuyo origen posiblemente metabólico es también oscuro.

El estado de la niña, su edad, etc., no permitieron más investigaciones, y aunque reconocemos que la explicación patogénica es poco clara, nos parece interesante dar a conocer este caso excepcional con vistas a posibles observaciones, por otros, de algún caso similar.

RESUMEN.

Se comunica el caso de una niña de once meses que murió con un cuadro de intensa y difusa adiposis que le daba el aspecto de una nefrosis con grandes edemas, siendo el aparente edema depósito de grasa; además, tenía una gran esteatosis hepática. La sobreformación de grasa con depósito de la misma, hipocolesterinemia,

anemia hipocrómica normoblástica y cardiomegalia, integraron el síndrome. Todos sus hermanos murieron a edad semejante.

Se sugiere que puede tratarse de un error enzimático congénito con sobreformación, y no utilización, de grasa.

TUMOR GIGANTE PARANEFRITICO

C. YOUNGER, E. CHACÓN y J. RODIL.

Madrid.

Presentamos la historia clínica, y el tratamiento seguido en este caso, de tumor paranefrítico, visto por nosotros en el Sanatorio Antituberculoso de El Escorial, del que es director el doctor NAVARRO GUTIÉRREZ.

HISTORIA CLÍNICA.

P. D. G. Edad, treinta y cuatro años. Soltero. Profesión, peón caminero. Natural de Carboneros Mayor (Segovia). Domicilio: En la actualidad, en el Sanatorio Antituberculoso de El Escorial.

Antecedentes personales.—Tuberculosis pulmonar, en la actualidad en tratamiento. Sin más antecedentes.

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace aproximadamente ocho años notó la aparición sobre su hipocondrio izquierdo de una tumoración, que por entonces era del tamaño aproximado al de una "naranja", sin ninguna molestia local ni general.

El enfermo cuenta que lentamente, y en el transcurso de tres o cuatro años, aquello crecía, sin que tampoco le preocupara, ya que no le molestaba ni evitaba el que hiciera su vida ordinaria de trabajo.

Pasaron tres años más y es cuando comienza a sentir un gran estreñimiento y cierta dificultad en sus digestiones, por lo que consulta y es tratado médicamente, diciéndose a sus familiares que se trataba de un cáncer con la imposibilidad total de extirpación, dado ya el volumen que presentaba.

Es ingresado en el Sanatorio Antituberculoso de El Escorial para ser tratado de su enfermedad pulmonar y es en dicho Centro, y por indicación del doctor NAVARRO GUTIÉRREZ, donde tuvimos la ocasión de explorarle y tratarle.

Exploración.—Se trataba de un enfermo de buena constitución. Ligera palidez de piel y mucosas, pero con buen estado de nutrición.

El enfermo nos cuenta que desde hace seis meses nota que su pierna izquierda se le hincha y que se le enfía en comparación con la derecha. Al mismo tiempo su tumoración abdominal, que había crecido enormemente, le producía un dolor en fosa lumbar izquierda que a veces se le irradiaba hacia el testículo.

El estreñimiento se le hacía insoportable, ya que inclusive con laxantes y enemas no conseguía obrar más que con grandes dificultades. Padecía eructos constantes y sus digestiones eran muy lentas. Ligera "disnea de esfuerzo".

Aparato urinario.—Orina cada cuatro horas sin ninguna dificultad; por la noche, una vez. No hematurias ni ningún otro síntoma urinario.

Orina: Clara y transparente. Genitales: Normales, aunque se apreciaba un ligero "edema escrotal". Tacto rectal: Próstata pequeña sin ninguna alteración patológica.

Por inspección ya se descubría la enorme deformación lateral izquierda de su abdomen, que se extendía desde el hipocondrio izquierdo hasta la fosa iliaca del mismo lado. Se apreciaba una circulación colateral bastante marcada.

