

Comentario a la ponencia sobre "Fisiopatología de la Toxemia Gravídica"

Presentado al III Congreso por el Comité Nacional de Estudios de Toxemia *

Doctores Carlos R. Silva Mojica, Miguel A. Fernández Bastidas, **, Belisario Calderón M. y J. A. Gómez Palacino

BOGOTA

PATOLOGIA DE MADRES Y NIÑOS

COMENTARIO

1º Agradecemos al Presidente de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología, doctor Hernando Amaya León, el habernos encomendado la misión de comentar la ponencia presentada por los especialistas de Cali.

2º Manifestamos nuestra incompetencia para estudiar tan intrincado tema, no solo por nuestra deficiente ilustración al respecto, sino por falta absoluta de tiempo, ya que es inaceptable que un Servicio de Toxemias que tiene más de dos años de funcionamiento, elabore a última hora algunas observaciones y las envíe a los comentaristas, seis días antes de la instalación del Congreso, cuando esto ha debido hacerse con uno o dos meses, por lo menos, de anticipación.

3º Salvando estos inconvenientes y con ánimo únicamente de colaborar en el buen desarrollo de este III Congreso de Obstetricia y Ginecología, hemos sometido a un intenso estudio dicho trabajo, con la colaboración de otros especialistas (patólogos, endocrinólogos, etc.).

4º Como lo reconoce el mismo doctor Escobar Soto, el tema oficial de la ponencia no ha sido desarrollado, pues el trabajo no versa sobre "Fisiopatología", sino que se intitula "Toxemias del embarazo".

* Comité creado con tal fin en febrero de 1956.

** Coordinador Nacional para el estudio de toxemia por nombramiento hecho en el II Congreso Nacional celebrado en Cali.

5º En todo caso reconocemos el alto interés de sus autores por el estudio de la toxemia y por el sistema de trabajo en equipo, única forma de obtener resultados prácticos en investigaciones médicas, como lo tenemos comprobado con la fundación, hace ya cuatro años, del Primer Servicio de Toxemias Gravidícas establecido en Colombia por nosotros en la Clínica Primero de Mayo (Seguro Social), en Bogotá, D. E.

6º Anotamos como uno de los principales progresos alcanzados en el Departamento de Toxemias de Cali, la adopción de la moderna clasificación de toxemias (1951, Titus, Mc. de Cormich, Eastman y Greenhill), que nosotros hemos seguido desde la iniciación del Servicio de Toxemias de la Clínica Primero de Mayo y que además presentamos hace dos años en el Congreso de Cali.

7º Sería conveniente que en las conclusiones de este Congreso se "oficializara", por decirlo así, en Colombia, esta clasificación, con objeto de unificar criterios y poder comparar diversas estadísticas.

8º Es sorprendente el número de autopsias presentado por los ponentes: 83.3%, aunque este porcentaje sobre totalmente.

Más acertado sería decir que en 12 defunciones maternas por eclampsia, se hicieron 10 autopsias. En todo caso la sistematización de la autopsia por ellos establecida, es un aporte valiosísimo que merece felicitación. Lamentablemente nosotros no contamos con este factor ni con el poderoso respaldo científico, técnico y económico de una Universidad como la del Valle.

9º Los exámenes anatomopatológicos maternos (hígado, riñón, cerebro, etc.), están en un todo de acuerdo con lo clásicamente anotado en trabajos suficientemente conocidos de Dieckman, Theobald, Sheehan, etc.

Es importante anotar que en los exámenes anatomopatológicos de riñón, aparecen cuadros característicos de lesiones renales francas, en pacientes con diagnóstico de toxemia. Es interesante la anotación sobre frecuente hallazgo de lesiones esclerosas y ateromatosas de la aorta, como también la investigación sobre la mayor frecuencia de ateromatosis en mujeres (sobre todo en embarazadas), que en hombres. Muy laudable también el hecho de señalar las muertes evitables (anestesia, dehiscencia de la sutura del segmento y endometritis gaseosa). Así es posible corregir sistemas de anestesia o de técnica quirúrgica y métodos de asepsia y antisepsia obstétricas. Lástima que no señalen en los resultados de biopsia por punción hepática, si han

comprobado el hecho anotado por varios investigadores de que las lesiones hepáticas de la eclampsia solo aparecen uno o dos días antes de la defunción.

