

PIELONEFRITIS Y SU TRATAMIENTO CON EL USO DE POLISACARIDOS Y CORTICOIDES

Dr. Jorge E. Garimaldi.

CLINICA REGIONAL DEL SUD. Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA. Jefe: Dr. Juan B. Berdoy.

Las infecciones urinarias con las responsables del 90% de los problemas Urológicos; siendo en muchas oportunidades difíciles de manejar (1) y de pronóstico reservado.

Definición: Es una Nefritis focal intersticial y/o piélica provocada por la invasión bacteriana de focos distantes.

Etiología: Focos de infección (intestinales, amigdalinos y dentarios).

Dentarios: Infecciones periapicales y paradenciopatías.

En nuestra experiencia, ha habido un franco predominio del Coli-Bacilo (67,5%) le sigue el Stafilococo (30%) y las Micosis (22,5%); quedando para algún caso el Streptococo y el Bacilo Subtilis.

Vías de acceso.

Conocemos la Canalicular o Ascendente (que no la trataremos por ser menos importante). La Linfógena que por el edema Linfático altera sus vías de conducción. Y la Hematógena que detallaremos por creerla de mayor importancia según nuestra concepción del Complejo glomerulante funcionante descrito en 1950 (2) y que muchos autores no aceptan aún.

Creemos que el germen, que se traslada por el sistema vascular, llega al glomérulo a través de la porción aferente a la eferente por una presión determinada y adecuada sin comprometer la dilatación Pseudo aneurismática glomerular, pasando al intersticio renal para descansar en el lago sanguíneo y alterarlo, favorecido por los shunts arteriovenosos (3) según se estudió y comprobó hace algunos años (con el uso de tinta china y látex); aunque debemos aclarar que siempre debe existir una alteración, ya sea metabólica, histológica o inmunológica en el intersticio parenquimatoso para que el germen pueda, en un medio fértil, proliferar y subsistir.

Ciertos autores (4) especifican que la baja metabolización y el poco consumo de oxígeno constituirían un terreno adverso para la colonización bacteriana, pero también sugieren que la cortisona y derivados inhibirían la formación de anticuerpos. Nosotros creemos sin embargo, que el uso de Prednisona ocasiona un beneficio comprobado, clínica y radiológicamente, del Intersticio renal.

Anatomía patológica (5).

- 1) Infiltración Leucocitaria (Linfocitos) Papilitis. Papilitis necrotizante.
- 2) Formación de abscesos (Piuria) Necrosis del Parénquima con destrucción tubular (brotes agudos).
- 3) Alteración vascular, por reacción celular extensa y masiva.

- 4) Fibrosis periglomerular progresiva, detectada por pruebas funcionales glomerulo-tubulares.
- 5) Lesiones cicatriciales radiadas.
- 6) Reacción Fibrocítica intersticial, característica de la pielonefritis crónica. Aumento el tejido intersticial con la consiguiente separación tubular por la edematización. Con su evolución progresiva produce atrofia y dilatación de los nefrones (desarrollando el Riñón Coloide).
- 7) Nefroesclerosis.

Método de diagnóstico.

En la actualidad se utiliza el fosfato de Prednisolona (6) 40 mg E. V. y se obtiene un incremento notable de las células blancas, duplicándose en su eliminación urinaria, llegando a 400.000 leucocitos por hora. Este método parece haber superado a la Piretoterapia.

Respecto a la Biopsia, utilizada por algunas escuelas (7) nosotros creemos, junto con ciertos autores Ingleses (8), que es un método poco efectivo debido a la alteración focal de la afección, además de los diversos problemas que suele ocasionar. (Hematomas, diseminación de gérmenes, etc.).

Nuestra manera de detectar la infección, ha seguido un criterio clásico:

a) Laboratorio.

Bacteriológico y Bacterioscópico de orina	{	Coli-Bacilo (67,5%) Stafilococo (30%) Micosis (22,5%).
---	---	--

Recuento de Addis (24 horas)
Antibiograma (específico)

Pruebas funcionales renales. En casos especiales.

Creatinina endógena.

Depuración Ureica.

Fenolsulfotaleína (función tubular)

Estas pruebas determinan: Una disociación entre la reducción de la filtración glomerular y la reducción de la capacidad de concentración (9).

b) Radiología.

Urograma Excretor (muy útil para el control del proceso).

Cateterismo ascendente (Pielografías).

c) Clínico.

Nos hemos basado en la signología clásica muchas veces no completa del Dolor, Piu-ria, Síndrome febril.

En este trabajo referimos muy escuetamente, los casos que tienen algún valor especial para poder comprobar la distinta evolución de los mismos.

PRIMER CASO. R. Z. F. 19 años. Soltera (Tratamiento desde Diciembre de 1964). 17 - 12-64. Hace un año refiere D. D. L. Edemas palpebrales.

Urológicamente: Riñón y uréteres puntos ++.

Amigdalotomizada, Urograma excretor. Slide B.

Febrero 1965: Dolor en ambas zonas renales. Marzo: Mejora su estado general.

T.A. 130/80. Mayo Clínicamente bien. Junio reaparecen sus trastornos renales y en hipogastrio. Julio Empeora su sintomatología.

Síntesis:

