

Método Psicofiláctico del Parto sin Dolor

Dr. ELIAS FARAI R. [*]

INTRODUCCIÓN

Consiste en una educación racional, física y psíquica de la mujer en las últimas semanas del embarazo, que no requiere del empleo de medicamento alguno. En los casos normales, el método es aplicado en su integridad sin drogas; pero si sobreviniera alguna complicación (hipertonía cervical, inercia uterina, etc.), se recurre a los medicamentos conocidos.

No debemos confundirlo con el parto sin temor de Read, basado exclusivamente en sugestionar a la embarazada, que concentra su acción en eliminar el temor y aconseja el relajamiento total muscular y mental, bajando considerablemente el umbral de percepción del dolor, en vez de elevarlo mediante la actividad cerebral. También hay que diferenciarlo del Parto Médico o Dirigido, en el cual se usan drogas. En las maternidades donde se practica exclusivamente el método psicofiláctico en la atención de los partos, los obstetras han llegado al convencimiento de que es el método de analgesia ideal, ya que no produce ningún efecto nocivo sobre el feto.

Desde los tiempos bíblicos se ha comprobado que la maternidad se presentaba acompañada de dolores. No era más que un hecho comprobado y jamás se trató de explicar en forma racional y científica la causa íntima de dichos sufrimientos. El dolor era admitido y considerado por todos como una manifestación natural, fisiológica e inevitable de la parturición. Por la aparición de los dolores la mujer diferencia las contracciones, del comienzo del parto de las del embarazo. El dolor, en el lenguaje obstétrico corriente, es considerado no solamente como una manifestación habitual del parto, sino también como una evidencia útil, ya que permite a la mujer y también en cierta medida al partero, reconocer el comienzo del trabajo y seguir su evolución. Este modo de pensar surgió de la casi constancia del carácter doloroso de la contracción uterina durante el parto. Por esta razón, muchos colegas se niegan a creer en este método, así como se negaron a creer en la posibilidad de suprimir el dolor antes del advenimiento de la anestesia. Desde hace siglos la humanidad se hace las siguientes preguntas: ¿Por qué el único ser viviente y vivíparo que tiene sus partos con dolor es la mujer? ¿Y por qué el único hecho fisiológico doloroso del ser humano es el

*) Consulta Externa de Ginecología. Hospital San Felipe. Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

parto? Muchos científicos han querido dar una contestación satisfactoria a estas preguntas, pero en la práctica han sido Platónov, Velvosky, Plótichek y Choúgom, discípulos de Pavlov, los primeros en abrir un horizonte lógico al explicar el dolor del parto como un reflejo condicionado. No en el sentido que el reflejo condicionado sea la única causa del dolor en el parto normal, sino porque ha llegado a ser la clave para investigaciones posteriores, por las cuales ha sido posible avanzar enormemente en este aspecto, permitiendo revisar la fisiología del parto y la fisiopatología del dolor.

NOCIONES GENERALES DE FISIOLÓGÍA PAVLOVIANA **Reflejo no condicionado**, innato, es la reacción estable a determinado estímulo a través de las vías nerviosas directas, adquiridas filogenéticamente por el ser vivo (reflejos de defensa, digestivos, etc.)

Reflejo condicionado, es la obtención de la misma reacción de un reflejo innato, pero con un estímulo o señal inespecífica. Para su creación es necesario repetir la señal sincrónicamente con el estímulo específico innato un cierto número de veces (recordar la estimulación salivar del perro con un sonido o una luz, experimento básico de Pavlov) [Ver Fig. N- 11. (*)]

