

## CAPITULO I

### LA REACCION DE MESTER

En la Revista "Wiener Medizinische Wochenschrift" del 29 de febrero del año 1937, el médico alemán Adolfo Mester publicó su nueva reacción, en un artículo intitulado: "Reacción específica inmunobiológica para el reumatismo", cuya traducción transcribimos a continuación:

"A pesar de los progresos hechos en los últimos años en el campo de las enfermedades reumáticas, en relación con la anatomía patológica, diagnóstico clínico y terapéutica, sigue siendo cierta la expresión de Bartel: "Es en el diagnóstico médico como la abuela del diablo", y es el aliado más íntimo de la haraganería e indolencia de la naturaleza humana del médico.

Bajo su manto protector escapan muchas otras enfermedades a la observación del enfermo, y a menudo, también del médico.

Aun hoy día, el reumatismo no es una concepción bien delimitada para el médico. Sin embargo, se trata de un campo que ha sufrido en los últimos tiempos, grandes ampliaciones en las investigaciones anátomo-patológicas (Klinge, Fahr, Gräff y otros).

Fuera de las enfermedades reumáticas conocidas hasta ahora: de las articulaciones, del corazón, de los músculos, de los nervios periféricos, etc., diferenciamos hoy en día, en base a las investigaciones histológicas, también transformaciones reumáticas de los tendones, de las grandes arterias, como de la aorta y de la pulmo-

nar, también de las pequeñas arterias y arteriolas (Glahn Pappenhainer) de los riñones, del pulmón y de la pleura, del hígado, etc.

Klinge, y con él muchos anatómo-patólogos, se expresan sobre la unidad etiológica del reumatismo articular agudo y crónico.

Young y Mac Majon describieron un caso de reumatismo articular agudo que pasó a crónico.

Las investigaciones histológicas dieron como resultado: que no había diferencia entre estos dos tipos, de que las transformaciones histológicas en el reumatismo articular crónico después de uno agudo, y las del reumatismo crónico sin haber habido antes el agudo, eran las mismas.

Igualmente dicen Schmidt y Krauffman, de que el reumatismo articular agudo que se transforma en uno crónico, presenta las mismas transformaciones macro y microscópicas que son características para el reumatismo articular crónico, tanto en su forma atrófica como hipertrófica.

Vemos, por lo tanto, cómo ha sido ampliada la comprensión y el campo de las enfermedades reumáticas por las investigaciones anatómo-patológicas.

Al mismo tiempo abandonó también la clínica, la expresión circunscrita del reumatismo que se refería hasta ahora, solamente a las enfermedades de las articulaciones, del corazón, de los músculos, de los nervios periféricos, de los ojos, y creó la expresión de las enfermedades reumáticas que pueden atacar los más diversos órganos internos.

Sin embargo, no corresponde a los diagnósticos conocidos en general, el reumatismo visceral, algunos hasta lo niegan, mientras que otros lo reconocen aunque sea teóricamente. En la práctica sólo se ha diagnosticado este último raras veces.

Culpa de este estado de cosas, es que no tenemos una reacción específica que permita un seguro diagnóstico clínico para las enfermedades reumáticas con su característica multiplicidad.

Cuando en el transcurso de una enfermedad aún no aclarada se producen modificaciones en las articulaciones o se producen fenómenos en el corazón, y éstos mejoran administrando preparados salicílicos, entonces se establece: enfermedad reumática.

Se ensayó de equilibrar la falta de síntomas clínicos seguros para el reumatismo, buscando la ayuda de investigaciones muy diferentes, pero que no son específicas (reacción de disminución de la sangre; cuadro citológico según Arneht, Schilling, etc.).

Otras investigaciones sirven a su vez para excluir otros distintos factores etiológicos, por ejemplo la reacción de Wassermann, de Kahn, la investigación del intercambio de los productos purínicos, etc.

Se dificultan además las cosas, porque no raras veces se trata de una forma híbrida.

La investigación con rayos X, rara vez aclara la etiología de un reumatismo articular.

Estando las cosas en este estado, se dirigió la investigación a la Bacteriología; se aisló una cantidad de bacterias, de los cuales se supuso que fueran los productores de la enfermedad reumática. Todos ellos volvieron a olvidarse y tuvieron que hacer lugar a otras investigaciones. Se trata en este caso tanto de la obtención de cultivos como también de investigaciones serológicas (Small, Virkhang, Poynton, Payne, Cecil y otros).