Por palpación pudimos comprobar la existencia de una enorme "masa tumoral", mayor que un "melón grande", de superficie lisa, indolora e inmóvil en sentido vertical, aunque ligeramente desplazable en sentido transversal. Manifiesto contacto lumbar. Los límites quedaban imprecisos, ya que por arriba quedaba cubierta por la arcada costal y por abajo, aunque su forma se hacía un poco piriforme, sobrepasaba la fosa iliaca y se perdía en esta región. Por su borde interno sobrepasaba la línea media en dos o tres traveses de dedo.

La percusión era mate, seguramente por el desplazamiento sufrido por el colon descendente.

Lo que resultaba evidente, pudiéndose comprobar durante el acto quirúrgico, era la existencia de la clásica

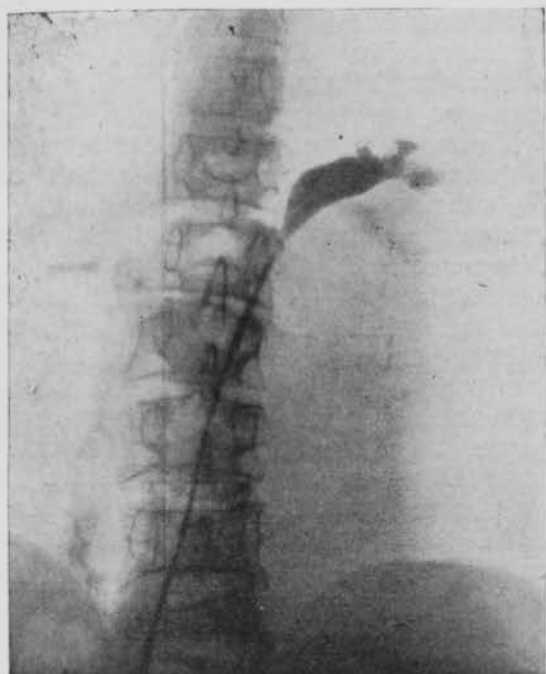


Fig. 1.

"oleada ascítica", muy frecuente en estos voluminosos tumores, producida mecánicamente al ser comprimidos los grandes vasos.

El edema existente en la pierna izquierda también podría ser debido a la compresión ejercida por la voluminosa tumoración sobre la circulación de retorno.

Como detalle curioso queremos hacer resaltar que el enfermo se quejaba muy a menudo de una frialdad de su pierna izquierda, con mayor sudoración y cierta sensación dolorosa.

Al principio lo interpretamos como trastornos circulatorios compresivos, pero más tarde, al revisar la literatura, hemos encontrado como típico de tumores retroperitoneales el llamado *signo de Hess*, es decir, "esa diferencia de temperatura de las extremidades", debiéndose, según este autor, a la compresión del simpático lumbar con aumento de los reflejos pilomotores y de la sudoración. Según KOHLMAYER, los trastornos del simpático serían muy tardíos y no aparecen hasta que la tumoración adquiere un gran volumen.

Exploración radiográfica.—Aunque dicha exploración no fué efectuada con una depurada técnica radiológica, urinaria, pues como es lógico son las radiografías de tórax las que en dicho Centro se utilizan constantemente, pudimos sacar las suficientes conclusiones que nos llevaron al diagnóstico definitivo.

R. S.—Negativa. No se aprecian imágenes calcúlosas. Columna dorsolumbar sin alteraciones patológicas.

Urografía intravenosa.—Los dos clichés, efectuados a los siete y a los quince minutos, demuestran una buena eliminación por ambos riñones. La vejiga no la apreciamos por estar cortada la placa.

R. D.—No podemos apreciar detalles estructurales dada la deficiencia de estos clichés.

R. I.—Sin que podamos tampoco apreciar detalles fi-



Fig. 2.

nos, nos llama la atención el rechazamiento hacia arriba que sufre dicho riñón, el cual aparece como "comprimido", sin apreciar la orientación normal que siguen los cálices.