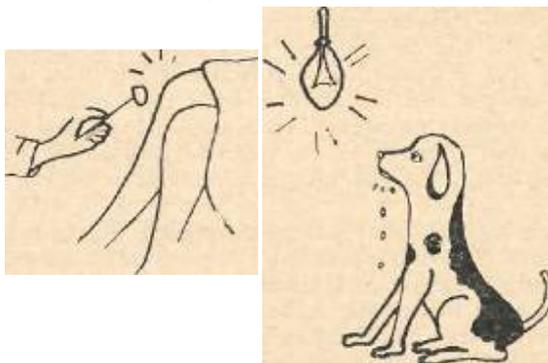


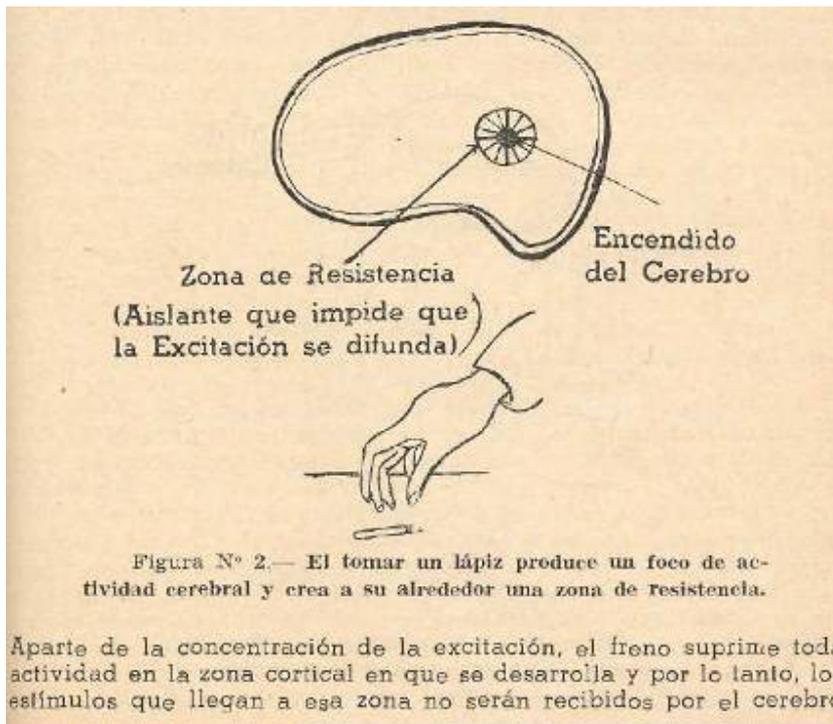
Figura N¹ 1.— (Izquierda) Reflejo innato: **reacción muscular por estímulo directo tendinoso**, (Derecha) Reflejo condicionado: **reacción de hambre como respuesta a estímulo psíquico (luz)**.

Para mantener activo un reflejo condicionado es preciso que sea reforzado cada cierto tiempo por la repetición sincrónica con el estímulo innato, pues de lo contrario desaparecería espontáneamente. También se descondiciona un reflejo por la creación de uno nuevo mediante una nueva señal. Para reacondicionar un reflejo descondicionado basta con repetir muy pocas veces la señal con el estímulo específico, pues ya existen las huellas de las vías nerviosas temporarias que unen ambos estímulos. Todos los elementos del mundo exterior vinculados habitualmente a ciertas actividades del (*) Las figuras que aparecen en el texto son reproducidas de MUJICA, Hernán, (ver referencias bibliográficas).

animal, se convierten en excitantes condicionados. Estas vinculaciones condicionadas son temporarias y duran solamente mientras persiste la situación exterior al organismo que la ha creado. Los estímulos exteriores o señales no actúan en forma aislada sobre el organismo, sino en grupos más o menos complejos que producen reflejos condicionados múltiples. Pavlov llamó Estereotipos Dinámicos a estas estructuras funcionales.

Numerosas señales golpean simultáneamente el sistema nervioso del hombre, sólo algunas son eficaces, produciendo el nacimiento de ciertos estereotipos dinámicos que traen aparejadas ciertas actividades específicas del individuo. Las otras, las más numerosas, son ineficaces, pues no son registradas por la corteza. Esta selección de nuestra actividad es necesaria para el buen resultado de la misma. Esto es lo que llamamos en el lenguaje corriente, concentrar nuestra atención o nuestro pensamiento para eliminar las excitaciones parásitas, es decir, las que no están vinculadas a nuestra actividad presente.

Esta selección y concentración de nuestra actividad es realizada por los procesos nerviosos de excitación positiva y de excitación negativa. Cuando un estímulo provoca un punto de excitación positiva en nuestra corteza cerebral, este punto tiende a difundirse; pero al difundirse la excitación positiva provoca una reacción del tejido cortical vecino, consistente en su limitación (ver Fig. N° 2).



(ver Fig. N° 3). Esta actividad negativa o de freno es un proceso activo y su importancia biológica no es menor.