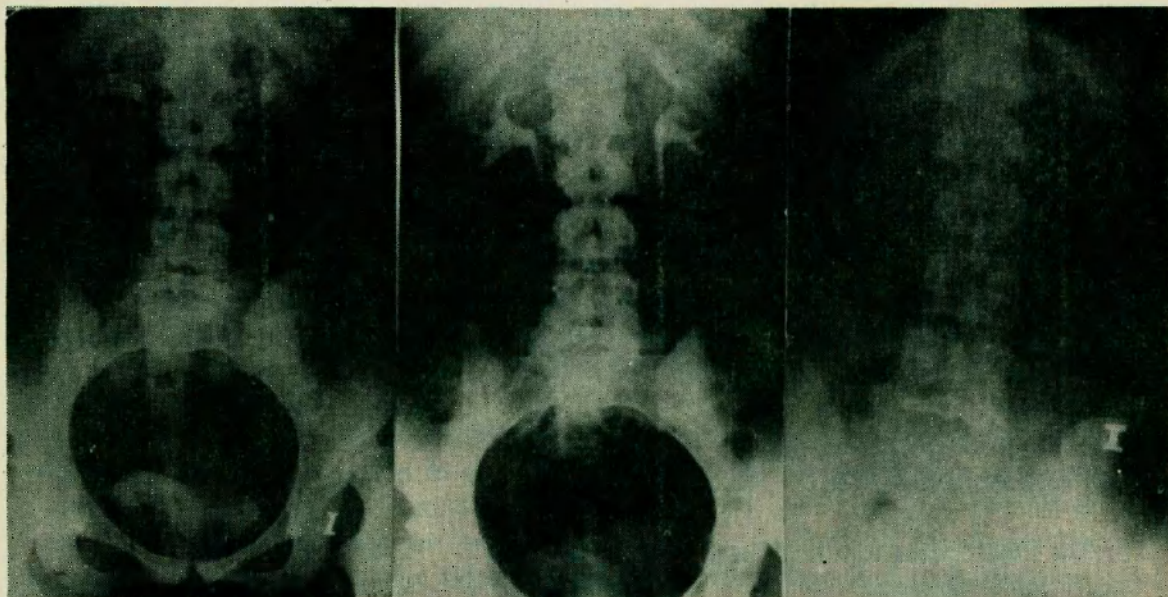
Diagnóstico: Pielonefritis Crónica con Ptosis Bilateral renal.

Clínica: Su mejoría fue y será esporádica por su ptosis.

Tratamiento: Quirúrgico y complementado por el clínico.

Pronóstico: En observación.

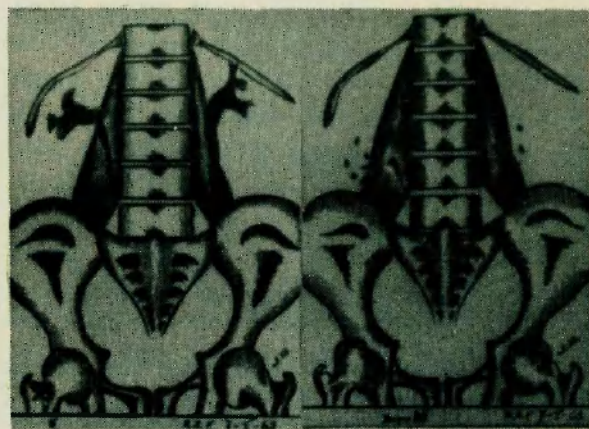
(SLIDE FIGURA No 1) Pielonefritis y Ptosis Bilateral



18-XII-64

7-V-65

Ptosis 7-V-65



SEGUNDO CASO. R. P. de M. 50 años. (Tratamiento desde octubre de 1964).

Dolor D. L., F. I. D. y Genitales.

Hipertensa: 210/100.

Citoscopia: Meato Ureteral (D) Ulcerado. Cultivo selectivo de Orina del riñón homólogo. B. de Koch.

Se le administra específicamente el tratamiento antituberculoso.

Noviembre y diciembre: Mejoría clínica aceptable. Ausencia de Koch.

Enero 1965: Se comienza con prednisona.

Febrero: Urograma Slide F.

Abril: Continúa con dolor dorso-lumbar derecho. Hipertensa. Hidronefrosis (D). Se efectúa Nefrectomía, el 6-4-65. Anatomía Patológica: Pielonefritis inespecífica.

Julio: Dolor dorso lumbar izquierdo. Fenolsufotaleína 90%. Creatinina 74% mg.

T. A. 140/80. (Con hipotensores).

Agosto: Clínicamente mejorada. Tensión arterial 150/80 (sin tratamiento).

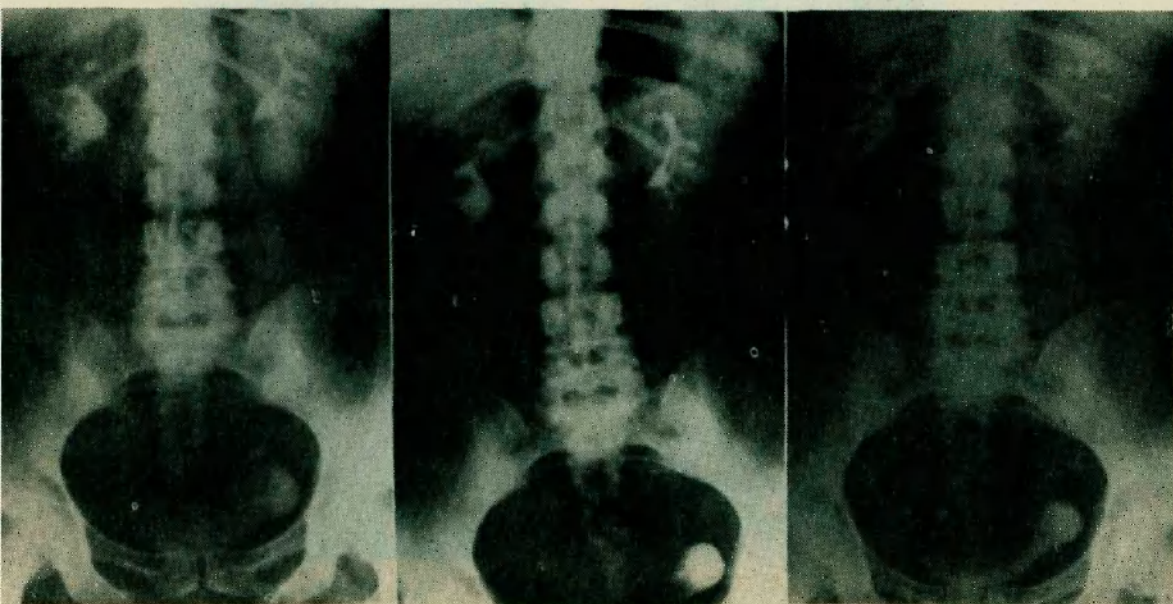
Síntesis: Diagnóstico Pielonefritis con Hidronefrosis (D) e Hipertensión de tipo nefrótica (antecedentes familiares de hipertensión).

