

corrientes durante los periodos. (2) Los ataques aislados de dismenorrea pueden ser debidos a muchas afecciones (a saber, enfriamiento, shock emocional) que se asocian accidentalmente con un periodo menstrual y carecen de importancia por sí solos. No obstante, el mal estar menstrual habitual, facilita su repetición. El temor a volver a sufrir dolor y el miedo a una incapacidad funcional aparecen con los ataques sucesivos, y aumentan grandemente la probabilidad de que quede establecida una grave dismenorrea. (3) En los individuos susceptibles actúan como factores subsidiarios condiciones especiales constitucionales y de ambiente. El autor recomienda que se enseñe a todas a considerar la menstruación como una función normal que no debería estorbar ninguna de las acostumbradas actividades. Las mujeres deberán tener una idea clara de la fisiología del ciclo sexual y de los hechos acerca de la reproducción antes de que sus propias reacciones emocionales al sexo se agudicen. En el tratamiento de la dismenorrea ya establecida deberá darse además a la paciente una explicación del mecanismo de producción del dolor, y del papel desempeñado por las emociones, especialmente por el miedo, en producir su reaparición. Su ansiedad sobre su propia salud y sobre el desarrollo de los órganos sexuales debe ser tranquilizada. Cualquier defecto constitucional o de ambiente deberá ser eliminado. Las pacientes que no respondan a estas medidas deberán ser remitidas al psicólogo. La cirugía no debe ocupar un lugar en el tratamiento de la dismenorrea primaria.

#### Un sencillo método de calcular clínicamente el Acido Ascórbico, en la sangre total

J. Deeny, E. T. Murdock, J. J. Rogan, *Biochem. J.* p. 271-272, IV—1942.

Los procedimientos sugeridos para la determinación de ácido ascórbico en la sangre total (a saber, Emmerie & van Eckelen, 1934; Butler & Cushman, 1940, Keuther & Roe, 1941) son de ordinario complicados o requieren aparatos de que por lo general no se dispone. En el curso de los trabajos sobre deficiencia en ácido ascórbico, los autores han ideado una técnica que han encontrado adecuada para su uso clínico. Se trata de una modificación del método de Butler & Cushman (1940) y está basada en el hecho de que la saturación de la sangre total con CO. evita la oxidación del ácido ascórbico cuando la sangre se hemoliza (Kellie & Zilva, 1935).

*Método:*

*Reactivos.* (1). 2:6-Diclorofenilindofenol. Hágase una solución en agua destilada en vidrio, recién hervida y enfriada, de tal concentración que un milímetro sea equivalente a 0,01 mg. de ácido ascórbico. Esta solución se conservará de 18 a 24 horas sin pérdida apreciable de concentración, si se guarda en un recipiente oscuro. (2) Acido metafosfórico, solución al 32% en agua destilada en vidrio. A temperatura ambiente esta solución no se conserva más de 36 horas, (3) 2N Acetato de sodio ( $\text{CH}_3\text{COONa}$ ,  $3\text{H}_2\text{O}$ ). (4) Octyl alcohol.

*Procedimiento.* Colóquense 2 ml. de sangre total oxalatada en un tubo de ensayo de 2 cm. de diámetro interno y añádanse 2 gotas de alcohol octyl. Háganse pasar burbujas de gas de hulla a través de la sangre durante 10 minutos, añádanse 4 ml. de agua destilada en entonces 2 ml. de ácido metafosfórico al 32%, y mézclense mediante vidrio, continúese el paso del gas durante 5 minutos más y añádanse gaseado durante 30 segundos. Añádanse 2 ml. de solución de acetato de sodio y mézclense invirtiendo el tubo. Pésense a un tubo de centrifuga y centrifúguense. Titúlense porciones de 2 ml. del líquido que sobrenada que deberá ser claro como el cristal, en los tubos de centrifuga, utilizándose una luz blanca standard y un fondo blanco. El indicador se mide con una microbureta de 2 ml. Se hace una titulación de comparación con una muestra de 2 ml. de una mezcla de 6 ml. de agua, 2 ml. de ácido metafosfórico y 2 ml. de solución de acetato de sodio, hasta alcanzar un leve color rosado al mismo tiempo que la incógnita; ésto facilita la lectura del punto final de dicha incógnita.

*Cálculo.* Si X = la cifra de titulación para la incógnita y  
Y = la cifra de titulación para la titulación de  
comparación,

$$\frac{X - Y}{2} = \text{mg. de ácido ascórbico/100 ml. de sangre.}$$

2

Se dan las siguientes instrucciones adicionales:

Los cálculos habrán de ser llevados a cabo tan pronto como sea posible una vez extraída la sangre y hay que tener cuidado de evitar

la hemólisis. Se aconseja usar tubos de ensayo de 2 cm. de diámetro interno, porque en tubos más pequeños algunas sangres dan demasiada espuma y en los más grandes se produce la oxidación, que puede advertirse por la alteración del color del precipitado, desde un rojo brillante a un tinte parduzco.

Cómo quiera que algunos de los compuestos de azufre que se encuentran como impurezas en el gas de hulla, pudieran reducir el indicador, es aconsejable ensayar el gas para SH<sub>2</sub> por medio de papel de acetato de plomo; si da una reacción positiva, el gas deberá pasarse a través de una solución de KOH antes de ser usado.

La exactitud del método va ilustrada con cuadros que muestran cálculos realizados en sangres de contenido en ácido ascórbico conocido.

#### *Referencias:*

- Butler, A. M. & Cushman, M. (1940) J. clin. Invest. 19,459.  
Emmerie, A. & van Eekelen, M. (1934), Biochem. J. 28, 1153.  
Kellie, A. E., & Silva, S. S., (1935), Biochem., J. 29, 1028  
Keuther, C. A., & Roe, J. H. (1941) Proc. Soc. exp. Biol., N. Y. 47, 487.

#### Miositis Epidémica con Neuritis,

#### Eritema y síntomas meníngeos

D. Williams, Quart. J. Med., p. 283-296, X—1941.

Bajo este título registra el autor cinco casos que se presentaron en reclutas de las Reales Fuerzas Aéreas de la misma estación y dentro del período comprendido entre Abril y Julio de 1940. Todos habían sido recientemente inoculados con toxoide tetánico y vacuna T. A. B., pero miles de reclutas más, inoculados del mismo modo, no presentaron síntoma alguno. Todos estos pacientes fueron remitidos al hospital con el diagnóstico supuesto de fiebre cerebro-espinal. Las características clínicas constantes fueron una aparición febril aguda, con dolor y suma sensibilidad en los músculos, especialmente en los grupos próximos de las extremidades. En todos los casos hubo síntomas de meningitis, rigidez de cuello y signo de Kernig bien marcado en dos casos y ligeros en los demás. El líquido céfalo-raquídeo en un