Por tanto vemos, que debido a las numerosas investigaciones anátomo-patológicas, está casi completamente aclarada la morfología histológica de la enfermedad, mientras que su etiología y diagnóstico, siguen en la oscuridad.

Desde el punto de vista diagnóstico, de la comprobación directa: si la enfermedad existente es de origen reumático, e independientemente qué órganos son los afectados (articulaciones, columna vertebral, corazón, ojo, etc.).

Las investigaciones que yo efectué tenían por objeto la preparación de una reacción inmunobiológica específica para reumatismo, independientemente de la localización y de la extensión del proceso morboso, con cuya ayuda se pudiera determinar con la mayor seguridad, la presencia de una enfermedad reumática, o se la pudiera excluir.

Si consideramos la cronicidad del reumatismo, debía aceptarse a priori, de que un organismo reumático debería dar reacciones específicas bien determinadas.

En la búsqueda de tal reacción encaré de varios lados el problema, excluí la Bacteriología para este caso, pues el gran número de fracasos muestra claramente que hay que buscar otros caminos.

Administré intracutáneamente una cantidad de preparados que se usan para el tratamiento de enfermedades reumáticas, y observé la reacción local, en este caso, principalmente nódulos, como también la reacción general. (Usé veneno de abejas, inmenina, ácido fórmico; venenos vegetales como pilocarpina, neusesol, histamina y otros). Estos ensayos no dieron ningún resultado. Finalmente dió éxito una reacción inmunobiológica que es específica para reumatismo, no importa qué localización, y negativa para cualquier otra enfermedad.

Este ensayo consiste en lo siguiente: se inyecta un centímetro cúbico de una solución acuosa esteril al 1 por mil de ácido salicílico de acuerdo a la siguiente receta:

Rp.

Acido salicílico	0.10	grs.
Agua destilada	100	''

Hágase solución esterilizada.

La inyección se ha hecho en tal forma que en la piel se hacen cinco nódulos de 0.20 centímetros cúbicos c/u.

Previamente se determina el número de leucocitos con ayuda de una gota de sangre extraída en ayunas de la yema del dedo.

El paciente debe estar en ayunas y en posición tranquila, acostado o sentado (para excluir una leucocitosis fisiológica de la digestión, o de movimiento).

La mano debe mantenerse en posición horizontal; después de 30 y 60 minutos se vuelve a determinar el número de leucocitos. La sangre para este fin se extrae del mismo dedo; la aguja debe tener la misma longitud que anteriormente.

En caso de enfermedades reumáticas, disminuye el número de leucocitos después de 30 y 60 minutos, en un 15 % y hasta un 50 % y más, en comparación con el número de leucocitos determi-

nados primeramente. La mayoría de los casos, muestra ya después de 30 minutos, resultado positivo, y sólo un pequeño porcentaje, el 5 % después de los 60 minutos.

Si permanece igual cantidad de leucocitos, o si sólo hay una pequeña disminución, entonces el resultado es negativo.

Esta reacción da resultado positivo en el reumatismo articular agudo, sub-agudo y crónico, en reumatismo articular primario crónico, en caso de "ischias" reumáticas, de iridocelitis reumática, de espondiloartritis anquilosante, en fallas reumáticas, del corazón, y en caso de dolores reumáticos de los miembros, en cuyo caso Klinge encontró transformaciones histológicas típicas debidas al reumatismo.

La reacción inmunobiológica será positiva en los reumáticos aún en el caso en que el paciente haya tomado preparados salicílicos, sea cual fuere el tiempo que los estuvo tomando y si ha sido tratado con cualquier clase de inyecciones, o aunque no se haya emprendido ningún ensayo de curación.

Si se trata de una inflamación articular debido a la gota, tuberculosis, gonorrea, psoriasis, "ischias" en terreno luético o una cantidad de enfermedades que hemos ensayado en este caso con fines de control, como tuberculosis pulmonar, degeneración del músculo cardíaco con o sin edema, pleuritis con exudado tuberculoso, neoformaciones malignas, siempre la reacción resultó negativa.

Diremos aún algunas palabras respecto a la técnica; tanto la toma de sangre de la yema del dedo, como el contage de leucocitos en la cámara cuenta-glóbulos, tiene que hacerse con la mayor exactitud posible.

Las inyecciones se hacen en el lado flexorio del antebrazo, debe obtenerse nódulos típicos.

