

ditions owing to the multiple clinical symptoms with no signs of intracranial hypertension.

The patient with diploic epidermoid was a typical instance of this location. The X-ray image was pathognomonic of this condition.

The intramedullary spinal epidermoid was associated with lumbosacral meningocele which is not an infrequent fact in this type of tumour.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die persönliche Erfahrung der Autoren bei 8 Fällen von Epidermoiden angeführt. Sechs waren von intrakranieller und subduraler Lokalisation, eines im Diploe des Schädeldaches und eines intramedullar. Der grössere Teil der erstgenannten Art befand sich in der Fossa posterior (5), wobei bei allen zweifellos eine Beziehung zum Ponto-cerebellarwinkel bestand, wenngleich bloss drei in diesem Gebiet eingegrenzt waren. Als charakteristische Merkmale der subduralen Epidermoiden des Schädels (bloss ein Fall von Papillenstauung) war ein langer Krankheitsverlauf zu verzeichnen unter Ausbleiben von hypertensiven, intrakraniellen Symptomen. In einer grossen Anzahl von Epidermoiden der Fossa posterior kam es zu Irritations-symptomen der V Paars, sowohl in Form einer "essentiellen" Neuralgie als auch von "atypischen" Charakter. Wichtig für die Diagnose der subduralen intrakraniellen Epidermoiden ist: eine eingehende Bewertung des neurologischen Bildes des Patienten und die Ausführung von speziellen Roentgenbildern mittels Kontrast (besonders Enzephalographie), da ja die intrakranieller Hypertension bei einer oberflächlichen Bewertung des klinischen Bildes leicht zu einer Verwechslung mit degenerativen Prozessen führen können.

Der Patient mit dem diploischen Epidermoid stellte ein typisches Beispiel für diese Lokalisation dar und ergab auch ein pathognostischen Roentgenbild des Prozesses.

Das intramedulläre Epidermoid trat zusammen mit einer lumbo-sakralen Meningozele auf, ein Umstand der nicht selten bei dieser Art von Tumoren zu beobachten ist.

RÉSUMÉ

Expériences des auteurs dans les épidermoïdes sur 8 cas, dont 6 étaient intracrâniens subduraux, un diploïque de la voûte crânienne et un intramédullaire. La plupart de la première variété étaient situés dans la fosse postérieure (5), ayant tous un indiscutable rapport avec l'angle pontocérébelleux, quoique seulement 3 étaient circonscripts à cette région. Une longue histoire, sans symptômes d'hypertension intracrânienne, furent les faits les plus caractéristiques des épidermoïdes subduraux du crâne (un seul avec stase papillaire). Dans un grand nombre des épidermoïdes de fosse postérieure,

des symptômes irritatifs du V paire existaient, bien sous forme d'une névralgie "essentielle" ou avec des caractères "atypiques". Pour le diagnostic des épidermoïdes intracrâniens subduraux il est important de connaître la valeur exacte du tableau neurologique du malade et la pratique de radiographies spéciales avec contraste (spécialement encéphalographie) puisque l'on peut confondre le tableau clinique observé superficiellement avec les processus dégénératifs par les symptômes cliniques multiples sans signes d'hypertension intracrânienne.

Le malade avec l'épidermoïde diploïque fut un exemple typique de cette localisation, présentant une image radiographique pathogmonique du processus. L'épidermoïde intramédullaire était associée à un ménigocèle lumbosacre fait non "infréquent" dans ce genre de tumeurs.

LA SILICO-TUBERCULOSIS

Consideraciones diagnósticas, médico-legales y terapéuticas.

PLÁCIDO A. BUYLEA.

Profesor numerario del Hospital Provincial.
Oviedo.
Presidente del Tribunal Provincial de Silicosis.

ARTURO A. BUYLEA.

Médico del Dispensario de Silicosis de Oviedo.

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN.