Tratamiento antituberculoso durante 4 meses a pesar de la ausencia del Bacilo de Koch desde el primero. Al tercer mes se administra Prednisona y tratamiento clínico complementario. Y aunque su mejoría es moderada, se decide la nefrectomía por su Hipertensión, Hidronefrosis e Infección Inespecífica. Actualmente su tensión arterial ha cedido prácticamente lindando con lo normal. Persiste ligera afección renal izquierda corroborada por el laboratorio.

Clínicamente su estado es satisfactorio.

Pronóstico: Muy reservado.

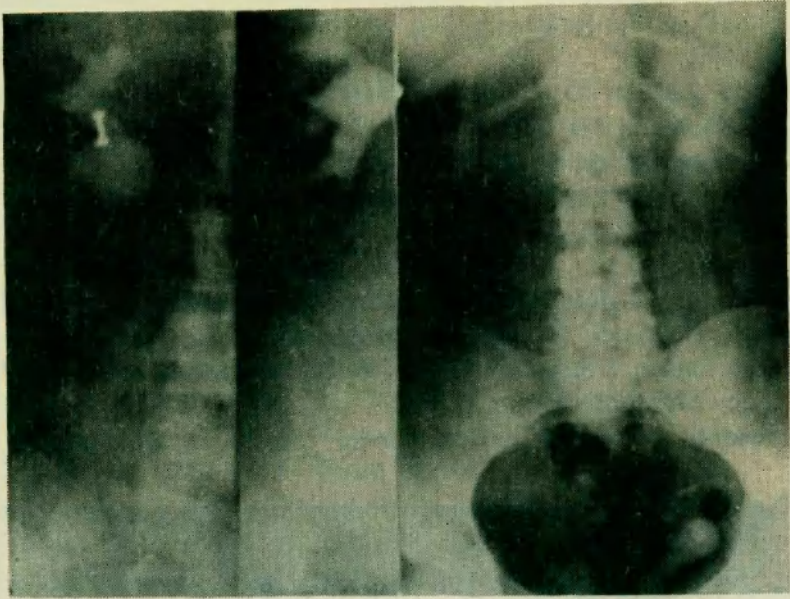
(SLIDE FIGURA 2) Pielonefritis e Hipertensión.



15-II-65

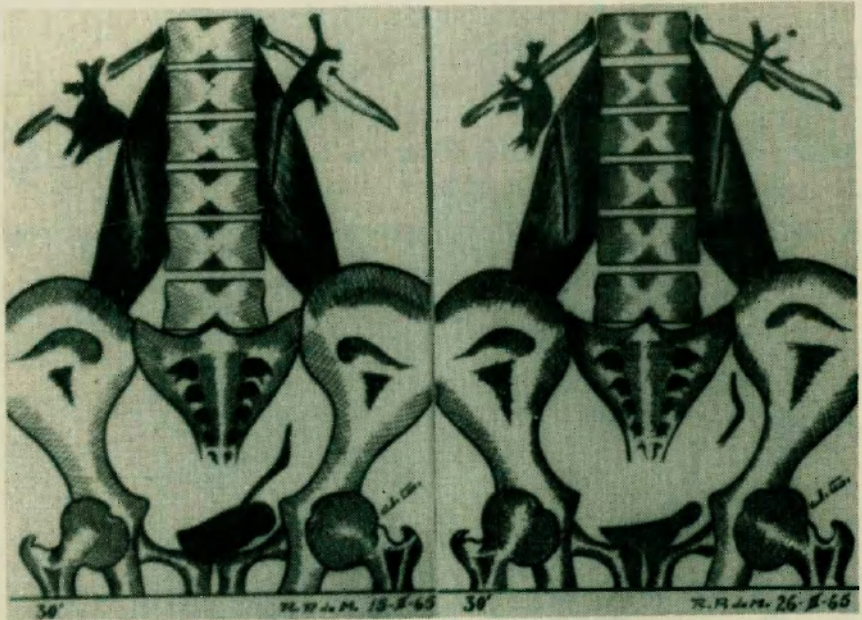
4-IX-64

26-III-65



14-X-64
Cateterismo
Ascendente (D)

Post-operatorio
Nefrectomia (D)
20-VII-65



30'

18-8-65

30'

26-8-65

PIELONEFRITIS Y SU TRATAMIENTO

TERCER CASO. B. I. C., 34 años, Soltera (En tratamiento desde noviembre 1964).

Antecedentes: dolor en F. I. D. Escalofríos. Caries dentarias a los 18 años. En 1961 otitis supurada. Es tratada y curada.

En 1964 (octubre) consulta por dolor en F. I. D. Vómitos.

Diciembre 1964. Dolor D. L. Bilateral con irradiación homóloga. T. A. 130/90.

Urograma excretor. Slide E. (Riñón derecho en Sommeil y dilatación de pelvis del izquierdo). Estado febril. Se extrae por cateterismo orina y se confirma (coli). Instilación de nitrato de Plata en Pelvis renal y se administran 300 cc. de sangre.

Recuperación cuarto día.

Enero 1965: Dolor D. L. D. Sed. Estado febril.

Febrero: Buen estado general.

Marzo: Reaparecen las molestias.

Mayo: Creatinina 95%. Fenolsulfoftaleína 78% mg. Uremia: 0,78 grs.

Junio, julio y agosto: Laboratorio, Radiología y clínica normal.

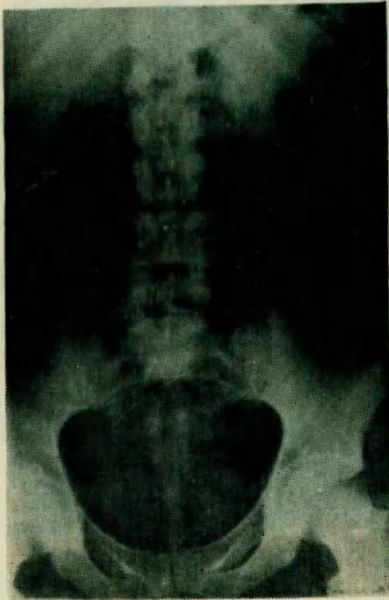
Síntesis: Estado clínico general satisfactorio. Laboratorio y Radiología normal.