Durante la inyección el enfermo siente un dolor quemante que desaparece rápido.

El resultado positivo de la reacción es independiente del número inicial de leucocitos; puede disminuir tanto una cifra elevada, como una baja.

TABLA N.º 1

CASOS REUMÁTICOS

	CONTAGES GLOBULARES		
	Antes	30'	60'
Poliartritis reumática aguda .....	8.450	— 6.550	— 5.850
"  "  "  " .....	14.800	— 8.800	— 7.000
"  "  "  " .....	15.700	— 12.400	— 13.800
"  "  "  " .....	9.600	— 5.100	— 5.600
"  "  "  " .....	8.800	— 7.000	— 7.100
"  "  sub-agudo ...	7.500	— 6.000	— 6.200
"  "  "  " ...	7.100	— 6.200	— 6.000
"  "  "  " ...	7.750	— 6.150	— 6.100
"  "  crónica pria ..	9.200	— 5.100	— 7.200
"  "  "  " ..	7.700	— 7.150	— 5.500
"  "  "  " ..	7.000	— 6.700	— 5.600
"  "  "  " ..	6.200	— 5.200	— 4.700
"  "  "  " ..	8.250	— 6.100	— 5.200
"  "  "  " ..	8.850	— 6.800	— 6.400
"  "  "  " ..	4.700	— 4.300	— 3.700
"  "  "  " ..	7.200	— 5.600	— 5.300
"  "  "  " ..	9.100	— 7.000	— 5.800
"  "  "  " ..	7.400	— 5.950	— 5.800
"  "  "  " ..	11.000	— 10.000	— 7.550
"  "  "  " ..	6.500	— 5.100	— 5.400
"  "  "  " ..	7.100	— 4.600	— 5.500
"  "  "  " ..	8.250	— 6.100	— 5.200
"  "  "  " ..	4.650	— 7.300	— 3.700
Espondiloartritis anquil. reum. ....	7.800	— 4.700	— 4.550
"  "  "  " .....	5.900	— 3.800	— 3.650
"  "  "  " .....	10.050	— 7.600	— 7.300
"Ischias" reumáticas .....	4.650	— 3.600	— 2.700
"  "  "  " .....	9.550	— 5.550	— 5.300
"  "  "  " .....	6.400	— 4.800	— 4.850

## CONTAGES GLOBULARES

	<i>Antes</i>	<i>30'</i>	<i>60'</i>
Vitium cordis reum. dec. ....	8.100	— 5.650	— 6.500
Iridociclitis reumática crónica .....	6.950	— 4.950	— 5.100
” ” ” .....	5.300	— 2.800	— 3.000
” ” ” .....	6.600	— 4.100	— 4.450
Reumatismo “darcio w. cztonkach” ..	7.600	— 4.800	— 5.000
” ” ” ..	9.400	— 6.100	— 6.000

## TABLA N.º. 2

## INFLAMACIONES ARTICULARES NO REUMÁTICAS

	CONTAGES GLOBULARES		
	<i>Antes</i>	<i>30'</i>	<i>60'</i>
Poliartritis urática .....	6.600	— 6.000	— 5.900
” ” .....	9.300	— 9.000	— 8.300
” ” .....	9.350	— 8.550	— 9.000
” ” .....	6.700	— 7.050	— 7.300
” tuberculosa .....	1.200	— 10.300	— 11.000
” ” .....	11.400	— 12.000	— 10.900
” ” .....	8.850	— 5.700	— 7.000
” ” .....	7.750	— 7.200	— 7.050
” gonorreica .....	11.850	— 13.700	— 13.000
” ” .....	9.700	— 9.850	— 9.600
” ” .....	8.900	— 9.250	— 9.400
” ” .....	7.000	— 8.100	— 7.650
” psoriática .....	6.700	— 9.950	— 9.250
” ” .....	8.000	— 8.900	— 8.650
“Ischias” luéticas .....	7.800	— 7.700	— 7.650
” sympton. spina bífida ...	5.600	— 5.900	— 5.300