Con un criterio simplista podría definirse la sílico-tuberculosis diciendo que es la asociación de una silicosis a una tuberculosis pulmonar; mas este concepto simplista y esquemático, si bien puede ser suficiente para que los clínicos se entiendan entre sí, en tanto al pronóstico y exigencias terapéuticas de un determinado caso particular, no puede, ni mucho menos, bastar en cuanto a Medicina laboral se refiere, sobre todo en relación con la incapacidad y, por ende, de la pensión a percibir por el paciente.

Para puntualizar en el concepto que de la sílico-tuberculosis creemos debe tenerse, y clasificar las distintas formas de la misma, nada mejor que tomar como punto de partida las investigaciones anatomopatológicas llevadas a cabo ya desde hace tiempo. A este respecto, los patólogos observaron siempre dos tipos principales de asociación sílico-tuberculosa, a saber: casos en que las lesiones de ambas afecciones coexisten, pero independientes unas de las otras; es decir, en los pulmones se observan lesiones tuberculosas puras, y en una vecindad, mayor o menor, nódulos fibrohistiocitarios típicamente co-

nióticos e indiferenciables de los observados en las silicosis simples o puras, y, por otra parte, casos en los que las lesiones de ambas enfermedades coexisten en íntima interdependencia, imbricándose de tal manera que en el estudio histológico de la misma se encuentran tubérculos miliares y nódulos hialinos, y según el predominio de elementos bacilares o conióticos, se denominaban *tubérculo-silicosis* y *silico-tuberculosis*, respectivamente.

Así, vemos que WORTH y SCHILLER distinguen tres tipos principales:

a) Tuberculosis preexistente, complicada posteriormente por una silicosis.

b) Silicosis y tuberculosis independiente, pero de evolución sincrónica.

c) Silicosis con tuberculosis terminal.

En la meritada clasificación de los autores alemanes mencionados no se incluyen las *silico-tuberculosis* y *tubérculo-silicosis* en íntima dependencia, y posiblemente algunos de estos casos estarían incluidos en el grupo b), o en el c), o en ambos.

En cuanto a la frecuencia de unos y otros tipos, ya EUHLINGER, en 1935, había señalado como más frecuente la existencia de silicosis primaria con una tuberculosis sobreañadida; menos frecuente, el hallazgo de una silicosis injertada en una tuberculosis previa, y excepcional, la evolución simultánea de ambas afecciones. Estas conclusiones, ya antiguas, de EUHLINGER, han sido confirmadas en 1953 en la tesis de LEU, basada en datos necrópsicos, en virtud de las cuales afirma que la mayoría no son sino casos de tuberculosis pulmonar sobreañadida a una silicosis, siendo los otros tipos de asociación "excepcionalmente raros".

Vemos, pues, sin entrar en complicadas y siempre discutibles doctrinas patogénicas, que lo más frecuente es que la silicosis sea la afección primitiva y sobre ella se injerte posteriormente una tuberculosis (primoinfección, reinfección o reactivación), pudiendo preguntarse, siguiendo a FRUHLING y CHAUMOT, si el proceso coniótico, junto con las condiciones higiénicas, hábitos alimenticios y de vida de los mineros, aquél de manera local y éstos de manera general, fuesen factores favorecedores de la reactivación de una primoinfección tuberculosa previamente latente.

Consideramos innecesario insistir en que la forma tuberculosa que se asocia a la silicosis previa lo puede hacer en cualquiera de las formas anatomoclínicas y evolutivas en que puede presentarse la tuberculosis del adulto.

Una vez hechas estas breves, pero imprescindibles, disquisiciones anatomopatogénicas, que nos van a ser de gran utilidad más adelante para definir nuestro criterio sobre la valoración funcional de la incapacidad laboral, nos corresponde ahora ocuparnos de las bases del diagnóstico radiológico de la *silico-tuberculosis*:

más concretamente, de la *antraco-sílico-tuberculosis*.