Ante este hallazgo efectuamos una *pielografía ascendente del R. I.* (fig. 1), la cual demuestra el desplazamiento sufrido por el riñón, el cual se hace horizontal, con los cálices superpuestos. El uréter sufre un despla-



Fig. 3.

zamiento hacia la línea media, rebasando a ésta a nivel del promontorio, y superponiéndose con la articulación sacroiliaca derecha. Los tumores intraperitoneales no pueden llegar a producir semejante desplazamiento del uréter más que excepcionalmente, cuando adquieren un gran volumen.

Para descartar la posibilidad del origen intraperitoneal de esta tumoración se practicó una exploración radiológica intestinal: enema opaco (figs. 2 y 3). Observamos el enorme desplazamiento sufrido por el colon des-

cedente, el transverso y el sigma, sacándose la conclusión de que se trataba de una masa tumoral extrínseca al tramo intestinal, pero produciendo trastornos en él (eructos, estreñimiento pertinaz, malas digestiones, etcétera, etc.) por la compresión ejercida por dicha neoformación.

La conclusión diagnóstica a la que llegábamos por las exploraciones precedentes eran las siguientes:

1. Que se trataba de una voluminosa masa extraperitoneal que comprimía y desplazaba a los órganos vecinos (colon, riñón, uréter, etcétera) produciendo síntomas a distancia, consecuencia de dicha compresión (edema de pierna, sudoración en dicha extremidad, estreñimiento, disnea de esfuerzo, etc.).

2. La ausencia total de síntomas urinarios eliminaba los tumores renales propiamente dichos, los quistes, las hidronefrosis, los riñones poliquísticos, etc., etc., además de que todos ellos tienen unos signos radiológicos (pielográficos) característicos.

3. La evolución lenta (diez años), con crecimiento muy lento, sin alteraciones marcadas del estado general, dándose cuenta el enfermo de que su vientre "crecía" más de un lado, hablaba a favor de la naturaleza benigna de la tumoración, aunque no tan benigna por los graves trastornos que producía su compresión sobre los órganos inmediatos.

4. Las esplenomegalias tienen una tendencia a desarrollarse hacia abajo y hacia afuera y no tienen contacto lumbar.

Los quistes pancreáticos son muy raros y están situados en el epigastrio con signos radiológicos muy particulares.

Los quistes del mesenterio son muy móviles, a veces acompañados de síntomas de oclusión parcial, etc.

Por otra parte, la patología aguda de los abscesos perinefríticos, hematoma perirrenal, etcétera, quedaban eliminados por las alteraciones que producen sobre el estado general, por su carácter agudo y por su evolución.

5. Nuestro caso encuadraba perfectamente en aquella descripción clásica que de los tumores paranefríticos hizo LECENE: "Tumor abdominal de crecimiento lento, pero progresivo, indoloro, no provocando durante mucho tiempo alteraciones del estado general, de consistencia blanda o dura, con contacto lumbar, de localización retroperitoneal por sus relaciones con el intestino, no determinando ninguna sintomatología urinaria, y descubiertos generalmente por su volumen o cuando provocan trastornos mecánicos sobre órganos vecinos."

6. La exploración radiográfica (urográfica y pielográfica) evidenciaba las relaciones inmediatas de la tumoración con el riñón y sus vías excretoras (desplazamiento, distorsión), pero no debidas a una masa intrínseca al parénquima renal (ausencia de "fallas", amputaciones de cálices), sino a una neoformación extrínseca que comprimía a los cálices y aplastaba a la pelvis,

desplazando a su vez al uréter hacia la línea media.

7. Ante estas deducciones llegamos a la conclusión preoperatoria de que se trataba de un voluminoso tumor retroperitoneal paranefrítico con manifiestos signos de compresión y que, aunque con su evolución benigna, provocaría seguramente el final del enfermo por los fenómenos de compresión (oclusión intestinal, etc.), o bien por la muy posible transformación maligna, razones por las cuales la exéresis estaba perfectamente aconsejada, siempre y cuando las relaciones de dicha masa con el propio riñón y con los órganos vecinos no fueran lo suficientemente íntimas como para tener que renunciar a continuar la intervención.