TABLA N<sup>o</sup>. 3

CASOS DE CONTROL

	CONTAGES GLOBULARES		
	<i>Antes</i>	<i>30'</i>	<i>60'</i>
Vómitos nerviosos .....	7.000	— 7.800	— 7.600
Tubere. fibr. pulmonar .....	3.950	— 4.800	— 4.900
Vitium cordis cong. pulmonar .....	4.450	— 4.400	— 5.500
“Klimax” .....	4.800	— 4.600	— 4.800
Myodegeneratio cordis comp. ....	6.300	— 7.450	— 7.900
”           ”       dec. ....	4.550	— 6.900	— 7.400
”           ”       ”       ....	7.100	— 7.650	— 6.600
”           ”       ”       ....	4.900	— 6.150	— 5.500
”           ”       ”       ....	7.850	— 9.000	— 10.200
”           ”       ”       ....	13.200	— 14.200	— 13.650
Acromegalia .....	7.300	— 7.650	— 7.000
Dispepsia nerviosa .....	5.200	— 5.650	— 5.300
Colitis ulcer. gravis .....	6.850	— 7.650	— 7.300
”       ”       ”       ....	4.300	— 4.550	— 7.800
Linfogranuloma maligno .....	8.650	— 11.700	— 8.900
Bronconeumonia .....	8.000	— 11.400	— 9.750
Ictericia y colelitiasis .....	4.600	— 5.900	— 6.750
Colelitiasis .....	5.200	— 5.100	— 6.500
”       c. “cholecystide” ....	8.000	— 10.800	— 8.100
Pleuritis tuberculosa exudativa ....	7.900	— 10.100	— 9.300
Nefritis crónica .....	6.500	— 8.350	— 8.200
Endotelioma pleural .....	9.400	— 12.300	— 10.200
Dispepsia nerviosa .....	3.550	— 3.350	— 4.400
St. p. amput. mammae. ca. ....	4.900	— 5.500	— 6.400
”       ”       ”       ”       ”       ....	5.550	— 5.600	— 5.800
Ca. ventriculi mammae. ca. ....	15.300	— 16.500	— 16.200
Iridociclitis tuberculosa .....	8.650	— 8.550	— 8.900
Myodegeneratio cordis dec. ....	7.600	— 8.350	— 8.100

El mecanismo de esta reacción probablemente descansa en una posibilidad de reacción especial del organismo reumático con el ácido salicílico.

Sabemos que el ácido salicílico por una parte actúa casi específicamente sobre las enfermedades reumáticas, no importa donde éstas estén localizadas; y que, por otra parte, un organismo sensibilizado con respecto a la sustancia administrada, reacciona de distinto modo que uno no sensibilizado. (También cuando no se trata de compuestos protéicos).

La acción del ácido salicílico, en la reacción inmunobiológica se explica probablemente por la sensibilización contra su constitución química; las reacciones serológicas, también se producen por la constitución química de los reactivos.

Yo elegí el camino intradérmico partiendo de la convicción de que, ésta es de importancia especial para la investigación de la capacidad de reacción del organismo en los distintos casos de enfermedad, y debido a la estrecha relación entre la piel y los órganos internos, tanto en estado normal como en el patológico.

La alergia o capacidad de reacción modificada del organismo, también se produce con no-antígenos (Idiosinerasia frente a los medicamentos). Ella se produce en forma de hiper-reacciones, y uno de los signos más importante para el estado de hipersensibilidad frente a ciertas sustancias sensibilizantes, es el comportamiento del número de leucocitos, en relación a su descenso brusco.

Después de la inyección intracutánea de ácido salicílico, mencionada, se produce una triple reacción local, pero como ella es característica para la liberación de sustancias con H, la intensidad de esta triple reacción local no significa nada, y tampoco influye sobre la verdadera reacción inmunobiológica.

Yo observé una triple reacción fuerte (enrojecimiento local, aureolas rojas, nódulos) tanto cuando la reacción tenía un resultado positivo como también negativo. El resultado positivo no depende de la cantidad de hidrogen-iones puestos en libertad.

En la misma forma, como dependen otras reacciones intracutáneas, del sistema nervioso vegetativo, también depende de la reacción inmunobiológica para el reumatismo, de él, y cae bajo el

ejemplo del shock anafilactoide (Leuris) cuya apariencia más importante es el comportamiento del número de leucocitos en forma parecida a la reacción de Widal (crisis hemoclásica).

Ensayos de control que se hicieron en la misma forma, inyectando a las mismas personas, con solución fisiológica de cloruro de sodio en forma de 5 nódulos de 0.20 c. c., subcutáneos, dieron en el caso de reumáticos, (cuyo número de leucocitos disminuía al hacer la reacción con ácido salicílico), aumento del número de leucocitos, e inversamente se observó en no reumáticos, que la inyección de solución fisiológica de cloruro de sodio, muy a menudo producía, sea un aumento en los leucocitos, o una disminución otras veces.