El diagnóstico diferencial entre lesiones bacilares puras y coniosis puras es habitualmente fácil, aunque ya veremos más adelante que en algunas ocasiones puede ser imposible. No es necesario insistir en la facilidad del diagnóstico diferencial entre una tuberculosis infiltrativa o cavitaria y una silicosis pura. Sin embargo, la diferenciación de una tuberculosis pulmonar de forma nodular y una silicosis ya encierra más dificultades, y más aún el precisar si existe o no asociación de ambas enfermedades. Esto nos lleva como de la mano a precisar, a grandes rasgos, las características diferenciales entre los nódulos fímicos y los nódulos silicóticos, y para ello nos habremos de fijar sobre todo en la localización, tamaño, simetría, retractilidad y confluencia de las lesiones nodulares en la placa.

LOCALIZACIÓN.

Es bien sabido que la zona de alarma en silicosis, es decir, el sitio habitual de ubicación de las lesiones de comienzo, está situada en los campos medios, más específicamente del pulmón derecho, y en la tuberculosis del adulto la zona de alarma la constituyen los campos superiores. Además, las lesiones silicóticas puras, solamente en estados muy avanzados pueden llegar a ocupar los vértices de los pulmones. Justamente lo contrario que en la tuberculosis, en que la frecuencia de los nódulos de Simon y Redeker, de Aschoff y Phul, es tan grande y conocida que no creemos necesario insistir sobre ello.

DENSIDAD.

En líneas generales podemos afirmar que el nódulo silicótico es, radiológicamente hablando, más duro que el nódulo tuberculoso no calcificado y menos denso que el nódulo fímico calcificado.

Por otra parte, los contornos del nódulo bacilar son más "flous", menos netos y recortados que los silicóticos, que en ocasiones se componen de un núcleo más denso que el contorno o halo, de menor densidad y más "flou", tratándose entonces del nódulo de coniotisis, sobre cuya significación diagnóstica ha insistido mucho en España GARCÍA COSÍO. Por último, los nódulos de tuberculosis se ven mejor, destacan más, leyendo la radiografía desde cerca, y los nódulos conióticos son más apreciables cuando la lectura de la radiografía se practica a mayor distancia.

TAMAÑO.

Lo que habitualmente se observa en la *neumoconiosis simple*, o pura, es una gran uniformidad en el tamaño de las lesiones, encuadra-

bles todas ellas, o en su gran mayoría, en uno o dos de los tipos de opacidades. Sin embargo, cuando la infección bacilar se agrega a la silicosis, lo que se suele ver en la placa son opacidades y lesiones de aspecto y tamaño dispares, y así, al lado de micronodulares vemos nódulos fímicos, nódulos de coniotis, quizá sombras ambiguas, etc.

SIMETRÍA.

Gran importancia radiológica concedemos a los datos suministrados por el análisis de la simetría o asimetría de las lesiones. En silicosis puras, la simetría es la regla, hasta el punto de que debe dudarse mucho del diagnóstico de coniosis pura cuando existe una evidente asimetría radiológica de las lesiones. Ni que decir tiene que en las lesiones tuberculosas la simetría es rara.

RETRACTILIDAD Y CONFLUENCIA.

Los datos suministrados por la retractilidad lesional son de menor valor, a nuestro juicio, que los precedentes, pues si bien es cierto que las lesiones silicóticas son más retráctiles que las tuberculosas frescas o recientes, lo son menos que las bacilares antiguas, cirróticas.

Respecto a la confluencia de las lesiones, estimamos es dato de gran valor como signo premonitorio de las sombras masivas en "pelota de crockett" o no, características de las silicosis complicadas y que, en una gran mayoría, si no en todos los casos, son consecuencia de la infección sobreañadida.

Como resumen de todo lo hasta ahora expuesto podemos dar una norma general, que es la siguiente: las radiografías deben leerse desde cerca y desde lejos, recordando que las lesiones conióticas se hacen más aparentes si el examinador se aleja de la placa, y que el abigarramiento de las lesiones y asimetría de las mismas nos deben hacer pensar en la asociación de la tuberculosis al proceso coniótico y realizar las investigaciones complementarias de laboratorio para confirmar el diagnóstico de sílico-tuberculosis.