Diagnóstico: Pielonefritis crónica curada.

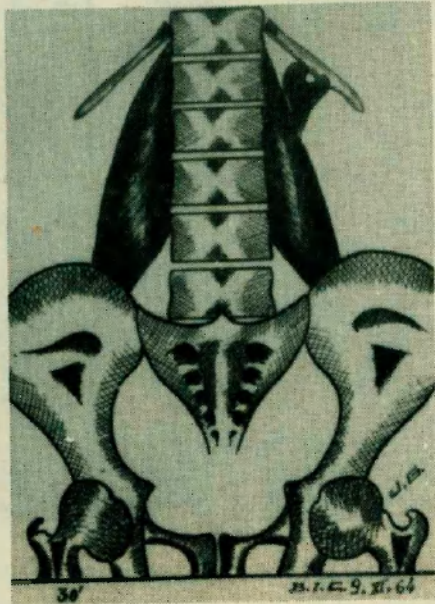
Pronóstico: Bueno.

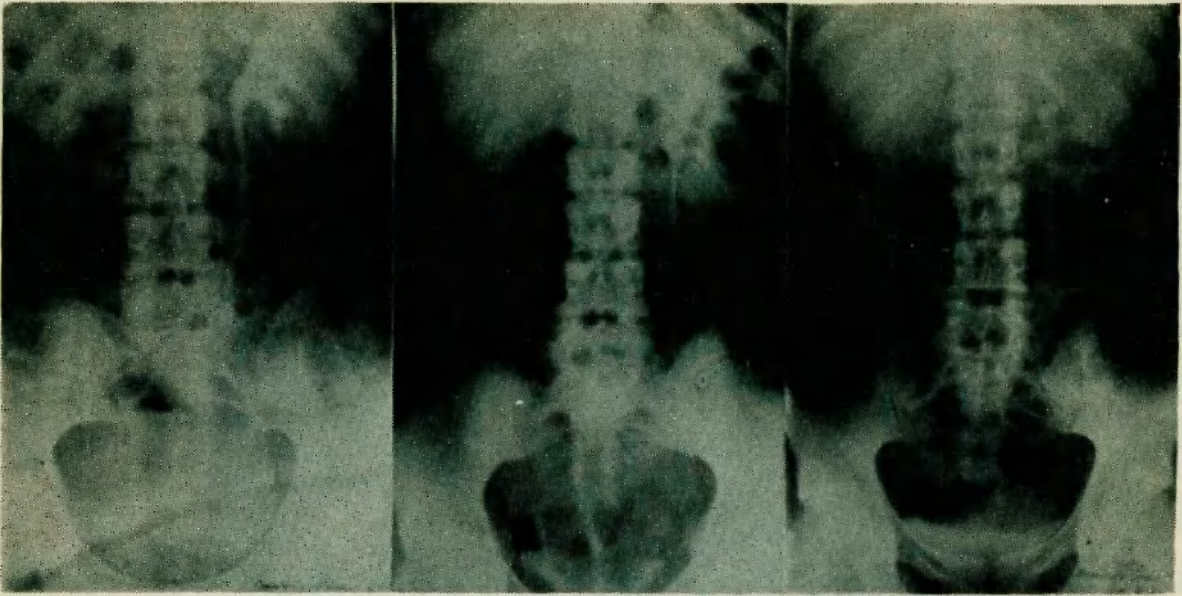
Comentario: El estado clínico actual es favorable y por los estudios complementarios realizados hemos comprobado el normal desempeño de su función renal y su radiología también es satisfactoria (Slide E).

(SLIDE FIGURA 3) Pielonefritis (I) Riñón en sommeil (D) B. I. C. N° 10 (Casuística)



19-XI-64

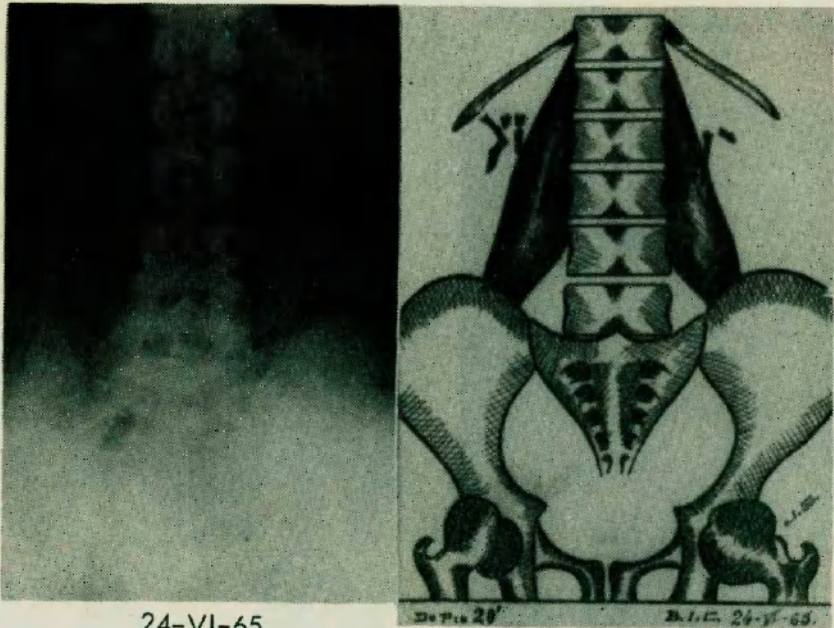




24-XI-64
Cateterismo Ascendente (I)

5-II-65

5-II-65



24-VI-65

De Fig. 20

D. L. C. 24-VI-65

PIELONEFRITIS Y SU TRATAMIENTO

CUARTO CASO. D. R. de P. 32 años, casada (En tratamiento desde septiembre de 1964).
Antecedentes: Estados febriles esporádicos. Dolor dorso-lumbar desde 1962).

Amigdalectomizada en 1963.

Setiembre de 1964: Estado febril y dolor D. L. D. T. A. Mx 120 Mn 75.

Signos Urológicos: Riñón y punto ureteral derecho superior +++.

Se la interna 72 horas por una leucocitosis (27.000) que no concuerda con su estado clínico y se le efectúa un estudio exhaustivo.