Por tanto está demás efectuar ensayos de control con solución fisiológica.

Como puede observarse en las tablas agregadas, en un solo caso de inflamación articular del carpus, existiendo al mismo tiempo tuberculosis pulmonar con carácter exudativo, resultó positiva la reacción inmunobiológica, mientras que en todos los demás casos de inflamación tuberculosa de las articulaciones, resultó negativa.

En los casos de artritis psoriásica, también resultó negativa, de donde habría que deducir que, en las personas que tienen líquenes descamantes, no tienen nada que ver con inflamaciones reumáticas de las articulaciones, sino que hay una relación etiológica manifiesta entre la inflamación articular y la psoriasis, lo que por otra parte coincide con las observaciones clínicas que muestran una diferencia clara entre la artrosis psoriásica y la poliartritis crónica reumática primaria.

Inflamación de las articulaciones sobre fondo inflamatorio, como tuberculosis, gonorrea, o también como consecuencia de perturbaciones metabólicas (gota), dan reacción negativa.

La reacción no es influenciada ni por la elevación de la temperatura, ni por el carácter de la piel, sino que depende exclusivamente, y casi el 100 %, de la existencia del reumatismo, sea cual fuere su localización.

Si alguien objetara, que un método de investigación no puede ser fiel basándose en el conteo de glóbulos blancos, porque es grande la posibilidad de errores debido a variaciones fisiológicas, se in-

valida tal objeción porque las diferencias en el número de leucocitos son tan grandes, que no pueden ser provocadas por cambios fisiológicos''.

Haremos algunas observaciones sobre ciertos puntos considerados por el autor del artículo que acabamos de transcribir, basándonos para ello en las investigaciones y opiniones de otros autores.

Mester dice haber inyectado soluciones de distintas sustancias, pero sólo obtuvo resultados constantes al inyectar por vía intradérmica una solución de ácido salicílico. Comprobó que esa solución producía disminución del número de leucocitos sólo en el organismo reumático.

Rosenow (1931), al hacer consideraciones sobre la Reacción Hemoclásica de Widal, dice que se ha constatado una disminución del número de leucocitos por inyecciones intradérmicas de solución fisiológica y de otros agentes.

De acuerdo a ésto, no sólo el ácido salicílico tiene la propiedad de provocar disminución del número de leucocitos por vía intradérmica. Tampoco es exclusiva dicha propiedad, para el caso particular del reumatismo, puesto que Rosenow al decir lo más arriba citado, no se refiere a ningún caso particular.

Otro punto es: Mester dice que son muy grandes las diferencias del número de leucocitos provocadas en el transcurso de una hora, por la inyección salicílica en organismos reumáticos, por lo cual no puede suponerse que éstas se deben a oscilaciones fisiológicas.

Con respecto a esas variaciones fisiológicas, Varela (1938), dice: Recuentos globulares efectuados durante el día, con intervalos de una hora, pueden arrojar grandes diferencias, hasta de 2.000 leucocitos.''

De ocurrir esto, puede obtenerse falsos resultados, puesto que una diferencia de 1.500 y hasta de 1.000 leucocitos en la reacción, es motivo para interpretarla positiva.

Merter explica el mecanismo de su reacción, por la acción "casi específica" del ácido salicílico sobre las enfermedades reumáticas.

Esa especificidad es aceptada, y sólo por algunos (Marañón, Belli, Gelman y Lutembacher, 1938, como tantos otros), para el reumatismo articular agudo. Hay otros que la niegan: Cuatrecasas, Schottmüller, Master y Romanoff (1938) y otros.

Admitiendo que sean específicos los salicílicos, para el reumatismo articular agudo, la reacción debería resultar positiva, sólo en esta variedad de reumatismo, y no en todas (a excepción del reumatismo tuberculoso, luético y ciático) como afirma el autor de dicha reacción.

---

Otros investigadores se han ocupado de verificar la Reacción de Mester. A continuación, expondremos en suscito los artículos por ellos publicados:

Lenoch publicó en la Revista Wiener Klinische Wochenschrift del año 1938, un artículo, cuya síntesis es la que sigue:

"Dada la inseguridad de las reacciones biológicas hasta ahora conocidas, enseguida de aparecer la prueba de Mester en esta revista, número 9, 1937, hemos tratado de comprobar esta prueba, en un total de 140 casos".