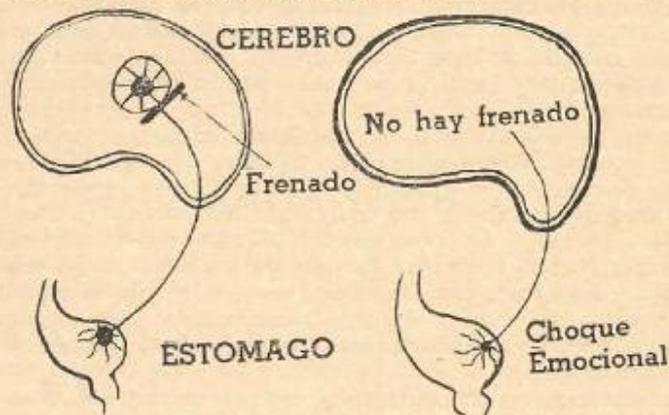


Figura N° 3.— Esquema para explicar la diferencia de percepción de un estímulo proveniente del medio interno, según que haya o no actividad cerebral.

La corteza cerebral es el foco de puntos de excitación y de inhibición ligados entre sí por los Estereotipos Dinámicos. Estos puntos no son estáticos, sino que se encuentran en lucha permanente y la estabilidad de sus focos no depende más que del equilibrio de los procesos (ver Fig. N° 4). Este equilibrio, que es la base misma de

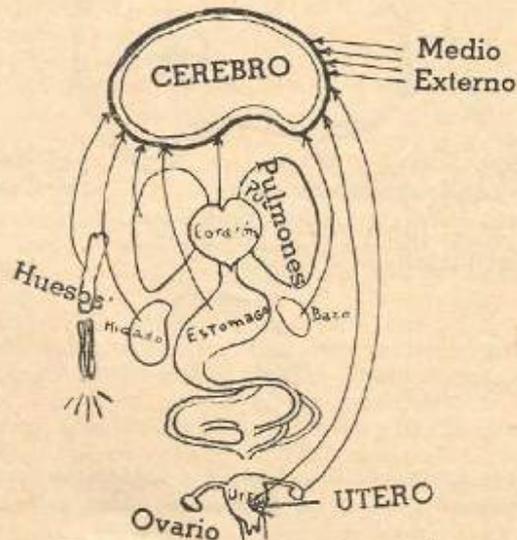
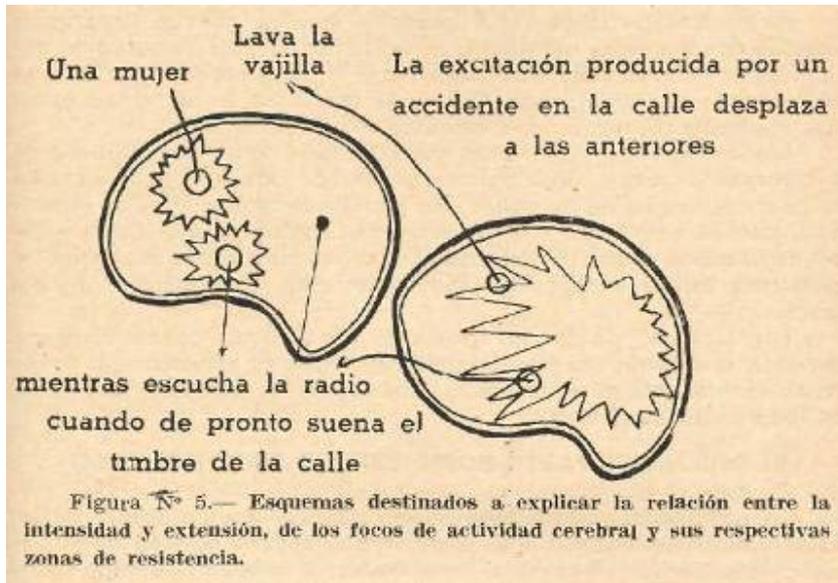


Figura N° 4.— Esquema para explicar las relaciones del cerebro con el medio interno y el externo.

toda la actividad cervical, depende de dos factores esenciales. El primero es la fuerza de las señales que provocan a los focos de excitación, tanto los positivos como los negativos (ver Fig. N° 5). Los



medios interno y externo al condicionar por intermedio de las señales la naturaleza y la cualidad de los focos de actividad cortical, son los verdaderos elementos determinantes de la actividad nerviosa. El segundo factor es la cualidad específica de cada individuo, de los procesos corticales puestos en juego por las señales. El estudio de los tres caracteres fundamentales de esos procesos (fuerza, movilidad y equilibrio recíproco) permitió a Pavlov definir los tipos de sistema nervioso. Estos son:

- 1°—**El tipo flemático:** que es fuerte, estable y equilibrado.
- 2°—**El tipo sanguíneo:** que es fuerte, equilibrado y móvil.
- 3°—**El tipo colérico:** que es fuerte y desequilibrado con predominio del proceso de excitación; y
- 4°—**El tipo melancólico:** que es débil, lábil y desequilibrado.