Sin embargo, el diagnóstico diferencial es, a veces, prácticamente imposible. Así vemos que, recientemente, en octubre de 1956, BERARD, ODE y BOGEMANN han escrito lo que llaman infiltrado silicótico localizado, cuya diferenciación de los infiltrados fímicos es tan difícil que los casos publicados por estos autores fueron sometidos a resecciones segmentarias pulmonares, vista la ineficacia del tratamiento médico, y en el estudio histológico de las piezas de resección vieron solamente lesiones conióticas y ausencia de lesiones bacilares.

Por todo cuanto llevamos dicho, dadas las dificultades diagnósticas, que en algunos casos pueden ser imposibles de superar, y habida

cuenta de que en la gran mayoría de los casos la asociación sílico-tuberculosa no es otra cosa que una silicosis secundariamente infectada o una silicosis que por factores locales o generales, ya citados, reactiva una tuberculosis pulmonar latente, estimamos que es preciso variar nuestra actitud ante este problema, pensando que los conceptos antiguos, motivados por una terapéutica antituberculosa poco eficaz, no pueden ser sostenidos ahora que contamos con un arsenal de tuberculostáticos de probada y reconocida actividad.

Proponemos el siguiente criterio: En todo caso de silicosis sospechoso de existir una infección tuberculosa pulmonar sobreañadida, y aun en los casos de lesiones estimadas como tuberculosas puras, pero con historia laboral de suficiente duración (más de diez años), especialmente en oficios como transversalista y picador, de mayor riesgo silicótico, debemos pensar que son, a efectos de valoración de su incapacidad, casos de sílico-tuberculosis, concediéndoles una incapacidad temporal sujeta a revisiones semestrales, y someterlos a tratamiento antituberculoso en algunos casos, mejor sería en todos, en régimen de internado, para tener la seguridad de que las prescripciones terapéuticas son debidamente cumplimentadas. Si se tratara de una tuberculosis pura sin silicosis, la curación no se haría esperar, en una gran mayoría de los casos, a plazo breve. Si existía una asociación sílico-tuberculosa en que la tuberculosis fuese independiente de la enfermedad profesional, es muy posible que al curar y, por ende, desaparecer las lesiones radiológicas tuberculosas, que podían ser "los árboles que no dejaban ver el bosque", podremos enjuiciar con más exactitud la categoría radiológica silicótica y se determinará el grado de incapacidad por el estado funcional respiratorio. Consideramos, en cambio, al tratarse de silicóticos con lesiones tuberculosas crónicas, que la incapacidad debe ser absoluta, tanto por el sujeto en sí como por el peligro que representa, en ambientes pulvígenos peligrosos, la presencia de focos de posible contagio.

Muchos enfermos de silicosis grave presentan tuberculosis pulmonar asociada y sucumben a la combinación de ambos padecimientos; esto se corrobora clínicamente, ya que en el enfermo de sílico-tuberculosis las lesiones son muy resistentes al tratamiento. No obstante, la perspectiva que tenía antes quien padecía ambas enfermedades no es tan sombría como podría pensarse al revisar las publicaciones médicas sobre el tema.

No hace mucho tiempo se afirmaba que no cabía esperar el restablecimiento de la lesión tuberculosa, pero las cosas, afortunadamente, han cambiado. Hay datos demostrativos de que algunos enfermos de sílico-tuberculosis se recuperan en parte y pueden volver a realizar un trabajo liviano después de ser tratados a con-

ciencia con los métodos recientemente descubiertos, aunque muy recientemente el norteamericano EVERS (*Diseases of the Chest*, septiembre de 1957) apreció la deficiente respuesta a la quimioterapia y las frecuentes recaídas.