A continuación describe la técnica empleada (técnica de Mester).

"De los 140 casos, sólo en un 6,4 por ciento no se obtuvo la disminución de leucocitos a la media hora, sino recién después de la hora.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Poliartritis primaria crónica ... ..	44 casos	—	positivos:	39
Poliartritis secundaria crónica . . . .	30 "	—	"	29
Espondiloartritis anquil. Strümpell- Pierre María Bechterew ... ..	5 "	—	"	4
Poliartritis húmero escapular .. . .	3 "	—	"	3
Ciática reumática ... ..	5 "	—	"	3



cc. de solución de ácido salicílico, cada una (en 25 casos), y tres inyecciones (en 20 casos), se obtenían resultados iguales que practicando las cinco inyecciones, con el consiguiente beneficio para el paciente, que se queja de un dolor quemante al inyectarle el líquido.

Tiene tres tablas con los resultados de sus experimentaciones.

La primera, con 45 pacientes francamente reumáticos. La reacción de Mester fué positiva en todos ellos. En cinco casos, la disminución de glóbulos blancos se presentó a los 60 minutos.

No notó diferencias en el comportamiento del número de leucocitos entre los sujetos con afección reumática presente y los que con bastante anterioridad presentaron la afección.

La *segunda tabla* consta de 31 casos con sintomatología reumática o consecuencias de ella; pero que estudios posteriores demostraron los orígenes diversos, y sólo en un caso la reacción de Mester fué positiva. En el resto, fué negativa.

La *tercera tabla* comprende treinta sujetos atacados de diversas infecciones y que no sufrieron afección reumática en ningún momento. En todos ellos, la reacción de Mester fué negativa.

Este autor asemeja la reacción de Mester a la reacción hemoclásica de D'Amato, quien por distintos medios provoca en enfermos de algunas infecciones, un shock que utiliza para el diagnóstico de las mismas.

En el 79,16 por ciento de los casos con reacción de Mester positiva encontró eosinofilia con mononucleosis y neutropenia, y en un 87,51 por ciento de hipotensión.

Por consiguiente, fenómenos del shock hemoclásico, pero como se ve, no fueron constantes, y además los presentaron sujetos normales y los examinados por control.

Es particularmente parecida esta reacción, a la Hemoclásica de D'Amato para la sífilis. Aunque hay un carácter fundamental que asemeja esta reacción a las reacciones anafilácticas, pues se produce sólo en reumáticos, por consiguiente, sensibilizados, presentan caracteres biológicos diferenciales muy importantes, y el shock se tiene en sujetos no artificialmente sensibilizados. Se produce además, por efecto de sustancias que acusan una reacción curativa antireumática y que no son de naturaleza proteica.

Con estas razones, puede diferenciarse la reacción de Mester, de la vasta categoría de shock anafilácticos a los cuales su autor la adscribe.

Dada la especificidad de la reacción de Mester, Braghin concluye aconsejándola para todos los casos en que el diagnóstico del reumatismo resulte difícil por falta de datos clínicos y de laboratorio.

---

*Investigaciones del Dr. Pedro A. Tapella.* — En la Revista de la Asociación Bioquímica Argentina, N°. 16 del año 1940, apareció un artículo de este autor, intitulado: "La reacción de Mester no es específica de la infecciones reumáticas", cuya síntesis es la que sigue:

"La reacción de Mester no es específica de la infección reumática. Da resultados positivos en el 10 por ciento de los sujetos sanos y en el 79 por ciento de los reumáticos.

Es una forma particular del índice leucopénico, de aplicación corriente en las enfermedades alérgicas.

La alta frecuencia de resultados positivos en las afecciones reumáticas, se debe a la sensibilización previa del enfermo, por el ácido salicílico y sus derivados.

El hecho de que muchos enfermos no hayan iniciado el tratamiento salicilado, no desdice esta opinión, pues nadie negará haber tomado aspirinas en su vida. Por otra parte, según el concepto de la Atopía de Coca, un atopeno cualquiera, puede producir fenómenos alérgicos desde el primer momento en que se pone en contacto con un organismo reactivo.

Para mejor dilucidar estos conceptos, sería conveniente en el futuro el estudio simultáneo del índice leucopénico y de la reacción eosinófila".