Son de interés igualmente las observaciones sobre lesiones pulmonares en la eclampsia, como la anotación de que "el tratamiento de la toxemia debe incluir la prevención y tratamiento de estas complicaciones".

10. No hay datos sobre número de toxémicas atendidas, incidencia, frecuencia, mortalidad, etc.

11. En los exámenes anatomopatológicos de los fetos es de anotar el hallazgo de madurez avanzada de los genitales en un feto femenino (por alto nivel de ganadotropinas en la sangre de la madre toxémica), no aparece el resumen sobre la patología de los fetos.

C. R. S. M.

BIOPSIA RENAL, BIOPSIA HEPATICA

COMENTARIO

Los autores presentan un resumen sobre el estudio anatomopatológico de hígado y riñón en pacientes afectadas de toxemia gravídica.

Dicho resumen está dividido en dos partes: la primera se relaciona con la biopsia de hígado y la correspondencia de los hallazgos microscópicos con el funcionamiento hepático. La segunda se concreta a los hallazgos en las muestras de riñón tomadas igualmente por punción biopsia.

En relación con el primer capítulo: "Biopsia de hígado y pruebas de función hepática en toxemias del embarazo", los autores hacen un recuento de la técnica de la punción biopsia, sus contraindicaciones, reacciones y complicaciones. Tales biopsias fueron practicadas a 21 pacientes, de las cuales solamente 3 eran gestantes y 18 púerperas.

Suponemos que las pruebas de funcionamiento hepático fueron practicadas simultáneamente con los estudios anatomopatológicos correspondientes, ya que su objeto fue el de realizar una comparación.

Como lesiones anatómicas importantes, encuentran los autores: zonas de metamorfosis grasa, necrosis centrolobulillar, hemorragias subcapsulares, infiltración leucocitaria peri-portal y

en algunos casos cuadros de regeneración caracterizados por disparidad en el color y tamaño de los núcleos, así como también presencia de hepatocitos binucleares.

Respecto a los resultados de las pruebas de funcionamiento hepático, los ponentes del presente trabajo conceden alguna significación a los que hacen relación con la reacción de Hanger, índice icterico y disminución de los valores del fibrinógeno; que demostrarían la participación hepática en el proceso de la toxemia.

Tenemos la impresión de que se invirtió el orden en la realización de las experiencias; ya que éstas seguramente hubieran dado resultados más concluyentes, de haberse verificado **ante-partum** en su totalidad y no durante los días del puerperio.

Estamos de acuerdo con los autores en que la repetición de estas biopsias no deja de tener los riesgos que ellos mencionan, que no son nada despreciables. Creemos que relacionando punción-biopsia con pruebas de función hepática **ante-partum**, tendrían un buen punto de referencia para practicar ya en el puerperio nuevas pruebas de funcionamiento hepático que darían lógicamente una idea comprobatoria más exacta y sería así el procedimiento bastante más inocuo.

No debemos olvidar el concepto del español Juan Vanrell, quien al referirse a las pruebas de funcionamiento hepático afirma que "pueden ser normales o alteradas de acuerdo con el momento de examen". Por otra parte, si las lesiones hepáticas son la consecuencia y no la causa de la toxemia, como se ha establecido, es lógico suponer que pasada la toxemia, han de reponerse las lesiones anatómicas y recuperarse las funciones correspondientes al órgano antes afectado. De ahí la importancia del control funcional posterior.

En cuanto al capítulo "Biopsia renal en pacientes con toxemia del embarazo", los autores describen la técnica, el tipo de pacientes investigadas y los hallazgos patológicos.

El número de casos es muy reducido y los autores mismos se anticipan a declarar que ese factor no permite sacar ninguna conclusión, en lo cual estamos nosotros en perfecto acuerdo.