Octubre 1964: Afebril, Clínicamente mejor. Disuria. Poliuriuria.

Diciembre 1964: Dolor dorso-lumbar (D).

Enero 1965: Desaparecen sus dolores. Muy mejorada clínicamente. Laboratorio se va normalizando.

Febrero 1965: Febril. Dolor en ambas zonas dorso-lumbares.

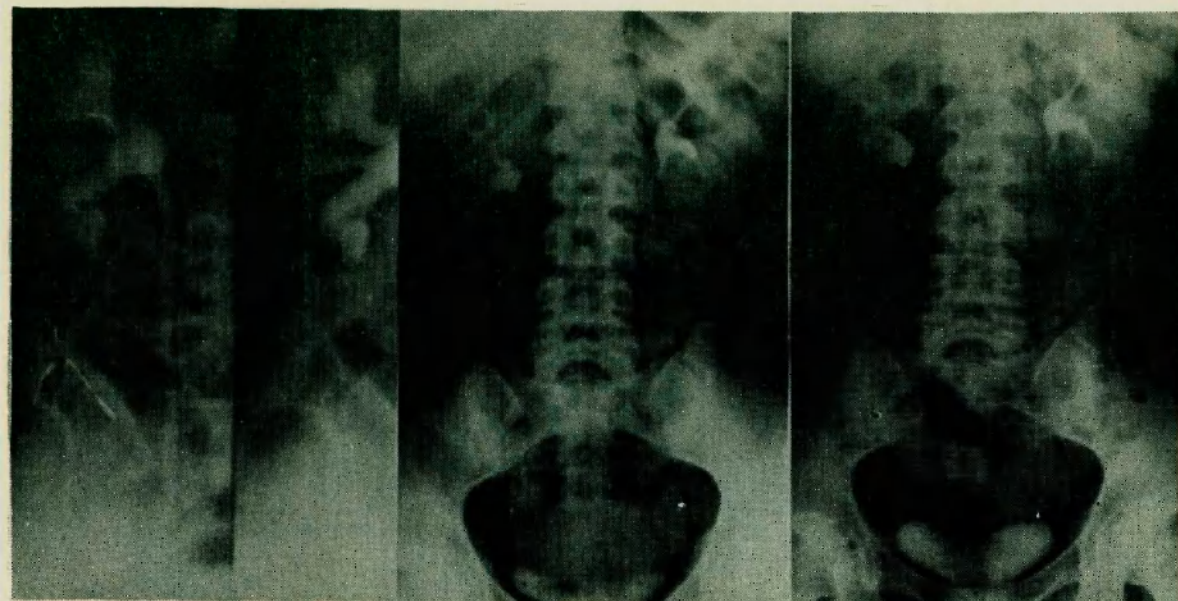
Hematuria: Disuria. Polaquiuria. Antibiograma: Stafilococos.

Marzo 1965: Clínicamente bien. Se efectúa control de Laboratorio y Radiológico en abril, mayo y junio siendo satisfactorio en todos los meses (sin tratamiento)

Diagnóstico: Pielonefritis Crónica (Slide C). Trat. Clínico.

Pronóstico: Bueno (curación).

(SLIDE FIGURA 4) D. R. de P. N° 13 (Casuística) Pielonefritis (D)



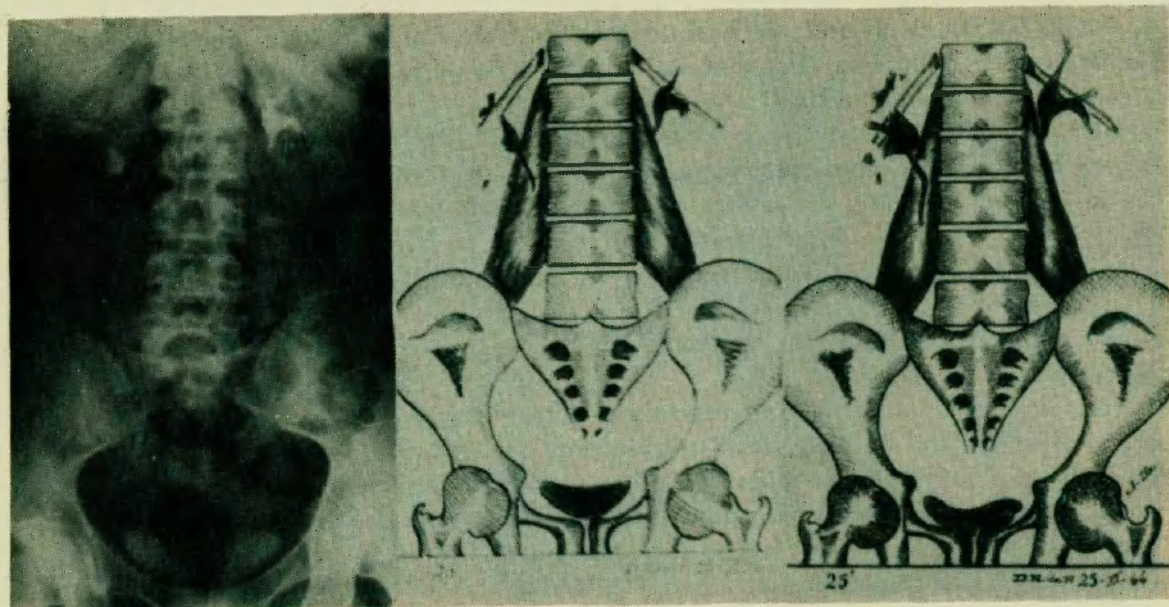
7-IX-64

Cateterismo

Ascendente (D)