La determinación del tipo nervioso es muy difícil y la utilización de su conocimiento en los tratamientos médicos está en sus comienzos.

En el ser humano existe un segundo sistema de señalización o estimulación, que es **la palabra hablada o escrita**, que es capaz de crear representaciones sensoriales. La influencia de este sistema en la actividad nerviosa superior es preponderante, porque las relaciones esenciales del hombre son relaciones sociales Y éstas se llevan a cabo mediante el lenguaje.

La escuela pavloviana ha demostrado que el dolor es un fenómeno de percepción cortical, subjetivo, pero que dicha sensación

no es percibida por un núcleo circunscrito de la cabeza, sino por una zona difusa y amplia. Esto explicaría el éxito o fracaso de las lobotomías, según que ellas sean o no suficientes en extensión, como tratamiento de ciertas algias.

Antiguamente (Bichat) se pensaba que en nuestro organismo existían dos sistemas nerviosos, el de Relación y el Vegetativo, cuyas funciones eran independientes entre sí. Esta era una concepción estática que excluía la posibilidad de modificar la actividad orgánica mediante los múltiples elementos del medio exterior.

Los dolores del parto eran considerados como el resultado de un proceso orgánico, fisiológico, inscrito de una vez para siempre en la constitución de la mujer. No podía concebirse que su educación, con la adquisición de nuevos conocimientos que dicha educación implica y con el aprendizaje de ciertos procedimientos, le permitiría influir y modificar favorablemente el desarrollo de sus partos.

Los trabajos de Pavlov pusieron fin a estas concepciones y abrieron el camino para una nueva fisiología. El organismo humano ya no se presenta como una suma de elementos aislados, sino como un todo unido e indivisible.

EL DOLOB DEL PARTO COMO REFLEJO CONDICIONADO

La asociación permanente y repetida de dos palabras: parto-dolor, dolor-parto, crean en la mujer una representación condicionada de estos dos elementos, representación que es reforzada constantemente por numerosos hechos: la maldición bíblica, el concepto de que «el premio de los dolores del parto es la felicidad por la presencia del hijo», el convencimiento de que el dolor del parto es algo normal y, lo contrario, es hasta antinatural. El empleo por parte de médicos y matronas de la palabra dolor; el recuerdo de partos anteriores; el relato del parto de otras mujeres; todo ello hace que, apenas las contracciones uterinas comienzan y la mujer toma conciencia de que «está de parto», dichas contracciones despiertan automáticamente el reflejo condicionado del dolor. Comprueban estas afirmaciones los siguientes hechos: 1) Las mujeres con dilatación avanzada, que no sienten dolores mientras el médico no les asegure que «están ya de parto». 2) La diversidad de caracteres de los dolores de parto de una mujer a otra y de un parto a otro en la misma mujer.

Sin embargo, es indispensable recordar que el reflejo condicionado no es la única causa del dolor del parto normal. Y, que en su aparición actúan otros fenómenos, para cuyo análisis debemos repasar algunos conceptos básicos de fisiología. Para que haya dolor, es imprescindible que concurren ciertas circunstancias: 1) Terminaciones nerviosas libres y específicas (corpúsculos de Pacini y Vaten; 2) Estímulo suficiente; 3) Umbral de percepción del dolor adecuado.

Antes de entrar a analizar si en el parto concurren estas condiciones, recordemos algunas premisas fisiológicas sobre el dolor. Llamamos **Umbral de percepción del dolor** al estímulo mínimo capaz de despertar la sensación dolorosa. Sabemos que este umbral es variable y que ciertos hechos como el cansancio, la emoción, el te-

mor, bajan este umbral a sus límites extremos (hiperalgesia) y en cambio, la actividad cerebral eleva fuertemente este umbral.

Otra premisa que debe recordarse es la diversidad de los estímulos dolorosos; que pueden ser psíquicos (reflejo condicionado) o físicos (presión, pinchazos, quemadura, anoxia tisular, etc.)

En el parto se reúnen las circunstancias para producir dolor. En primer lugar, existen terminaciones nerviosas específicas del dolor en los vasos sanguíneos, en el cuello uterino, en la vagina, en el periné y genitales externos. En segundo lugar, existen estímulos que pueden ser suficientes: psíquicos (reflejo condicionado) y físicos (presión, anoxia, etc.) Y por último, existe umbral de percepción dolorosa adecuado, por estar descendido con el temor, angustia, emoción y cansancio que produce el parto.