---

De la Revista "Cátedra y Clínica", N°. 57, año 1939 (Citado también por la Rev. Sud Amer. Endocr. Inmunol. y Quimioterapia, N°. 3, 1940):

“La prueba de Mester en el diagnóstico del reumatismo”, por los Dres. F. A. Maciel Crespo y Edmundo Vanni.

Síntesis del artículo:

La importancia de reconocer la naturaleza reumática de procesos viscerales y articulares llevó a A. Mester a buscar una reacción específica. Después de varios ensayos, encontró que la inyección de una solución de ácido salicílico le daba resultados característicos.

La reacción sería una manifestación del estado de sensibilización del organismo atacado por la infección reumática hacia el ácido salicílico, una reacción hemoclásica análoga a la propuesta por D'Amato en algunas infecciones.

(A continuación hace una síntesis de los trabajos de Mester, Lenocho y Braghin).

Los autores del presente artículo estudiaron tres casos de infección reumática aguda actual; obtuvieron dos resultados positivos y uno negativo; cuatro casos de reumatismo crónico primitivo, de los cuales tres dieron resultados negativos y uno positivo.

En once casos de control, resultó uno positivo (anguilulosis), el resto negativo.

De acuerdo a esto concluye: La reacción de Mester para el reumatismo no es absolutamente específica, pudiendo ser positiva en afecciones seguramente no reumáticas.

Inversamente puede resultar negativa en casos indiscutibles de afección reumática aguda en actividad.

La proporción de resultados positivos es mayor en el reumatismo poliarticular agudo que en el reumatismo crónico primario.

---

#### *La Reacción de Mester para el diagnóstico de la infección reumática*

Por los Dres. Donato Bacia y Enzo Parnisari. (El resumen de este trabajo fué comunicado a la primera reunión científica del Hospital Italiano en fecha 15 de julio).

Publicado en *Semana Médica*, N.º. 40, del año 1939, citado también por la *Rev. Sud Americana: Endocr. Inmunología y Quimioterapia*, N.º. 3, 1940.

### Conclusiones del trabajo:

Después de haber reseñado la escasa bibliografía con respecto a la reacción de Mester para el diagnóstico de las afecciones reumáticas, los autores exponen los resultados obtenidos en diez enfermos de reumatismo y diez de otras afecciones. En el primer grupo la reacción fué siempre positiva, mientras en el segundo resultó negativa, confirmando así las experiencias de Mester, Lench y Braghin.

Concluyen dando a esta comunicación, carácter previo, considerando escasa aún su estadística.

Si bien es cierto que el número de casos estudiados no autoriza a considerar en forma definitiva los resultados obtenidos, ellos autorizan a establecer en principio, algunas conclusiones, que investigaciones posteriores podrán determinar con mayor exactitud:

---

### *La Reacción de Mester para el diagnóstico en la infección reumática en el niño*

Por el Dr. Luis Pruss. (Publicado en la Rev. Soc. de Pediatría de Rosario, N°. 1, 1941).

1°. — En el niño, la reacción de Mester es positiva en las dos terceras partes de los enfermitos con infección reumática aguda.

2°. — Es hallada en un porcentaje muy poco inferior en los que no tienen ningún antecedente reumático, habiéndose realizado dicha reacción, durante la convalecencia de distintas enfermedades infecciosas.

3°. — Estos resultados descartan todo valor científico, a la reacción, para el diagnóstico del reumatismo en el niño.

4°. — Esto se reafirma por el hecho de resultar negativa en enfermos con infección reumática aguda en actividad y lesión cardíaca con insuficiencia mitral concomitante.

En veintidós casos de reumatismo, *siete resultaron negativos*, lo que hace un promedio del 32 por ciento.

De los resultados positivos, sólo cuatro acusaron la disminución de leucocitos recién a la hora.

En los veintidós, hubo *quince positivos*, lo que hace un 68 por ciento.

En el control realizado sobre quince enfermitos sin antecedentes reumáticos, se obtuvieron *nueve positivos*, lo que hace un promedio del 60 por ciento y *seis negativos*, lo que hace un promedio del 40 por ciento.

En la "Presse Medicale", suplemento 1936, pág. 79, se publicó un ligero resumen del trabajo de A. Mester, con el título de "Reacción inmunobiológica específica para el reumatismo articular agudo".

Este título parécenos erróneo, desde que Mester llama a su reacción "inmunológica específica para el reumatismo", asegurando que ella pone de manifiesto cualquier variedad de la enfermedad reumática en general. No se limita, por tanto, dicha especificidad sólo al reumatismo articular agudo, como parece indicar el título de ese artículo.