No se nos pasaban por alto las enormes dificultades técnicas de esta clase de cirugía, y sobre las cuales insisten todos los autores (HUPP, LECENE, FRANCK, DONELLI FEY, etc., etc.), y constituidas por los mesos intestinales, la aorta, cava, ilíacas, diafragma, pleura, etc., siendo paralelas estas dificultades al volumen de la tumoración, adherencias y a la imposibilidad de encontrar un plano de "clivage" que, por otra parte, siempre existe.

La mortalidad operatoria en todas las estadísticas siempre ha sido muy elevada, a pesar de todos los recursos técnicos que se quieran emplear, ya que se trata de intervenciones de gran duración, de grandes pérdidas hemorrágicas y por lo tanto muy shockantes. LECENE da una mortalidad de un 40 por 100. En 1938, FRANCK habla de un 18 por 100 (107 casos), y en 1947 DONELLI, en 95 casos tratados, tiene una mortalidad de 19,7 por 100.

LA INTERVENCIÓN.

Diciembre de 1957. Sanatorio Antituberculoso de El Escorial (director, doctor NAVARRO GUTIÉRREZ). Anestesia general, doctor BOUZÓN; (jefe del Servicio, doctor ELIO): Eter-pentotal-oxígeno. Transfusión, doctor L. BRAVO (jefe del Servicio, doctor ROS).

Lumbotomía muy amplia con resección de la 11 y 12 costillas. Esta incisión es prolongada horizontalmente hacia el ombligo y posteriormente fué ampliada hacia sínfisis pubiana.

El tamaño de la tumoración es enorme, llegando por arriba hasta la región subdiafragmática, donde es posible palpar el riñón, completamente rechazado horizontalmente y descansado sobre el extremo superior de la tumoración en dicha posición horizontal. Quedamos sorprendidos cómo se separa el riñón de la tumoración, unido a ella por unas leves adherencias. Exteriorizada el extremo superior de la masa tumoral, el riñón descendió él solo y toma su posición normal. El uréter, lo seguimos durante toda la intervención sobre la cara anterior del tumor. Su cara posterior estaba adherida a los planos prevertebrales, por lo que la disección de esta cara fué muy laboriosa y prudente dada la proximidad de la aorta abdominal y vasos ilíacos. La hemorragia fué discreta, sin que en ningún momento fuera alarmante. El peritoneo se abrió dos o tres veces en las maniobras del despegamiento de la cara anterior, dando salida a gran cantidad de líquido ascítico, que se aspiró convenientemente.

La disección del extremo inferior de la tumoración, aunque parezca mentira, fué el tiempo más difícil de la intervención, ya que se prolongaba, adelgazándose poco

a poco, tomando forma piriforme a nivel del anillo inguinoescrotal, para volverse a ensanchar a nivel del triángulo de Scarpa, donde se detenía su crecimiento. Desistimos de la total extirpación de esta monstruosidad, colocando un clamp a nivel del orificio inguinoescrotal y seccionando allí la porción más fina de la tumoración, dejando por verdadera imposibilidad el resto de la neoformación en la cara interna del muslo.

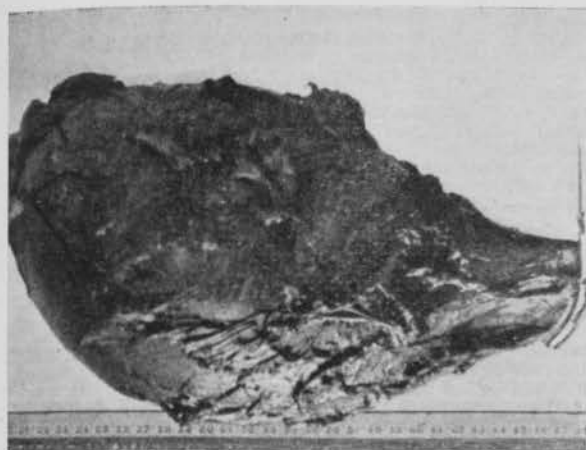


Fig. 4.



Fig. 5.