Fuera de esto, existe en general una interacción entre estas circunstancias que las amplifican, adquiriendo a veces las características del círculo vicioso. Veamos brevemente lo que ocurre a una mujer de parto: en ella ya ha sido creado en forma suficiente el reflejo condicionado del dolor en la forma descrita anteriormente, es prevenida por el tocólogo durante su embarazo, que su parto se iniciará con dolores, quedando así predispuesta para que muchas de las contracciones del último mes sean estímulos psíquicos del dolor. Cuando la embarazada llega al hospital en trabajo de parto, hasta el portero le pregunta por sus dolores; luego, el médico, para consolarla, le dice- que lo que tiene son sólo los dolores del comienzo y que quedan muchos más y más fuertes antes que nazca su niño. Todas éstas son señales que refuerzan y reacondicionan el reflejo condicionado del dolor.

Sumemos a esto los quejidos de otras mujeres, la vista de paños llenos de sangre, la separación de su marido o familiares, el ambiente desconocido y hostil, la ignorancia de lo que le está pasando y le va a pasar, la incertidumbre del porvenir de su hijo, las horas largas que pasan sin que ella perciba avance en los acontecimientos, etc., y tendremos los factores de emoción, temor, cansancio, suficientes para bajar al máximo el umbral de percepción del dolor. Como respuesta, la mujer reacciona con tensión muscular y contracción uterina, descargando una mayor presión sobre el cuello; cuando esta presión se exagera, además de reaccionar con dolor, **el cuello reacciona con espasmo** y por lo tanto, el útero se contrae con mayor fuerza para vencerlo; con lo que se agrega la mayor anoxia por cierre más hermético de los vasos parietales de la matriz. Se ha conseguido, entonces, que al reflejo condicionado y al bajo umbral de percepción dolorosa se sumen el aumento de intensidad de los estímulos dolorosos. Cuando a pesar de todo esto, el cuello logra dilatarse completamente, los estímulos se descargan íntegros sobre el canal blando y el periné, los cuales, al igual que el cuello, responden con la contracción y el espasmo y se reproduce la cadena dolorosa de la dilatación.

MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO

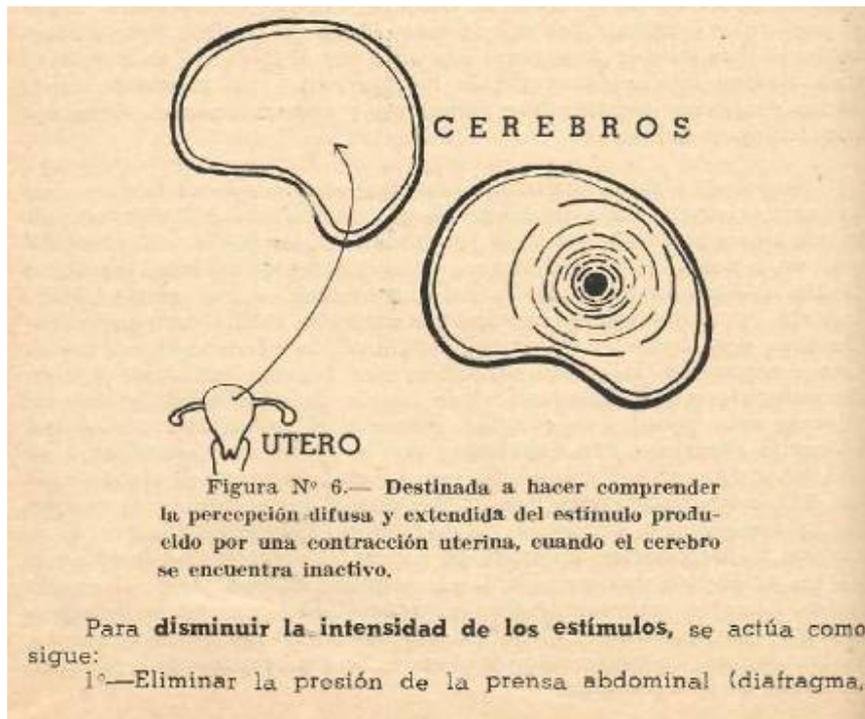
Consiste en la educación de la embarazada, enseñándole los procesos fisiológicos del embarazo y del parto, llegando a crear en ella un conjunto de circunstancias que llamaremos «factores positivos» que estarán destinados a contraponerse uno a uno a los «factores negativos».

