

10. Monties JR, Blin D, Mesana T, Gulino R, Guidicelli R. Abord de la face posterieure crosse aortique. Section temporaire du tronc arteriel brachiocéphalique. *Presse Med* 1990; 19: 1.191-1.193.
11. Luke WP, Pearson FG, Todd TRJ, Patterson GA, Cooper JD. Prospective evaluation of mediastinoscopy for assessment of carcinoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1986; 91: 53-56.
12. Schubach SL, Landreneau RJ. Mediastinoscopic injury to the bronchus: use of discontinuity bronchial flap repair. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 1.101-1.103.
13. Riquet M, Darse-Derippe J, Saab M, Puyo P, Legmann P, Debesse B. Chylomediastin après mediastinoscopie. À propos d'une observation. *Rev Mal Respir* 1993; 10: 473-476.
14. Jahangiri M, Taggart DP, Goldstraw P. Role of mediastinoscopy in superior vena cava obstruction. *Cancer* 1993; 71: 3.006-3.008.
15. Wang KP, Terry P, Marsh B. Bronchoscopic needle aspiration biopsy of paratracheal tumors. *Am Rev Respir Dis* 1978; 118: 17-21.
16. Bocking A, Klose KC, Kyll HJ, Hauptmann S. Cytologic versus histologic evaluation of needle biopsy of the lung, hilum and mediastinum. Sensitivity, specificity and typing accuracy. *Acta Cytol* 1995; 39: 463-471.
17. Wilsher ML, Gurley AM. Transtracheal aspiration using a rigid needle for investigating mediastinal masses. *Thorax* 1996; 51: 197-199.
18. Bonadies J, D'Agostino RS, Ruskis AF, Ponn RB. Outpatient mediastinoscopy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 106: 686-688.
19. Callejas Pérez MA, Canalís Arrayás E, Albort Ventura J, Belda Sanchís J, Catalán Biel M, Gimferrer Garolera JM. Cirugía de corta estancia en la exploración quirúrgica del mediastino. *Arch Bronconeumol* 1994; 30: 489-491.

Fe de errores

En el artículo "Abordaje de la fístula broncopleurales en pacientes intervenidos de cáncer de pulmón. Estudio prospectivo" (A. Arnau et al), publicado en el número de enero de 1998 (Vol. 34; págs. 17-22) se omitió la siguiente frase en el resumen: "La mediana de supervivencia fue de 14 meses y el 31,25% de los pacientes llegó a los cinco años. La neumonectomía derecha con invasión neoplásica del bronquio de resección, la tumoración a menos de 2 cm de carina (T₃ o T₄) y el tratamiento adyuvante con radioterapia fueron rasgos significativos (p < 0,05) en las fístulas aparecidas".