5-VII-65

25-XI-64

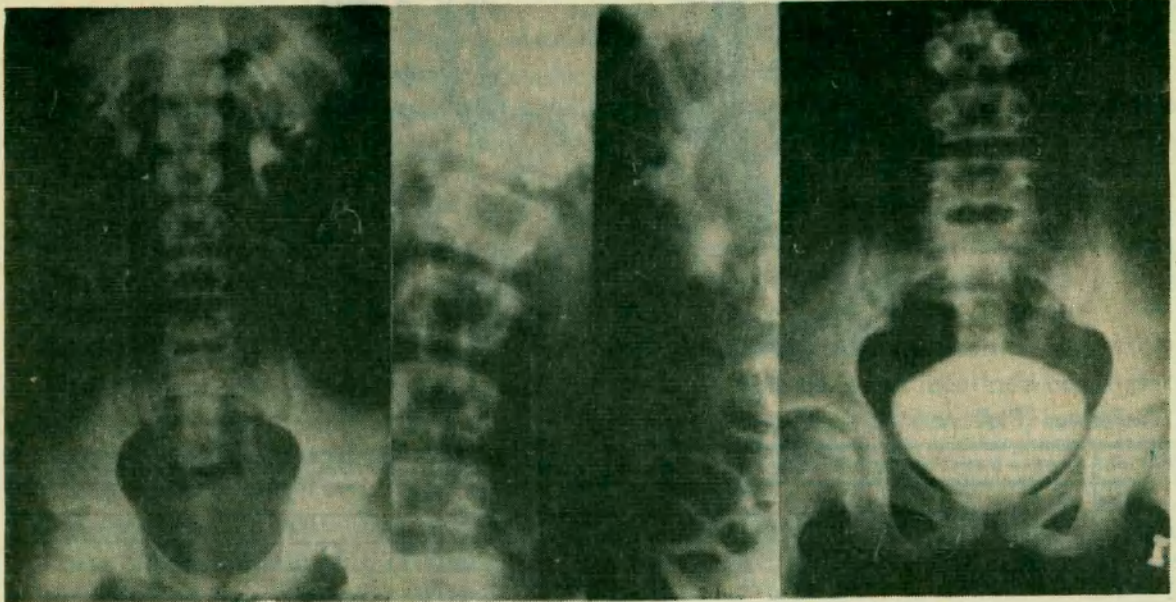


5-VII-65

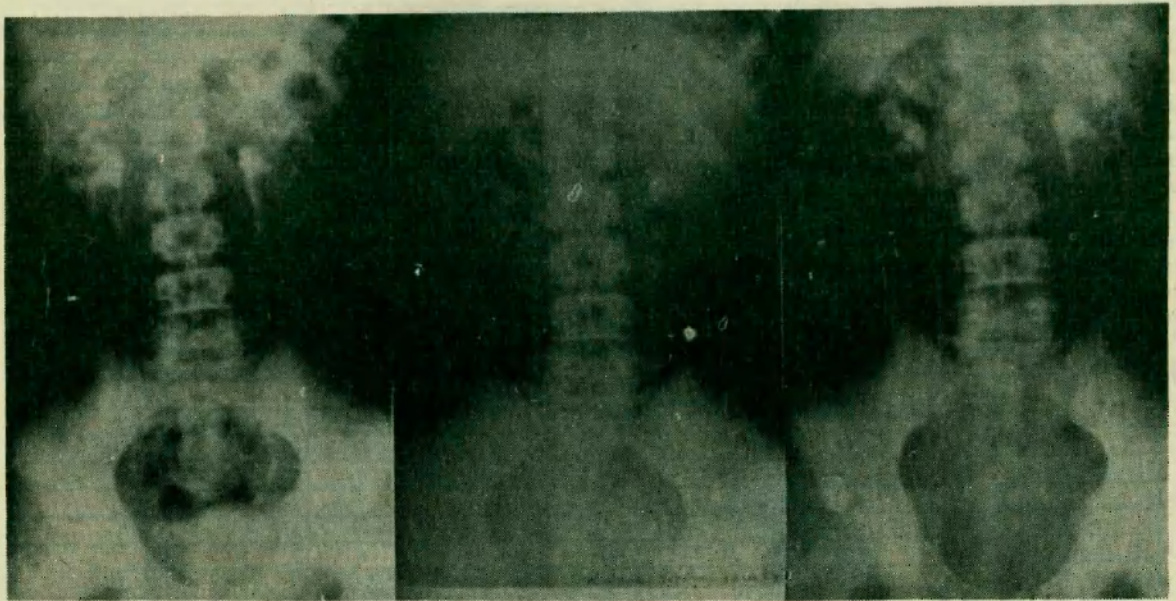
QUINTO CASO. Z. A. S., 12 años. Soltera (En tratamiento desde octubre 1964).
 Antecedentes: Año 1955. Síndrome Febril Piuria, Disuria. Dolor Dorso Lumbar.
 Año 1958: Fiebre, Amigdalitis: operada.
 Julio 1964: Se diagnostica su Pielonefritis. Comenzamos por estudiar y luego efectuar la terapéutica que detallaremos según nuestro criterio.
 Abril 1965: Clínicamente mejor. Afebril. Moderada cantidad de Gram (Coli).
 Junio 1965: Sigue con clínica normal y algún Coli.
 Agosto 1965: Clínicamente se encuentra bien, el laboratorio es negativo y hay en su control radiológico una mejoría evidente aunque no total.
 Síntesis: Pielonefritis crónica (Su alteración radiológica puede persistir por una probable arterial polar o bridas a nivel de pielocalicial).
 Tratamiento: Clínico-quirúrgico.
 Pronóstico: En observación (Slide D).

PIELONEFRITIS Y SU TRATAMIENTO

(SLIDE FIGURA 5) Z. A. S. N° 23 (Casuística) Pielonefritis (Bilat.)