Tales biopsias se practicaron por vía percutánea y por laparotomía en dos casos de intervención cesárea. De los 10 casos estudiados solamente en 6 de ellos se obtuvo tejido renal y apenas en 3 de dichas biopsias se apreciaron modificaciones tisulares, tales como engrosamiento de la membrana basal, engrosa-

miento de los vasos aferentes, material de aspecto fibrinoide eosinófilo dentro de la cápsula de Bowman, etc.

A manera de resumen y queriendo tan solo emitir nuestro concepto sereno en relación con los estudios anatomopatológicos realizados por los ponentes de la ciudad de Cali, exponemos lo siguiente:

1o. Se han puesto en práctica procedimientos de investigación no usados hasta ahora entre nosotros en el estudio de la toxemia gravídica, lo cual nos parece laudable y recomendable.

2o. A la luz de la medicina solo la comprobación anatomopatológica confiere validez plena a los trabajos científicos de investigación y éste es un factor que merece relievase en el trabajo comentado.

3o. El número de casos investigados no permite sacar ninguna conclusión valedera.

4o. Tenemos la impresión de que se carece aún de experiencia en las técnicas de punción biopsia y ello hace que estimulemos el interés por esta clase de medios investigativos.

5o. No han encontrado los autores del presente trabajo ninguna disparidad entre sus hallazgos y las lesiones descritas **post-mortem**, en los textos clásicos ni con las investigaciones de los autores modernos que preconizan la biopsia en el estudio de las lesiones orgánicas que acompañan las toxemias gravídicas.

J. A. G. P.

PATOLOGIA PLACENTARIA — ABRUPTIO PLACENTAE

COMENTARIO

El comentario del trabajo que sobre patología placentaria presentan los doctores Escobar_Soto, Henao_Cabal y Muñoz_Delgado al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, nos parece de capital importancia para la valoración de la ponencia de la Universidad del Valle, por la novedad en nuestro medio del material estudiado y la importancia que tiene el tratar de aclarar la etiología de la toxemia gravídica.

Los ponentes dicen haber seleccionado, entre doscientas placentas de mujeres toxémicas, cincuenta y seis especímenes repartidos de acuerdo con el diagnóstico en la siguiente forma: 23 pre-eclampsias leves, 20 pre-eclampsias graves, 10 eclampsias y 3 en-

fermedades crónicas, hipertensivas con toxemia aguda sobre-agregada. Analizando además en capítulo aparte, doce historias de **abruptio placentae**. Todos los casos aparecen con su correspondiente reporte anatomopatológico.

La clasificación adoptada fue para las lesiones placentarias la de R. A. Bartholomew, quien varios años después de Young (1914), iniciador de este estudio en Inglaterra, anotó el hallazgo de áreas de reciente degeneración en la superficie materna, de placentas obtenidas de pacientes toxémicas, en especial de aquellas que habían sufrido **abruptio**.

Ultimamente, en muy recientes publicaciones (julio 1º de 1957), Bartholomew dio a conocer los resultados definitivos de estudios hechos sobre placentas toxémicas, utilizando la técnica de fijarlas en formalina al 10% durante 4 a 6 semanas; proponiendo una clasificación anatomopatológica de las lesiones halladas; basada en el hallazgo constante de infartos placentarios. Dicha clasificación fue adoptada por los autores del estudio en referencia.

Muchos han sido los investigadores que además de Bartholomew han hecho hallazgos en la placenta toxémica. Posteriores a Young, que como se dijo fue el iniciador de ellos; Patterson, Hunt y Nicodemus (Estados Unidos). Falkmer (Inglaterra) y Thomsen y Spanner (Alemania), han hecho interesantes aportes al tema en los últimos años.

Young opinaba desde un principio que en la placenta toxémica se encontraban lesiones que eran el "resultado de anomalías en la circulación materna y no en la fetal". Su hallazgo en pacientes aparentemente no toxémicas ha sido aclarado por Chesley (1956), quien analizando las historias correspondientes, encontró datos no suficientemente valorados de proteinuria **pre-partum** y cifras tensionales, por encima de las normales en el parto, aun en el primer día del puerperio.

