

etiología, tóxico-química o farmacológica como son, por ejemplo, las nefritis mercuriales, cantaridianas, etc., etc.

Pero si la infección de un modo genérico puede afirmarse y puede asimismo suponerse que sea del tipo etiológico correspondiente a los piógenos habituales de las infecciones pielorreñales, cuyo grupo más frecuente es el colibacilar, debemos hacer constar que la no existencia de elementos celulares patológicos específicos (células gigantes, células epitelioides) no permite desechar en absoluto la posibilidad de formas anómalas o de transición afoliculo-folicular de la tuberculosis, puesto que en ciertas formas clínicas y por razones científicas no aclaradas del todo, se pueden hallar infiltraciones linfocitarias sin los elementos citológicos en su centro antes apuntados y que están producidas, sin embargo, por el *bacilo tuberculoso de Koch*. Los trabajos de Jousset, publicados en los "Archivos de Medicina Experimental", de París, en 1904, y que han sido comprobados por otros investigadores científicos, han demostrado esta afirmación. Textualmente dice dicho histopatólogo: "Importa mencionar que muy particularmente en el riñón no se debe exigir de una formación tuberculosa los caracteres típicos que antes se exigían; el histólogo deberá, a veces, contentarse con un cúmulo de células embrionarias". "Los tuberculosos más auténticos pueden especialmente en el riñón restringir su estructura a la corona llamada linfoide y a los bacilos, no habiendo modo de hallar en ellos el elemento epitelioides ni la célula gigante".

Como deducción lógica de las lesiones antes mencionadas se puede afirmar que, clínicamente, le corresponden expresiones sintomáticas subjetivas y objetivas que al paciente le den cuenta de su anormalidad orgánica y al clínico le sirvan para diagnosticar ésta y plantear y tratar de resolver el problema terapéutico.

*Subjetivamente*, el dolor con modalidades diferentes de intensidad y persistencia, es síntoma que expresa trastornos tanto de inervación como circulatorios que, a veces, siendo predominante sintomático, califica nosológicamente ciertas nefritis y pielonefritis crónicas (que se apellidan dolorosas) y *justifica terapéutica quirúrgica de supresión*, porque otros medios que no sean éste, dejan sin resolver el problema.

Ello es debido, según hechos bien comprobados científicamente por autores tan eminentes como Harrisson, Israel y Pousson, a "trastornos congestivos por alteraciones vasculares que, produciendo aumento súbito o prolongado, aumentan la masa encerrada en la cápsula propia, e inextensible del riñón y comprimen todos los elementos anatómicos con las ramificaciones y terminaciones nerviosas."

Las lesiones comprobadas en el caso que nos ocupa, son las productoras de estos trastornos, así como la perinefritis que acompaña a las infecciones crónicas de esta naturaleza en la mayor parte de los casos.

También las lesiones de las cavidades *pielocaliciformes* (como las comprobadas microscópicamente en este caso) produciendo paresia en las fibras musculares de las mismas, a la que se añaden dificultades de evacuación por infiltración inflamatoria y edema del istmo ureteral, son causa de estos dolores porque la orina, acumulándose, sin evacuarse, distiende la pelvis y provoca el síntoma conocido por *cólico nefrítico*. La disminuída contractilidad muscular reacciona por fin, por exceso de estímulo, cesando o disminuyendo el dolor al evacuarse la pelvis, pero no consigue vaciarse ésta del todo quedando un residuo de orina séptica que sostiene la inflamación y ésta, aumentando la parálisis y destrucción muscular, acentúa la retención, cuyo término evolutivo, de grave pronóstico, es la *pionefrosis*.