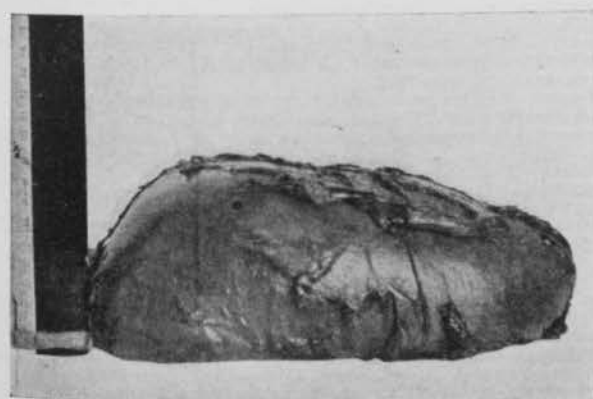


Fig. 6.

La amplia incisión nos da una gran visibilidad para observar la integridad de todas las estructuras, así como la totalidad del trayecto ureteral y la buena posición del riñón, que por otra parte es de tamaño normal, así como de morfología. Pexia en "hamaca" a dicho órgano para evitar la posibilidad de su excesivo descenso al vaciar el espacio retroperitoneal.

Sutura por planos de la enorme incisión, dejando varios tubos de drenaje. Shock operatorio, que se trata convenientemente, consiguiendo que el enfermo recupere conciencia, normalidad de pulso y tensiones, buena ventilación pulmonar, con normal coloración y temperatura de tegumentos. Cantidad de sangre transfundida durante el acto quirúrgico, 2.300 c. c.). Se deja venoclisis de sangre (un litro).



Fig. 7.

Pieza operatoria.—(Ver figs. 4, 5 y 6). Gran tumoración (peso, 5.700 gr.) de color rojo vinoso, dura, de superficie lisa. Dimensión longitudinal, 28 cm.; diámetro mayor, 18 cm. Su forma era parecida a un melón grande, adelgazándose en su extremidad inferior (donde colocamos el clamp). Abierta, aparece un contenido totalmente hemorrágico y espeso, "como barro sanguinolento", que la mantenía a gran tensión (ver fig. 7).

Microscópicamente (doctor PADILLA).—La pared de dicho quiste la componían fascículos de tejido conjuntivo



Fig. 8.

fibroso con escasos acúmulos linfocitarios (técnica: inclusión en parafina y tinción con hematoxilina-eosina) (figura 8).

A las treinta y tres horas de la intervención, y a pesar de todos los cuidados que se tuvieron en estas primeras horas, se instauró un shock tardío, comunicándonos el fallecimiento.

RESUMEN.

1. Se trataba de un enorme tumor paranefrítico con síntomas a distancia (digestivos, respiratorios y edema de pierna) y con ausencia de manifestaciones urológicas.

2. La indicación de la exéresis de dicha masa gigante estuvo fundamentada en la gravedad de los síntomas mecánicos compresivos producidos por su enorme volumen.

3. Es la tumoración paranefrítica de mayor volumen extirpada en España hasta la fecha.

4. La exploración radiográfica, aunque deficiente, fué lo suficientemente clara para hacer un diagnóstico preoperatorio.

5. La intervención quirúrgica fué en todo momento correcta, sin tener el más mínimo accidente durante ella, y únicamente el tiempo quirúrgico (cuatro horas) fué muy prolongado.

6. Después de un tiempo de recuperación en el quirófano de una hora, las tensiones, pulso, respiración, temperatura y coloración fueron normales.

7. El fallecimiento, a las treinta y tres horas de la intervención, consecuencia de un shock tardío, pensamos fuera debido a la falta de personal especializado en esta clase de cirugía, unido a la descompensación abdominal de la exéresis de la enorme masa.