En cuanto a la técnica adoptada por los ponentes, con el objeto de fijar las piezas, nos parece que no fue seguida fielmente por los patólogos, puesto que, como ya lo dijo Bartholomew, con razones valaderas hay un mínimo de 3 a 4 semanas; siendo a todas luces insuficiente el promedio de fijación de 10 días adoptado por ellos. Igualmente es criticable el hecho de no haber presentado a manera de control, preparaciones llevadas a cabo con la misma técnica en placentas normales aclarando así los resultados dudosos.

La técnica de coloración es la seguida por Burstein y Col., de la Universidad de San Louis, utilizando el colorante de Weigert-Vorhoeff más la "coloración periódica ácida de Schiff (Pas).

Entre nosotros es el primer trabajo presentado con un número tan grande de casos, observados en un tiempo relativamente muy corto (3 meses), llegando a igualar el número de casos presentados en julio de 1957 por el mismo Burstein. Por este motivo, a juzgar por la gran frecuencia de toxemia en la maternidad de Cali; a pesar de la ya prolongada campaña de profilaxia, que tuvimos oportunidad de observar en nuestra última visita a raíz del II Congreso; ha habido material suficiente para la encomiable presentación del presente estudio. Haciéndonos valorar la importancia que tiene tanto para los obstetras como para los patólogos, llevar a cabo un examen sistemático de las placentas de pacientes tenidas como toxémicas. Siendo de tal importancia este hecho, que hoy día el diagnóstico diferencial, de un caso no suficientemente aclarado, puede hacerse por medio del reporte de placenta enviado por el patólogo.

En cuanto a la lesión típica, el infarto placentario, solamente hoy día se ha llegado a aclarar que no es el efecto sino su causa, como muy bien lo anotan los autores de la ponencia; siendo producidas tales lesiones, por causas de orden tóxico y hormonal, no suficientemente puntualizadas por ellos.

La isquemia obra como la causa primera en la aparición de infartos placentarios. El bloqueo de una arteriola vellositaria, por arterioesclerosis, o por cualquier otro proceso oclusivo, da la posibilidad de que la vellosidad afectada, al servirse de la sangre subocoriónica, de inferior calidad (poca cantidad de O₂), explique la aparición de infartos en territorios irrigados anteriormente por el vaso ocluido. No pudiéndose admitir la existencia de una toxemia sanguínea materna, puesto que si así fuera, el infarto se presentaría en toda la superficie placentaria.

En relación con el pronóstico materno-fetal y fundados en los hallazgos placentarios que estamos comentando, debemos recalcar sobre la importancia de una oportuna inducción en especial cuando la hipertensión persiste a pesar del tratamiento; pues tal como lo sosteníamos en el Segundo Congreso de Cali, una paciente en quien no ha cedido este signo después de un tiempo, tiene fatalmente un parto con feto muerto; por las lesiones placentarias, que bien pueden llevarla hasta el **abruptio**.

A propósito de los hallazgos anatomopatológicos placentarios que motivan esta ponencia, parecemos importante recalcar algo más sobre la fisiopatología propiamente de la toxemia en relación con el factor placenta.

Desde 1936, Spanner describió detalladamente la circulación placentaria, recalcando la importancia de unas válvulas o esfínteres en las venas colectoras fetales; situadas dentro de la superficie fetal placentaria y susceptibles de estar accionadas por una hormona espasmogénica, con todas las características de la ocitocina. En efecto, con el embarazo la interrelación entre hipófisis, ovario y suprarrenales, es más completa con la aparición de las gonadotropinas coriónicas, y las modificaciones en la tasa de hormonas adrenocorticotróficas, adrenocorticosteroides, estrógenos, ocitocina, progesterona y acetilcolina. Así la hipófisis sufre un estado de hiperfunción en especial en la producción de hormona antidiurética y pitocinasa del lóbulo posterior, y pitresín y pitocín del anterior (el primero con acción algo ocitócica, además de la presora).