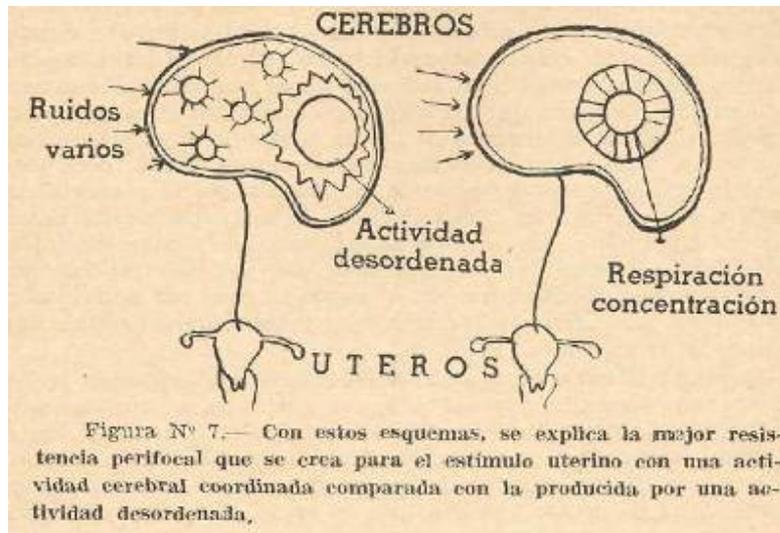
Debemos empezar por **suprimir el reflejo condicionado doloroso:**

1) Convenciendo a la embarazada que el parto no es, o no puede ser doloroso (nueva señalización). 2) Creando nuevos reflejos condicionados útiles, que asocien en forma general el parto con las perspectivas felices del nacimiento de un niño que enriquecerá la vida de la mujer, y, en forma más específica creando reflejos condicionados que vinculen la contracción uterina a acciones prácticas de la mujer que permitan su participación activa en el parto.

También, **debemos elevar el umbral de percepción del dolor:**

1) con eliminación del temor; 2) con reducción al máximo de los factores emocionales negativos y estimulación de los positivos; 3) con aumento de la actividad cortical durante la contracción (concentración cerebral creando una zona de freno o bloqueo que impide la acción de los estímulos negativos) (ver Figs. Nos. 6 y 73); 4) convirtiendo a la madre en un elemento activo, consciente y colaborador en su parte; 5) con oxígeno-terapia, actuando contra el surmenaje de las células nerviosas.





músculos abdominales y periné) durante el período de dilatación. Así, el cuello recibe sólo la presión dilatadora máxima de la contracción normal, la cual a su vez, permite un débito circulatorio adecuado.

2°—Mejorar las condiciones de desarrollo y fuerza del diafragma y músculos abdominales, para vigorizar su acción coadyuvante en el período expulsivo. El útero, así, no necesita aumentar la fuerza de sus contracciones y mantiene de esa manera un buen débito circulatorio.

3°—Educación neuro-muscular conveniente para sincronizar, durante la expulsión, la acción efectiva de la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales) con una relajación adecuada del canal blando (vagina y periné).

4°—Con oxígeno-terapia, para evitar la anoxia tisular genital.

Para realizar este método se necesita: a) un curso teórico de las embarazadas; b) un curso práctico; y c) control y conducción del parto mismo.

I CURSO TEÓRICO

Consta de siete clases:

Primera Clase.—Empezamos recalcando que el embarazo y el parto son fenómenos naturales y no enfermedades. Se les hace una charla sobre los fundamentos y bases del sistema, explicando el por qué es posible suprimir los dolores del parto; con frases sencillas se les enseña: 1) el mecanismo del reflejo condicionado, relatando la experiencia de Pavlov en el perro y comparándola con hechos cotidianos: sensación de hambre al oír el pito de las 12 horas, sensación dolorosa dentaria con sólo ver u oír la maquinaria del den-

fista, etc. 2) Él mecanismo variable del umbral de percepción del dolor; relatando la siguiente experiencia que ellas pueden comprobar personalmente: colocar sobre la mano extendida sobre una mesa, pesos progresivamente en aumento hasta que comience a percibir dolor. Se repite luego la experiencia, pero mientras se colocan los pesos se hace resolver un problema complejo al sujeto de experimentación. Una tercera vez se repite el experimento, pero interponiendo entre la mano y los pesos un delgado vidrio y previniendo al sujeto que se fije bien, pues si el vidrio se rompe puede herirlo. Se podrá comprobar que en este último caso, el dolor se sentirá con mucha menor presión que en el primero, por la presencia del temor (vidrio, herida); mientras que en el segundo caso por actividad cerebral ajena, se necesitará mucha mayor presión para percibir dolor que en el primer caso.

