

o sea la destrucción del riñón por esclerosis y formación de múltiples cavidades llenas de pus. El beneficio que recibe el enfermo de la actuación quirúrgica está en razón inversa del grado evolutivo de las lesiones; una nefrectomía en pionefrosis avanzada es grave y hay que hacerla en dos tiempos; esta misma operación hecha en períodos iniciales (estado de pielonefritis) es de pronóstico menos severo y evita ulteriores peligros al paciente.

*Objetivamente*, se manifiestan las lesiones renales de que estamos tratando, por *piuria* (pus en la orina) constantemente; a la que acompañan los microbios causantes de la infección, que son en la mayoría de las veces comprobables con el microscopio, y en el caso de no hacerse visibles (*piuria* microscópicamente aséptica) hacen sospechar una tuberculosis porque el bacilo de Koch no siempre se manifiesta en la orina con facilidad, sobre todo si no existen lesiones típicas y en período de fusión y caseificación y aún sólo en el de cavernización constituida.

Los síntomas *poliuria* (turbia por el pus) y *hematuria* (hemorragias pequeñas o grandes) completan el cuadro clínico principal, además de las manifestaciones febriles posibles, derivadas de la infección y todas ellas dan al clínico las pruebas de que existen lesiones como las del riñón examinado, sobre el que tenemos el honor de informar, lesiones que topografiadas *justifican* la decisión de una nefrectomía.

En tales casos el suprimir un órgano afecto claramente de lesiones que por lógica deducción científica han de dar las manifestaciones clínicas apuntadas, entendemos que está justificado y más si se tiene en cuenta la posibilidad de evolución de esta nefropatía hasta manifestarse como francamente tuberculosa, la cual si bien no nos es posible afirmarla, por el examen de la pieza anatómica, por las razones científicas antes apuntadas, no podemos tampoco negarlo en absoluto, pues a mayor abundamiento la posibilidad de focos tuberculosos latentes en otras regiones orgánicas como es bien sabido desde que la moderna Tisiología nos ha enseñado que la infección por el bacilo de Koch comienza en la infancia casi siempre y puede quedar en los ganglios intratorácicos o producir lesiones que se esclerosen, en el pulmón, por ejemplo, y de allí infectar un órgano lejano, v. g. el riñón, en el que la tuberculosis es prácticamente secundaria y manifestarse en éste en su período inicial con lesiones que no son especificadas simulando o simultáneamente las de pielonefritis crónica; todo ello decimos, nos afirma en nuestro criterio y en este caso la *nefrectomía* es siempre necesaria, pues en el estado actual de los conocimientos científicos y después de transcurridos más de 25 años en que Albarrán, el célebre maestro de la Urología, sentó la fórmula "diagnóstico precoz, nefrectomía precoz" que tantas vidas ha salvado, no existe otro medio que la pueda substituir.

No podemos dejar de consignar que en la terapéutica de estos estados nefropáticos, del incipiente al más avanzado, diversos medios se preconizan: desde los tratamientos farmacológicos, bacterioterápicos, quimioterápicos de aplicación endovenosa, hasta la acción directa no cruenta por caterismo ureteral a los medios cruentos de nefrolisis con o sin nefrectomía y drenaje de las cavidades (medio este último no inocuo por la posibilidad de hemorragias secundarias que exponen la vida y obligan a nefrectomías secundarias de urgencia); pero como la eficacia no responde siempre al buen deseo y al esfuerzo empleado, hay que acabar por la nefrectomía (extirpación del riñón) para resolver definitivamente el