Las suprarrenales, cuya hiperfunción está demostrada en la toxemia, después de las dosificaciones de corticosteroides, hechas en embarazadas toxémicas con enfermedad de Addison, está íntimamente ligada a un aumento de niveles de estrógenos y a un exceso de estímulo de la ACTH placentaria, o hipofisiaria. Tales hechos fueron demostrados por Lloyd y Hughes, al concluir que el 25% de los corticoides eliminados el tercer trimestre, son compuestos desoxilados que van a influenciar el metabolismo del agua y de los electrolitos y que tienen además marcada acción hipertensiva. Igualmente el hallazgo de grandes cantidades de DOCA y cloruro de sodio (en las paredes arteriales), es causa eficiente de hipertensión.

En cuanto a los estrógenos existe un sinergismo entre los hallados en estado libre y los factores ocitócicos hipofisarios. El exceso de estrógenos causa hipertrofia de las suprarrenales y predispone a la retención acuosa; así como también se afirma que la acción estrogénica condiciona el sistema vascular materno para una acción más intensa de parte de los corticoides.

La progesterona, como se recuerda, aumenta desde la fecundación hasta la tercera semana anterior al parto; momento en el cual presenta los niveles más altos, para declinar luego rápidamente. Es antagónica de los estrógenos y la pituitrina (Snyder).

De acuerdo con lo anterior, es posible que los vasos fetales placentarios y los esfínteres venosos ya descritos, puedan ser sensibilizados a través del embarazo a la acción del pitresín y pitocin aumentando la tendencia a espasmos, y por lo tanto a toxemia.

Parece que el grado de predisposición de las embarazadas a la toxemia, está ligada, tanto al grado de inhibición sanguínea a la ocitocina, como al grado de contracción de los esfínteres venosos y comandada por los estrógenos, la desoxicorticosterona y la sensibilización al cloruro de sodio.

De esta manera estamos plenamente de acuerdo con los ponentes, en que la toxemia verdadera (pre-eclampsia, eclampsia. **abruptio**), se caracteriza por una patología placentaria especial (infarto agudo y sub-agudo), producida posiblemente por acción hormonal, sobre los esfínteres venosos presentes en los vasos fetales placentarios.

En cuanto al comentario especial de los casos de **abruptio**, parecemos muy puesto en razón el plan seguido al correlacionar dicha grave complicación con la fibrinogenopenia, que afortunadamente no llegó en ninguno de los cuatro casos a un estado agudo, puesto que el tratamiento instituido a base de transfusiones de 500 c. c. de sangre total, hubiera sido a todas luces insuficiente en defecto de fibrinógeno puro.

Por último, hacemos un comentario acerca del caso señalado como útero de Courvelair, casos por demás muy raros hoy día, el cual no fué tratado por histerectomía, por haberse retraído el útero con la aplicación de ocitócicos durante la intervención cesárea. A nuestro modo de ver, si tal cosa ocurrió con la inyección intramural de pitocin, fue porque no se trataba afortunadamente de tal complicación, la cual, si hubiera estado presente, no se habría modificado con la medicación, por existir ya una profunda alteración histológica, que hubiera impuesto la histerectomía.

M. A. F. B.

COMENTARIO AL TRABAJO DE COLAPSO VASO-MOTOR PUERPERAL PRESENTADO POR EL DOCTOR JORGE ESCOBAR SOTO

La presentación y modo de desarrollo es perfecto. El tema escogido por el doctor Escobar Soto es sumamente interesante (y hubiéramos querido agotar hasta la saciedad la consulta de literatura al respecto).

En cuanto al mecanismo de producción del shock **post-partum** en las toxemias, queremos hacer notar la importancia tan enorme que últimamente se le ha dado a la aldosterona en la regulación de los electrolitos.

Desde el trabajo de G. Gonn en 1954, confirmado por otros investigadores, se ha demostrado la importancia del llamado hiperaldosteronismo secundario, presente en condiciones tales como la insuficiencia cardíaca completa, la insuficiencia hepática descompensada, particularmente en la toxemia gravídica.

Tal situación ha sido comprobada por el hallazgo concorde, con tales condiciones de valor elevado en la secreción urinaria del aldosterona.