Segunda Clase.—Se les enseña nociones de anatomía y fisiología genital femenina y obstétrica, por medio de dibujos, modelos, etc. Con ello la madre adquiere conciencia de su organismo, de sus relaciones anatómicas con su hijo durante la vida intra-uterina y conocimiento del mecanismo del parto. Esta educación elimina una enorme dosis de temor y eleva, por lo tanto, el umbral del dolor.

Se invita a las madres, para que en sus casas se palpen el abdomen, comprobando la presencia del útero, de las partes fetales y evidenciando las contracciones uterinas por la dureza abdominal.

Tercera Clase.—Con medios objetivos se les muestra el funcionamiento de la prensa abdominal y sus relaciones con el útero grávido y el sistema respiratorio. Se les explica la necesidad de fortalecer los músculos indicados para el momento del parto. Para ello se les hace conocer el ejercicio de «soplar la vela»; que consiste en una inspiración profunda (contracción máxima del diafragma) con relajación simultánea de los músculos suplementarios respiratorios; luego, espiración simple (relajación del diafragma y abdominales); se termina con expulsión forzada del aire de reserva (1.500 ce), es decir, soplando con la fuerza necesaria para inclinar la llama de una vela, a 50 cms. de distancia, sin apagarla y para lo cual se necesita la contracción de los abdominales. En el primer movimiento, percibirán una suave presión sobre el fondo uterino, presión que cesa en el segundo movimiento y que se ejerce sobre la cara anterior del útero. Este ejercicio se repetirá durante 5 minutos varias veces en el día.

Cuarta Clase.—Explicaremos la anatomía y fisiología de los músculos del periné y su papel en el período expulsivo. Insistiremos sobre la necesidad de aprender a relajarnos y para ello deben aprender a contraerlos y tener conciencia de su función. Añadiremos luego que cada vez que la persona retiene voluntariamente el deseo de orinar o defecar, se puede hacer consciente la contracción del piso perineal anterior y posterior, respectivamente. Que si por el contrario, se hace el movimiento voluntario de expulsar orina o materia fecal, se persigue la relajación de dicho piso perineal y por último, que la contracción o relajación perineal puede o no ocluir el conducto vaginal.

Quinta Clase.—Se prescriben las manifestaciones clínicas del período de dilatación, cuya fisiología debemos explicar en forma resumida. Se habla de cómo se conocerá por la mayor duración, intensidad (dureza uterina) y frecuencia de las contracciones del útero, el comienzo del parto. Explicaremos la conducta a seguir en este período, el momento y forma de trasladarse al hospital, lo que se hará a su llegada y los exámenes a practicar.

Durante la contracción, el útero es muy sensible, por lo que se debe disminuir la presión que del diafragma y vísceras abdominales ejercen sobre él. Para ello se les indica que apenas comience la contracción, deberán efectuar una respiración superficial torácica (respiración de «perro cansado», como le llaman habitualmente las madres-alumnas). Esta respiración es muy fácil de ejecutar, pero muy cansadora; por lo que es necesario hacer una práctica diaria, para lograr mantenerla durante toda la contracción uterina.

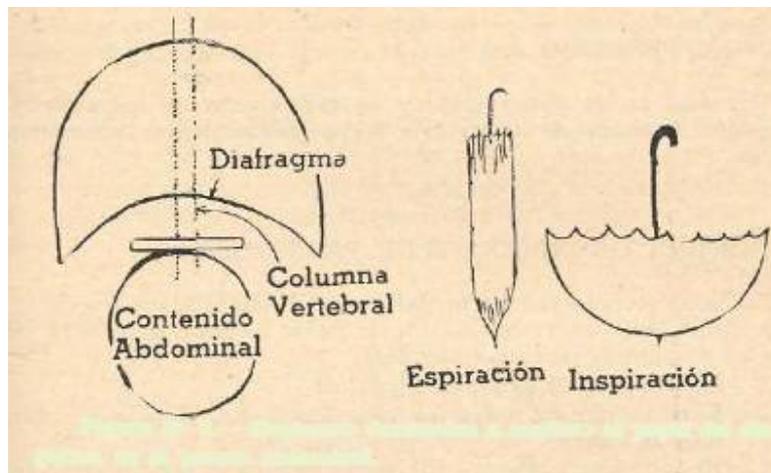


Figura N° 8.— Esquemas destinados a explicar el papel del diafragma en la prensa abdominal.