Los fármacos antibacterianos, empleados en combinación y por largo tiempo, logran detener algunas veces la evolución del proceso. El tratamiento es similar al recomendado para la tuberculosis pulmonar corriente, sólo que más duradero y enérgico. Los mejores resultados se obtienen administrando simultáneamente la estreptomizina, la isoniazida y el PAS. Debe ensayarse la colapsoterapia cuando existen lesiones ulcerativas, suspendiéndola si es ineficaz, lo que sucede con frecuencia debido a la sínfisis pleural y a los bloques de fibrosis masiva, que impiden la acción del neumotórax terapéutico. Si la función pulmonar es suficiente y las cavidades pulmonares limitadas a un solo lóbulo, puede intentarse la resección, aunque en casi imposible efectuar segmentectomías, ya que en la región hilar la operación se dificulta a consecuencia del tejido cicatrizal, que forma una masa sólida. Ya hace años que se realizaron tóraxoplastias con éxito, pero siempre que la función del pulmón libre de lesiones no esté seriamente comprometida. Se trata actualmente en América de valorar la efectividad de la extirpación quirúrgica de las lesiones conglomeradas, con la finalidad de evitar el enfisema consecutivo y la tuberculosis asociada.

RESUMEN.

Se estudia el diagnóstico, principalmente radiográfico, de la sílico-tuberculosis y de sus formas atípicas. La valoración legal y el tratamiento médico y quirúrgico, señalando las dificultades existentes en algunos casos, y la resistencia a los diferentes procedimientos terapéuticos, señalando el progreso adquirido con el uso de los nuevos fármacos y los recientes adelantos quirúrgicos.

Bibliografía a disposición de los interesados.

SUMMARY

The diagnosis, particularly from a roentgenological viewpoint, of silico-tuberculosis and its atypical forms are studied. Forensic assessment and surgical and medical treatment, pointing out the difficulties arising in some cases and the resistance to the different therapeutic measures. The progress made with the use of the new drugs and of the recent surgical advances is also reported.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Diagnose der silikotischen Tuberkulose und ihrer atypischen Formen, haupt-

sächlich vom roentgenologischen Standpunkt aus studiert. Es kommt die legale Bewertung, sowie die medizinische und chirurgische Behandlung zur Besprechung, wobei auf die Schwierigkeiten die bei manchen Fällen bestehen, sowie auf die Resistenz die man den verschiedenen therapeutischen Verfahren gegenüber beobachtet, hingewiesen wird. Es werden die erlangten Erfolge mittels der neuen Pharmaka und neuesten chirurgischen Fortschritte erwähnt.

RÉSUMÉ

Etude du diagnostic, spécialement radiographique, de la silico-tuberculose et de ses formes atypiques; la valeur légale et le traitement médical et chirurgical, en signalant les difficultés qui existent, dans certains cas, et la résistance aux différents procédés thérapeutiques; on mentionne également le progrès acquis dans l'emploi des nouveaux médicaments et les récentes avancées chirurgicales.

ESTAR PRESENTE ENTRE LA NEUROSIS Y LA PSICOPATIA

J. DE MORAGAS.

Cátedra de Psicología del Niño y del Adolescente.
Universidad de Barcelona.

I

Mi vida, como otra vida cualquiera, es una proyección hacia el futuro partiendo de mi pretérito y pasando por un momento presente. Este presente no puedo entenderlo como un simple "ahora", sino—siguiendo en esto a HEIDEGGER—como una "súbita visión del porvenir" que ya estaba en mi pretérito como un "tender hacia lo posible". Es decir, yo seré aquello que como posibilidad había sido ya en mi pasado. El presente ha de servirme como punto de observación desde donde pueda ver qué es lo que ya se ha realizado de aquello que era posible, qué es lo que queda por realizar y qué es lo que hay que realizar de nuevo, pero de otra manera.

Viendo mi porvenir en mi pasado, ha dicho PEDRO LAÍN, me hago presente. Creo yo que ésta es una de nuestras ineludibles tareas: estar presente ante nosotros mismos y ante los demás para saber lo que haya de cierto y de dudoso en nuestro "tender hacia lo posible"; estar presentes en un dinámico fluir en el que cada idea,