Otro error (que puede ser de imprenta), se ha cometido al citar la solución de ácido salicílico empleada en la reacción: da para esta solución, una concentración del uno por ciento, y es al uno por mil.

---

Resumen del trabajo presentado por el Dr. Conejo Mir, en un congreso Dermo-sifilográfico, publicado en: Actas dermo-sifilográficas - Año XXXII — 1940 - 1941.

El trabajo se intitula: *La prueba de Mester en Dermatología*.

Hace este autor, primeramente, una exposición sintética sobre una posible etiología común del reumatismo y las enfermedades cutáneas.

Cita las enfermedades cutáneas que tienen un marcado carácter sintomático del reumatismo articular agudo, y también de otras variedades reumáticas.

Presta mayor atención a la poliosis reumática de Schönlein y a la psoriasis, haciendo notar la semejanza clínica que tienen con

el reumatismo, las manifestaciones articulares que acompañan a esas enfermedades. Estas también responden a la indicación citada.

A continuación enumera las opiniones y teorías de distintos autores sobre la relación entre estas dos enfermedades y el reumatismo.

Hace también consideraciones sobre la etiología de ambas: poliosis reumática y psoriasis.

El Dr. Conejo Mir dice haber efectuado la prueba de Mester en la enfermedad de Schönlein y en la psoriasis, a fin de contribuir al esclarecimiento de uno de los puntos en litigio, de la etiología de estas dos entidades cutáneas.

Enseguida hace un breve resumen de los trabajos de Mester, de Braghin y de Lench con las respectivas opiniones de estos dos últimos, sobre la reacción de Mester.

Da los resultados obtenidos al practicar la prueba de Mester (con técnica de Braghin), en veinte casos. De éstos, cuatro son de psoriasis y seis de poliosis reumática. Obtuvo resultado *positivo* en el 20 por ciento de los enfermos de psoriasis y 33 por ciento de los enfermos de poliosis.

Como testigo, hizo la reacción a siete enfermos de distintas enfermedades, obteniendo resultado *positivo* en uno de ellos.

Considera que, debido a la escasez de casos estudiados, no puede afirmar, y ni siquiera inclinarse en favor de la influencia reumática, en estas dos enfermedades de la piel.

Con respecto a este trabajo, el Dr. Fernández de la Portilla refiere un caso de psoriasis con artropatías reumáticas y otros dos que sólo presentaron síntomas cutáneos, y cedieron a la terapéutica salicílica.

Pregunta éste, al Dr. Conejo Mir: 1°.) Si ha efectuado recuento de leucocitos en los reumáticos; 2°.) Si en dichos enfermos aumentan o disminuyen espontáneamente las cifras leucocitarias.

Conejo Mir reconoce no haber practicado la prueba de Mester en reumáticos sin procesos cutáneos. Pese a que se le reconoce valor específico a la prueba de Mester en los trabajos hechos al respecto, estima que en todo sujeto hay leucovariaciones espontáneas y fisiológicas que explicarían la variabilidad de las cifras señaladas

por el comunicante, antes de la prueba, en los sujetos enfermos y en los testigos.

Promete averiguar estos extremos en los enfermos reumáticos que pueda encontrar.

Termina exponiendo (de paso) algunos procedimientos terapéuticos, empleados para la psoriasis.

---

En definitiva:

Reacción de Mester: disminución de leucocitos producida por inyecciones de ácido salicílico en las afecciones de origen reumático.

Esta reacción, según Mester (autor de ella) y Braghin, es específica para el reumatismo, sin importar su localización. Resulta positiva en reumáticos y negativa en cualquier otra enfermedad.

Boccia y Parnisari llegan a iguales conclusiones, pero es escaso el número de casos por ellos analizados.

Lenoch, en virtud de sus experimentaciones deduce que la reacción de Mester resulta positiva en enfermedades articulares degenerativas, por lo cual puede ser positiva también en enfermedades que no tienen nada que ver con la afección reumática.

Tapella, Crespo y Vanni, Pruss, niegan la especificidad de la reacción de Mester por haber obtenido resultados positivos en enfermos no reumáticos y en sanos.

En cambio obtuvieron resultados negativos en casos indiscutibles de afección reumática aguda en actividad.

Conejo Mir efectúa la reacción en enfermos de poliosis reumática y de psoriasis, obteniendo, unas veces resultados positivos, y otras, negativos.

---