La aldosterona, mineralo-corticoide **natural típico**, es el esteroide encargado de regular el equilibrio electrolítico. Su producción es independiente de la hipófisis y está condicionado por las alzas o bajas del sodio y aparentemente también por el volumen del líquido intracelular (Nenning).

Consideramos que el mecanismo del "**shock post-partum**" en la toxemia, está íntimamente ligado a un trastorno en la producción de aldosterona, que es independiente de la atrofia cortico-suprarrenal provocada por el suministro de glucocorticoides o de esteroides placentarios.

Es por esto que no somos unos convencidos del mecanismo de producción del colapso, por insuficiencia suprarrenal, influenciada por esteroides placentarios.

Hubiéramos querido hacer un estudio completo y revisar al máximo la literatura al respecto, pero en cinco días hábiles antes del congreso, es materialmente imposible.

Se nos ocurre que el número de casos es muy pequeño, pues tan solo presentan cinco historias clínicas, de las cuales solo dos tienen comprobación por exámenes de laboratorio.

Creemos que si la búsqueda de material se hubiera efectuado desde hace dos años (época en que se escogió el tema para este congreso) el número de casos hubiera sido mayor. Es de anotar que los primeros casos fueron de septiembre de 1957.

Nos parece que el tema es bastante novedoso entre nosotros y está muy bien orientado. El tratamiento con solución salina es lo más aconsejable y debe hacerse conocer entre los médicos que ejercen la obstetricia por el gran beneficio que se presta a las pacientes y los resultados tan excelentes que se obtienen.

COMPLICACIONES DE LAS TOXEMIAS DEL EMBARAZO**(ABRUPTIO PLACENTAE)**

COMENTARIO

Comentamos el estudio que con este título presentó al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología reunido en Ibagué, el doctor Saulo Muñoz Delgado.

A pesar de salirse del tema propiamente de fisiopatología, por tratarse principalmente de una muy completa monografía de la enfermedad general (**abruptio placentae**), en la cual su autor hace un detallado estudio de la evolución histórica, con lujo de detalles, y de su frecuencia, valiéndose para el efecto únicamente de estadísticas extranjeras (Estados Unidos), sin mencionar en ningún momento estadísticas colombianas que sí las hay.

La parte relativa a su sintomatología está tan bien, que cualquier texto moderno de obstetricia se sentiría orgulloso de poder tener un capítulo tan detallado al respecto.

El tratamiento médico, obstétrico y quirúrgico que estudia, está de acuerdo con nuestros conocimientos actuales. Creemos, además, que en los casos en donde se presenta una baja de fibrinógeno, sería conveniente tener en cuenta la aplicación endovenosa de plasma en solución concentrada. En nuestro medio, donde es muy difícil conseguir fibrinógeno, el plasma ha dado más éxitos que la sangre total; y no queriendo insinuar que la sangre no sirve, sino que el plasma humano desecado y disuelto en el momento de su aplicación en forma concentrada, ha salvado más vidas que la misma sangre.

Nosotros lo utilizamos en la siguiente forma: 500 gramos de plasma disueltos en 250 c. c. de solvente, para ser aplicados dos dosis o sean 1.000 gramos inicialmente, con un tiempo de duración de la aplicación, que no debe ser mayor de treinta minutos a cuarenta y cinco minutos; al mismo tiempo que se efectúan los demás tratamientos complementarios.

EMBARAZO EN LA PACIENTE DE HIPERTENSION CRONICA

Monografía

Howard J. Tatum Ph. D. M. D.

COMENTARIO

En primer lugar creemos que la tensión arterial no sufre modificación apreciable con el embarazo normal, y lo más importante para valorarla es correlacionar su alza, con cifras tensionales anteriores al estado grávido.

Consideramos que el estudio del embarazo con hipertensión está bien orientado y en nada peca contra los conceptos modernos.

El doctor Tatum se limita a hacer algunas anotaciones y observaciones en caso de hipertensión, teniendo en cuenta su gran práctica de ocho años en la clientela del Charity Hospital, de Nueva Orleans (Estados Unidos).

Estamos en todo de acuerdo con las observaciones e indicaciones dadas por el autor de la monografía, pero nos sorprende ver que no existe ninguna historia clínica.