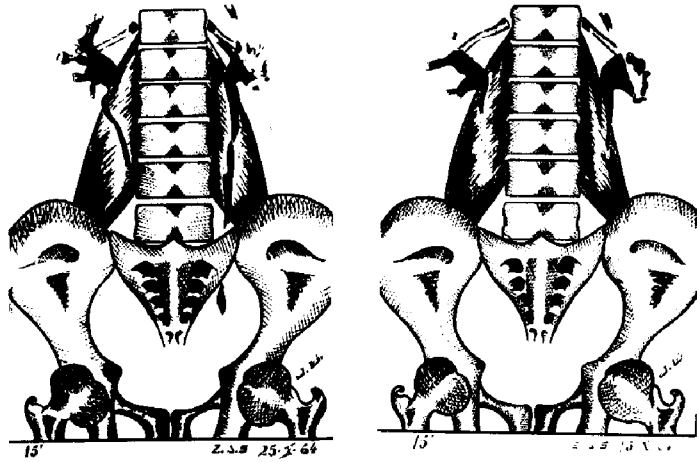
29-V-64

1-VI-64
Cateterismo
Ureteral (D)26-VI-64
Cistografía Miccional
No hay reflujo

25-IX-64

15-X-64

15-X-64



40 Enfermos (Pielonefritis Crónica)

Nº	Ficha	Nombre y Apellido	Edad	Sexo	Estado	Funcional	Kets	Adicc	Urop	Fecha	Diagnostico	Tratamiento	Prognostico
1	62945	A. P. de F.	63	♀	COLL		115	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
2	108247	E. R. de F.	51	♀	COLL		15	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
3	104236	R. G. Z.	25	♂	COLL		23	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
4	18181	R. L. de S.	32	♀	COLL		16,75	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
5	92292	R. X. F.	19	♀	COLL		1225	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
6	65959	R. N. de L.	71	♀	COLL		8,30	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
7	107023	J. A. de B.	24	♀	COLL		7,30	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
8	104026	R. P. de M.	50	♀	COLL		3,5	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
9	32197	O. G. de Y.	37	♀	COLL		13,30	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
10	12265	B. I. E.	34	♀	COLL		23,20	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
11	48524	A. A. de A.	71	♀	COLL		4,25	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
12	107246	M. E. O.	5	♀	COLL		8,75	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
13	92516	D. R. de P.	32	♀	COLL		54,40	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
14	10402	D. E.	32	♂	COLL		13,50	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
15	91889	R. G. de P.	35	♀	COLL		11,75	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
16	16120	M. F. de A.	29	♀	COLL		15,30	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
17	54716	M. B. de B.	75	♀	COLL		55,20	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
18	72116	M. T. de Y.	37	♀	COLL		3,2	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
19	41194	R. de B.	43	♀	COLL		6,75	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
20	71597	E. de D.	52	♀	COLL		5,50	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
21	32744	M. G. de F.	23	♀	COLL		12,25	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
22	108686	L. G.	63	♂	COLL		3,5	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
23	72876	Z. A. S.	13	♀	COLL		12,25	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
24	91888	A. S.	55	♀	COLL		27	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
25	51125	R. H. O.	8	♀	COLL		12	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
26	42992	E. de Z.	52	♀	COLL		14,75	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
27	50774	J. A.	7	♀	COLL		7,25	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
28	10947	A. M.	62	♂	COLL		3,25	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
29	10726	E. T. de S.	2	♀	COLL		15	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
30	36731	M. S.	1	♀	COLL		6,50	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
31	41543	M. G. de S.	23	♀	COLL		17	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
32	54713	A. A.	7	♂	COLL		12,25	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
33	46565	M. E. B.	30	♀	COLL		9,75	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
34	25989	T. L. de R.	52	♀	COLL		15	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
35	42152	D. de E.	51	♀	COLL		28,50	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
36	45200	R. I. A.	32	♀	COLL		37,30	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
37	10723	E. A. de D. M.	28	♀	COLL		18,20	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
38	104139	E. R. de A.	23	♀	COLL		10,50	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	En Observación
39	10723	R. E.	16	♂	COLL		8	++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO
40	10723	E. K. P.	26	♀	COLL		20,75	+++	Intermittente	12/65	Pielonefritis	CLINICO	BUENO

Sintesis: Nombres y Apellidos Edad Sexo Estado Funcional Kets Adicc Urop Fecha Diagnostico Tratamiento Prognostico

TRATAMIENTO

1) Reposo en cama. (1 mes). Paseos vespertinos.

Como terapéutica básica hemos utilizado:

2) Vitamina A como regenerador del epitelio renal y por aumentar la resistencia de la mucosa en los procesos infecciosos. Dosis 50.000 U. diarias durante todo el tratamiento (de 4 a 6 meses) vía oral.

3) Alfatocoferol (vit. E. Sintética).

Como estimulante y regenerador del mesenquima renal y en los trastornos vasculares presentes en esta afección por compresión de los mismos. Dosis: 400 mg. diarios.

Vía: Oral.

4) Sulfonamidas. (Sulfadimetoxina). Lo hemos administrado con dosificación mínima pero permanente; 500 mg. diarios. Vía: Oral. Se obtiene buen resultado con riesgo mínimo de intolerancia (ya que el 80% se elimina en orina en forma de Glucurónido muy soluble). Acción: antibacteriana.

5) Acido Mandelico. (Mandelato de Metenamina).

Es Bactericida (B. Coli) Son resistentes (Stafilococos). Actúa mejor en Ph ácidos. Vía: Oral, No se utiliza en insuficiencia renal, ancianos y Nefrectomizados. Dosis: 3 a 4 grs. diarios. Acidificamos en Cloruro de Amonio.

6) Dieta cetógena: Rica en grasas. Pobre en Hidratos de Carbono; no restricción de sal por falta de reabsorción tubular en pacientes con pielonefritis en evolución.

7) Acido Nalidixico: (Bacteriostático y Bactericida). Aumenta su efecto con sustancias alcalizantes. (Bicarbonato de Sodio 2 a 6 grs. diarios).

Dosis: 2 a 4 grs. diarios (10 días) en adultos y 25 a 50 mg. por Kg de peso en niños.

8) Nitrofuranos: (Bactericidas). Acción: B. Coli. Dosis: 400 mgs. diarios. Vía: Oral.

9) Antibióticos:

De espectro reducido: Estreptomina (Acción medio Alcalino)

Kanamicina. Acción Stafilocócos.

Griseofulvina. Acción sobre las Moniliasis.

Dosis: 1.500.000 U. l. diarias. Vías: Oral.

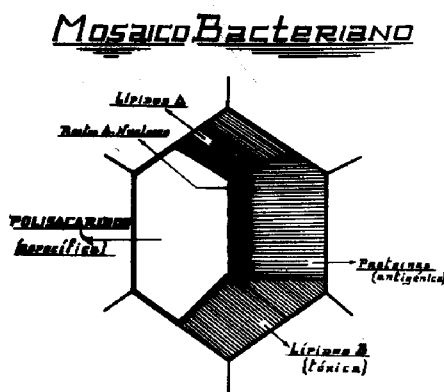
De amplio Espectro: Tetraciclinas. Poco sensibles a los Stáfilos

Cloranfenicol. Acción Gram + y - y en micosis.