8. Se presenta una revisión de la bibliografía de los tumores paranefríticos.

BIBLIOGRAFIA

- DEHELLEY.—"Une observation de tumeur paranéale". Congrès Français de Chirurgie, año 1919.
 DES MENARDS.—"Une observation de kyste paranéphrétique". J. d'Urologie, año 1947.
 DIEULAFAE y SALVY.—"Tumeur paranéphrétique". Toulouse Médical, año 1938.
 DONNELLY.—"Primary retroperitoneal tumors". Surg. Gynec. Obst., año 1946.
 FISH.—"Large solitary serous cysts of the kidney". J. A. M. A., año 1945.
 ELYNN.—"Retroperitoneal liposarcoma with myxomatous degeneration". Radiology, año 1945.
 FORD.—"Retroperitoneal fibroma with calcification". Am. J. Surgery, año 1946.
 FORT.—"Retroperitoneal tumors diagnosis and therapy of cases". Anales de Cirugía, Año 1943.
 FRANK.—"Primary retroperitoneal tumors". Surgery, año 1938.
 FRUMKIN.—"Lipomatosis of kidney". J. of Urology, año 1947.
 GIORDANO.—"Trois observations de paranéphromes". XXVIII Congrès Franç. Chirurgie, año 1919.
 GOUVERNEUR.—"Lipofibrome paranéphrétique". Mém. Acad. Chir., año 1942.
 GRAFF.—"Die retroperitonealen tumoren und ihre differential diagnose". Arch. f. Klin. Chir., año 1943.
 GRIEF.—"Über das retroperitoneale fibrolipom". Zentral für Chir., año 1940.
 HANDFIELD-HONES.—"Retroperitoneal cyst: Their pathology, diagnosis and treatment". Brit. J. Surg., año 1924.
 HARTEL.—"Chirurgie des retroperitoneal raumens und der hintere bauchschnitt". Chirurg., año 1930.
 HAUSMANN y BUDD.—"Massive unattached retroperitoneal tumors". J. A. M. A., año 1932.
 HEPLER.—"Solitary cysts of the kidney". Surg. Gyn. Obst., año 1930.
 HERMAN.—"Lateral, non renal retroperitoneal neoplasm 2 cases". J. d'Urologie, año 1943.
 HINMAN y JOHNSON.—"Retroperitoneal tumors". Surg. Clin. North Am., año 1934.
 HOCH.—"Retroperitoneal tumors". J. d'Urol., año 1944.