Sexta Clase.—Una vez verificada la dilatación completa y habiendo descendido de segundo a tercer plano la presentación, comprimirá el recto, sintiendo la madre la sensación de pujo, entrando de este modo al período de expulsión del parió. Se les hace saber que es en este período cuando la parturienta tiene la mayor participación, debiendo mantenerse tranquila y consciente, ya que ella dirigirá esta etapa. Habitualmente en la expulsión se verifica un fenómeno paradójal, el de pujar: pues por una parte el útero impulsa la presentación hacia afuera y por otra, la madre contrae los músculos perineales ofreciendo resistencia, resultando desgarros vaginoperineales.

Se les enseña la siguiente técnica de expulsión: Estando la enferma en cama, al iniciarse una contracción, inspirar profundamente y espirar; nueva inspiración profunda, retención del aire en los pulmones, flexión de la cabeza sobre el tórax, tomar con las manos la base de las piernas, empujar el niño contrayendo los músculos de

la prensa abdominal y relajando los músculos del periné. Si la contracción es muy larga, se puede repetir un nuevo empuje.

En la salida de la cabeza y de los hombros deberán respirar profundamente obedeciendo la orden de no pujar más, para evitar desgarros vagino-périneales.

Terminaremos describiendo la conducta que se seguirá con el niño una vez nacido y los fenómenos del alumbramiento.

Séptima Clase.—Se revisan en conjunto la exposición de todo el método, recalcando los factores negativos para evitarlos; luego se enumeran los factores positivos en los cuales deberán estar bien entrenadas a fin de ponerlos en práctica.

Finalmente llevaremos algunas madres que ya han dado a luz con este método, cuya experiencia Y éxitos reforzará el convencimiento de que es posible suprimir el dolor del parto.

II CURSO PRACTICO

Consiste en el aprendizaje y entrenamiento de los ejercicios enseñados, tratando de llegar, a la mayor perfección y automatismo posible.

III CONTROL Y CONDUCCIÓN DEL PARTO MISMO

En la asistencia del parto debe reinar amabilidad, suavidad y tranquilidad. Sin apartarse de las normas clásicas se tendrá presente las siguientes recomendaciones:

- 1.—Eliminación de la palabra «dolor».
- 2.—Eliminación de todos los ruidos molestos. Puede aceptarse música suave.
- 3.—Reducir los tactos al minimum, debiendo practicarse fuera de las contracciones.
- 4.—Mantener informada a la madre con optimismo, pero sin engaños, sobre el curso del parto.
- 5.—Cuando existen signos de desacondicionamiento es muy útil una auscultación de los latidos cardio-fetales con admiración de su normalidad, pues se estimula la confianza y el interés de la madre.
- 6.—Durante el descenso de la presentación se informará momento a momento, sobre la parte que va emergiendo.
- 7.—Se proibirán totalmente las maniobras de Kristeller y el masaje digital del periné.
- 8.—Si hay signos de agotamiento se podrá administrar oxígeno a un analéptico cardio-respiratorio (coramina-caféina).
- 9.—Evitar que la madre duerma entre las contracciones, igualmente evitar los analgésicos, que negativizan la actividad cerebral y bajan el umbral de percepción del dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS:

ALVAREZ, H. y CALDEYRO-BARCIA, R.: Fisiopatología de la contracción uterina y sus aplicaciones en la Clínica Obstétrica. Memorias del 2° Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología y 4° Congreso Brasileiro de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina de Montevideo, Julio 1954.

COLETTE, Jeanson: Principes et pratique de l'accouchement sans douleur. Editorial Du Seuil, 1954.

• EDITORA Ciencias y Vida: El parto sin dolor (traducción de La Nouvelle Medicine: 3, 1954). Buenos Aires, 1955.

LAMAZE, Fernand: Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur? Editions La Farandole, Paris, France, 1956.

VERMOREL, Henri: L'accouchement sans douleur par le methode psychoprophylactique. Editeur Camugli, Lyon, France, 1956 aprox.

REVISTAS:

MUJICA, Hernán: El método psicoprofiláctico en la supresión del dolor. Bol. Soc. **Chil. Obs. y Gin.** **221:193**, 1956.

MUÑOZ PARRA, L. y VIADA LOZANO, R.: Método psicoprofiláctico del parto sin dolor. Bol. Hosp. San Juan de Dios (Santiago de Chile), 4:258. 1957.