Sabemos por nuestros estudios presentados en el congreso pasado que la enfermedad hipertensiva es peligrosa para la madre y fatal para el feto en la mayoría de los casos.

Hubiéramos visto con gusto un estudio detallado de casos clínicos al respecto.

REVISION DE APLICACION DE FORCEPS EN PACIENTES TOXEMICAS

COMENTARIO

Este estudio presentado junto con la ponencia de fisiopatología de las toxemias, bien pudiera haberse inscrito entre los temas libres, por no cuadrar suficientemente dentro del temario.

Hace un análisis pormenorizado de las principales causas de anoxia fetal en toxemia, tratando de justificar por este mecanismo las aplicaciones de fórceps, no siempre "bajos", como los denominan los autores, ya que de veinte casos tres son fórceps medios, y dos son tomas altos, que no fueron propiamente indicados

por el estado toxémico sino por otras causas no suficientemente aclaradas y que no viene al caso comentar.

Parécenos más importante hacer resaltar la influencia de la anestesia empleada en la mayoría de los casos por medio de triclórico-etileno, el cual, según estudios publicados por uno de nosotros (B. Calderón), demostró la enorme frecuencia de hemorragias **post-partum**. Sin hacer comentario de la acción nociva de esta sustancia inhalada sobre órganos como el hígado, que de acuerdo con los mismos estudios anatomopatológicos presentados hoy, justifican una crítica rotunda a la anestesia empleada en más del 70% de los casos.

Estamos en un todo de acuerdo con los autores doctores Be-tancourt y Muñoz, en principiar la aplicación de anestesia por bloqueo pudiendo, en los casos últimamente intervenidos, pues tal proceder seguramente les modificará las estadísticas en lo relacionado a hemorragia, respiración fetal y futuro pronóstico materno.

M. A. F. B.

RESUMEN

Como comentarista del grupo de trabajos presentados por la delegación de especialistas de la Universidad del Valle al III Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, reunido en Ibagué del 4 al 7 de diciembre de 1957, resumimos los siguientes apartes:

1o. Ha sido motivo de positivo orgullo para nosotros haber sido designados por la Presidencia de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología para comentar un trabajo de mérito científico indiscutible como el presentado por la delegación del Valle.

2o. Es de lamentar positivamente la tardanza con que nos fue enviado dicho trabajo para su comentario, motivo por el cual no hemos podido analizarlo suficientemente, como hubiera sido nuestro deseo. Presentado este comentario únicamente como una modesta contribución al éxito del Congreso.

3o. Sin duda los temas más extensamente tratados, y que le dan mayor valor al trabajo, son los relativos a patología renal, hepática, uterina, etc., pero en especial el capítulo relativo al estudio de la patología placentaria, al rededor del cual se habría podido, estudiándolo un poco más a fondo, llenar a cabalidad el

tema de "fisiopatología de la toxemia", que fue el previamente escogido hace dos años en la ciudad de Cali.

4o. La falta de datos estadísticos globales sobre frecuencia de cada una de las clases de toxemia estudiados en la Clínica de Maternidad de Cali, hace desmerecer notablemente el capítulo titulado "Patología de las toxemias del embarazo en madres e hijos".

5o. Como tuvimos oportunidad de apreciar en lo relativo a patología renal y hepática por estudio de punción biopsia, su estudio no está suficientemente reglado, y los errores de técnica son aún notables. Siendo de rigor registrar con beneplácito la iniciación de estos estudios entre nosotros, y no habiendo logrado sacar resultados concluyentes, es de esperarse una posterior comunicación puntualizándolos.

6o. La presentación de monografías en la mayoría de los casos puede contribuir a aclarar conceptos, pero en un congreso no deja de restarle importancia a los "hechos" experimentales.

7o. Como se observará, después de leído el informe presentado por el "Comité para el estudio de Toxemia", fácilmente se puede apreciar la poca colaboración que en dos años ha existido entre los diversos centros de estudio del país dedicados al estudio de la toxemia gravídica, siendo deseable en lo sucesivo una mayor coordinación e intercambio científico entre ellos.