- HORTON.—"Relationship of hypertension on tumors kidney". Proc. Staff Mell. Mayo Clinic, año 1940.
 HUNT y O'FLANAGAN.—"Sympathetic tumors arising from the suprarenal medulla: Report of a case". Urol. Cuta. Rev., año 1946.
 ISELIN.—"Une observation de kyste paranéphrétique". J. d'Urol., año 1946.
 JANSSON.—"Roentgen diagnosis of adrenal tumor". Acta Radiol. Stock., año 1946.
 KOHLMAYER.—"Beobachtungen über die einwirkung Raumbeengender Prozesse im retroperitoneal raum auf das sympathische nervensystem". Zentralbl. f. Chirurg., año 1942.
 KRETSCHMER.—"Retroperitoneal lipofibrosarcoma". J. d'Urol., año 1940.
 KROGIUS y ALI.—"Sur quelques formes de kystes solitaires du rein dont la gènesse peut être attribuée a des troubles du développement dualistique des reins". Acta Chirurg. Scand., año 1928.
 LAFFITE.—"Valeur de la pyélographie dans les tumeurs de la région lumbosacrale". XXVIII Congrès Franç. de Chir., año 1919.
 LAHN.—"An unusual case of retroperitoneal tumor with review of the literature". Internat. Coll. Surgeons, año 1943.
 LASHER.—"Primary extrarenal hypernephrom; discussion of sites and origins and report of a case". West. J. Surg., año 1947.
 LATRONCHE.—"Kyste paranéale". XXVIII Congrès Franç. Chir., año 1919.
 LE FUR.—"Les tumeurs paranéales". Soc. Franç. d'Urol., año 1931.
 LECOCO.—"Kystes solitaires du rein". J. d'Urol., año 1947.
 LÉGENE.—"Les tumeurs solides paranéphrétiques". XXVIII Congrès Franç. de Chir., año 1919.
 LIBERTHAL.—"Les fibrolipomatoses périrénale et péripelvienne. Leur relation avec la lipomatose rénale de remplacement. Surg. Gyn. and Obst., año 1936.
 LINDENFELD.—"Kystes solitaires du rein; étude clinique et expérimentale". J. d'Urol., año 1946.
 MCCORMIC.—"Liposarcome". Radiology, año 1946.
 McLAUGHLIN.—"Malignant fatty tumors of the retroperitoneal region". Am. J. Surg., año 1938.
 MEADE.—"A tumor the renal capsule". Brit. J. Urol., año 1945.
 MALEN y GASPARE.—"Un myxolipome kystique intrarénal". J. of Urol., año 1934.
 MIALERET.—"Tumeurs paranéphrétiques Encyclopédie Médico-chirurgicale", año 1939.
 MICHON y LOUIS.—"A propos d'une petite tumeur paranéphrétique". Soc. Franç. d'Urol., año 1939.
 MICHON y LOUIS.—"Volumineux lipome paranéale. Ablation par voie transpéritoneale". J. d'Urol., año 1930.
 NICHOLSON.—"Un cas de lipome du rein". J. of Urol., año 1931.
 PEMBERTON y WHITLOCK.—"Large retroperitoneal lipoma". Surg. Chir. N. América, año 1934.
 PFEIFFER y GAUDIN.—"Massive perirenal lipoma with report of case". J. of Urol., año 1946.
 REGAN y McCALLUM.—"So-called retroperitoneal lipoma; 7 cases". Amer. Surg., año 1943.
 RUFF.—"Considerations sur les tumeurs paranéphrétiques". J. d'Urol., año 1949.
 SABADINI.—"Deux cas de cancers kystiques du rein dont l'un évoluant depuis vingt ans et calcifié". J. d'Urol., año 1947.
 SALVÁ MERCADÉ.—"Volumineuse tumeur paranéphrétique, extirpation, guérison". XXVIII Congrès Franç. de Chir., año 1919.
 SCHOLL.—"Peripelvic lymphatic cysts of the kidney". J. A. M. A., año 1948.
 SCHULTE y EMMETT.—"Urography in the differential diagnosis of retroperitoneal tumors". J. d'Urol., año 1939.
 SECRETAN y MICHEL.—"Image pyélographique dans un cas de sarcoma lymphoblastique rétroperitoneal". J. d'Urol., año 1929.
 SIMON.—"Die Roentgendignose der extrarenalen und paranerenalen geschwülste". Fortschr. A. D. Geb. d. Roentgenstrahlen, año 1939.
 STROMME.—"Retroperitoneal tumors simulating genital tract neoplasm". Am. J. Obst. and Gyn., año 1946.
 SURRACO.—"L'angle splénique du colon et le diagnostique des tumeurs du flanc et de l'hypochondre". Bull. Soc. Franç. Urol., año 1938.
 SWEETSER.—"Retroperitoneal tumors influencing the kidneys and ureters". J. of Urol., año 1942.
 TAHARAC y HESS.—"Massive renal fibrolipoma". J. of Urol., año 1945.
 THEVENOT.—"Les kystes périnephrétiques". XXVIII Congrès Franç. de Chir., año 1919.
 VAN ZWALUWENBURG y PASCUCCI.—"Symmetrical renal rotation about vertical axis due to retroperitoneal tumors". Radiology, año 1946.
 WHARTON.—"Transperitoneal nephrectomy for malignant tumors of the kidney". Surg. Gyn. Obst., año 1935.
 WEHRBEIN.—"An extrarenal retroperitoneal tumor". Am. J. Surg., año 1939.
 WEYBAUCH.—"Significance of renal torsion in diagnosis of retroperitoneal tumors. Use of lateral pyelogram". J. d'Urol., año 1939.
 WINDHOLZ.—"Roentgen diagnosis of retroperitoneal lipoms". Am. J. Roentgen and Radiumther., año 1946.