

## REVISTA DE REVISTAS

## Medicina

**TAPIA (M.):** Contribución al estudio de la meningitis tuberculosa, con especial referencia a su relación con las formas anatómo-clínicas de la tuberculosis pulmonar. *Los progresos de la Clínica*. Número 222.

La meningitis tuberculosa no es una enfermedad de la infancia. Ocurre con esta afección lo que con el sarampión, que siendo precoz el contagio se adquiere fácilmente en los primeros años de la vida, pero el organismo indemne puede padecerla en cualquier momento.

La curva de edad de la meningitis guarda estrecha relación con la evolución de la infección tuberculosa.

Los momentos correspondientes a los llamados 1.º y 2.º períodos de la clasificación de RANKE, son los que dan mayor proporción de casos de meningitis. Pero en una proporción no despreciable aparece como localización de una generalización tardía.

En España es frecuente la meningitis tuberculosa en edades avanzadas, especialmente en adolescentes y jóvenes adultos, entre personas que habiendo pasado su infancia en el ambiente rural, se incorporan tardíamente a núcleos de población. Este hecho puede, sin duda, atribuirse a que las condiciones de vida en el campo hacen que no adquieran su primera infección, que es recibida cuando viven en ambiente contaminado.

En nuestro país no parece observarse relación alguna entre la aparición de la meningitis tuberculosa y las variaciones estacionales.

La vía de propagación del germen es, en la generalidad de los casos, la sanguínea, iniciándose casi siempre la lesión en los plexos coroides (forma plexógena) y muy frecuentemente también en las meninges y en los plexos (forma plexo-meníngea).

No se puede en la actualidad precisar si existe alguna causa predisponente que explique que en unos casos de generalización del proceso tuberculoso se presente meningitis y en otros no. La influencia de ciertos factores (sobrecarga funcional, traumatismos, etc), así como de diferencias anatómicas, la consideramos de un escaso valor.

Aunque no se puede negar la condición predisponente a la generalización de un proceso tuberculoso y, por tanto, a la meningitis, de ciertas enfermedades infecciosas (sarampión, gripe, etc.), nos inclinamos a pensar que dos de ellas (fiebre tifoidea y melitococia) consideradas como muy importantes en este sentido, no tienen influencia alguna.

Las particularidades evolutivas del proceso inflamatorio meníngeo son debidas, más que a la naturaleza del proceso, a las condiciones anatómicas de los órganos sobre los cuales asienta.

Aunque la meningitis tuberculosa puede curar, la proporción de casos de evolución favorable es tan pequeña, que en la actualidad, podemos asegurar un pronóstico fatal ante el diagnóstico de esta enfermedad.

No existe en la actualidad ningún tratamiento eficaz de la meningitis tuberculosa.

Las punciones lumbares repetidas ejercen una acción favorable sobre el curso de la meningitis.

La premunición en la infancia con vacuna B. C. G. es el único medio de disminuir la mortalidad por meningitis tuberculosa en el grupo de las debidas a la infección primaria y generalización precoz, y asimismo en las generalizaciones tardías por reinfecciones endógenas. Probablemente no influirá para nada el tanto por ciento de casos debidos a generalizaciones tardías de procesos de reinfección exógena.

**LUCENA (J. M.):** Sífilis vesical. *Revista Médica de Barcelona*. Mayo 1930.

1.ª La sífilis vesical, entidad nosológica que en la actualidad no puede ni debe ponerse en duda, no es tan rara como comúnmente se cree, por pasar desapercibida o confundida con otros morbosismos, debido a su sintomatología polimorfa y simuladora y a la falta de signos patognomónicos suficientes.

2.ª Puede observarse en la vejiga, la sífilis secundaria, no admitida por algunos autores; pero los casos publicados, los de la casística de esta tesis y más aún, los resultados que hemos obtenido en cistoscopias sistemáticas en enfermos con lesiones en actividad de la piel o las mucosas, dan suficientes pruebas para afirmarla. La lúes terciaria es la más frecuente y la más conocida. La esclerosis inicial, a pesar de las observaciones de Vidal de Casis y Ricord, comprensibles en su época, no puede aceptarse, por no ser posible el chancro duro de la uretra a más de 5 cm. del meato. La parasífilis, de manera indirecta, por intermedio del sistema nervioso, puede dar manifestaciones en la vejiga.

3.ª Los síntomas de la sífilis vesical no tienen nada de característicos, correspondiendo a los de las cistitis aguda o crónica y tan sólo la hematuria aparecida solapadamente y progresiva no respondiendo a otros procesos, parece ser el signo más corriente y típico de las formas terciarias.

4.ª Las lesiones propias de la sífilis vesical secundaria, los gomias, las úlceras, los papilomas y las cicatrices; las de la parasífilis, las trabéculas, la rigidez de los orificios uretrales y la hipertrofia del ligamento interuretral.

Además de estas lesiones, que podríamos llamar típicas, pueden observarse en la vejiga sífilítica, casi toda la gama de imágenes cistoscópicas.

5.ª El diagnóstico de la sífilis vesical es de presunción, la cual se base en

1.º La anamnesis.

2.º La coexistencia de lesiones evidentes de sífilis.

3.º El fracaso obtenido con los tratamientos habituales.

4.º Las hematurias que no respondan a procesos vesicales conocidos.

5.º La comprobación de lesiones típicas al parecer, en la vejiga.

6.º Las cistitis sin microbios en sus orinas.

7.º El contraste entre dolencias más o menos graves y un estado general satisfactorio.

6.ª Serán elementos auxiliares para el diagnóstico en la lúes vesical, la cistoscopia, los rayos X, el laboratorio y en especial el tratamiento específico de prueba, al que se recurrirá en los casos dudosos por ser medio rápido, inocuo y de fácil aplicación.

7.ª Clínicamente, además de las formas agudas, subagudas y crónicas ya conocidas, nosotros creemos necesario añadir las sintomáticas y las discretas que se presentan sin síntomas o es necesario insistir con el interrogatorio para patentizarlas.

8.ª La evolución en las formas secundarias es benigna e inclusive a veces curable espontáneamente; en las formas terciarias por el contrario es progresiva, pudiendo invadir hacia los planos profundos y ser causa de perforaciones y fistulas.

9.ª El tratamiento mejor es el específico, asociado tan sólo al local en casos de complicaciones o de infecciones sobreañadidas.