Activo: Coli. Colistin 1.000.000 U. l. diarias.

10) Polisacáridos. (Antiestafilococos).

FIGURA Nº 6
SLIDE "A"
Polisacáridos



¿Qué son? ¿Cómo se obtienen? ¿Para qué se utilizan? ¿Cómo actuarían?

Son drogas que se encuentran en experimentación clínica; no tóxicas, que se administran por vía subcutánea o intramuscular. Se obtienen de un Mosaico bacteriano que constituye todo germen y del cual se aísla por la acción de sustancias químicas que destruyen las fracciones lípidicas y proteicas.

La constitución del mosaico bacteriano es la siguiente:

Los Polisacáridos componen una fracción específica.

Los Lípidos constituidos por una fracción tóxica.

Los Prótidos por una fracción antigénica.

Todos ellos se unen entre sí por restos de ácido nucleicos.

El Stafilococo es un germen que produce un anticuerpo de sensibilización (reaginas).

El Polisacárido antiestafilococo es utilizado para actuar específicamente sobre la reagina del germen antes mencionado, obteniendo una actividad de tipo Hapténica sufriendo fraccionamientos escalonados en animales de laboratorio.

Con este criterio podemos pensar que los Polisacáridos actuarían neutralizando las Reaginas por vía Hapténica.

11) Corticoides (12) Prednisona. Son utilizados por el Profesor Armando Trabucco y su escuela desde hace varios años. Por 1) Su poder anti-inflamatorio (10) por todos conocido y 2) porque inhibe la acción a nivel de la corteza suprarrenal, específicamente sobre los Minerales-Corticoides, hormonas que provocan o favorecen la Esclerosis del Parénquima renal.

En un proceso de Pielonefritis crónica, sin estar muy evolucionado, favorece la regresión del intersticio afectado y libera a los vasos del mismo de la compresión existente y como lógica consecuencia disminuye la tensión vascular-renal y la tensión arterial del organismo en general.

En el sistema tubulo-excretor, fundamentalmente alterado en esta afección, disminuye la Isquemia renal y favorece la diuresis por la Relajación Intersticial. En casos de Nefroesclerosis aportan un beneficio bastante marcado junto con las soluciones hipertónicas, y medicamentos adecuados, aunque el desenlace siempre será irremisiblemente fatal.

Dosis:

En los niños: Adoptamos el criterio de administrar el corticoide en días alternos y la dosificación es de acuerdo a la superficie corporal que corresponda a la cantidad que el niño debía tomar en dos días; obviando los inconvenientes colaterales que los corticoides ocasionan (retardo de crecimiento, osteoporosis, fascies cushingoide, hipertensión) con la administración diaria.

La clínica demuestra una evolución favorable (13).

En los Adultos: Terapéutica mensual alternada con disminución progresiva, 12 a 15 mg. como dosis única diaria (11) (10 días). Se sigue con 8 a 10 mg. (10 días) para terminar con 4 o 5 mg. (10 días).

Se descansa y se vuelve a repetir dicho esquema.

Síntesis:

Creemos que con el enfoque clínico-terapéutico que hemos adoptado para las Pielonefritis los enfermos han notado una evolución favorable y algunas veces la curación; exceptuando aquellos casos en que se impone la cirugía reparadora o radical que es tan necesaria para modificar el pronóstico de una afección tan común y de tan difícil curación.

Los corticoides provocarían una regresión favorable y precoz del intersticio renal, que conjuntamente con los otros compuestos terapéuticos, logran una mejoría clínica evidente y de mejor pronóstico en los procesos de Pielonefritis crónica.

En cuanto a los Polisacáridos diremos que son medicamentos específicos que los utilizamos desde hace sólo cinco meses en enfermos que padecen de Stafilococcia (25 aproximadamente).

A pesar de que el estado clínico y el laboratorio nos confirman sobre su evolución favorable, son pocos los pacientes y menos aún el tiempo como para dar una conclusión definitiva, esperando en el futuro ampliar con mayor experiencia la afectividad de este producto.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Campbell M. F. - "Principles of Urology". pag. 213. W. B. Saunders. Filadelfia. 1957.
- (2) Armando Trabucco y Fernando Márquez. Rev. Arg. de Urología. Vol. XXIV. Nos. 1/3, 1955.
- (3) Armando Trabucco y Fernando Márquez. - Conformación del Ovillejo Glomerular del riñón. Rev. Arg. de Urol. 19: 87-108. Enero-junio 1950.
"The Venous Junction of the glomerular artery". Vol. 72 N° 6. December 1954. The Journal of Urology.
- (4) V. Miatelo. Nefrología (Inter-Médica). Pág. 371. Año 1963.
- (5) Schreiner G. E. Arch Int. Med. 102: 32, 1958.
Prensa Médica Argentina. Vol. 46 N° 16. 1959.
- (6) Yale J., Katz y Col. - The prednisolone Provocative Test for Pyelonefritis. Lancet 1; 1144. 1962.
- (7) V. Miatello. (Intermédica) Nefrología. 1963.
- (8) De Wardener. Londre. (Prensa Universitaria) 9 de Abril 1962. Año 1 N° 4.
- (9) Jan Maclean Smith y L. Lengo. (Día Médico, Buenos Aires). 7 de julio 1958.
- (10) L. Moreau. París. La Presse Medicale. N° 51 (28 noviembre 1964). Pág. 3041/44.
- (11) H. A. Matthews. Medical Times. Vol. 90; Pág. 934/39 (1962).
- (12) Armando Trabucco y Jorge Garimaldi. - Los Corticoides en el tratamiento de la Pielonefritis. IX Congreso Americano de Urología. Diciembre 1965. Uruguay (Libro en Prensa).
- (13) L. F. Soyka y K. M. Sacena (Servicio de Pediatría). Hospital General de Massachusetts. Boston EE. UU. Revista MD en Español, septiembre 1965.