

Comentario sobre el artículo del Doctor Lijo Pavia

Publicado en Archivos de Oftalmología de Buenos Aires 1925; 1:19-36

Conjuntivitis a pequeños folículos diseminados

Autor:

Dr. Ricaro D. Wainsztein
Médico Oftalmólogo.
Instituto de la Visión
Email: ricwains@gmail.com



El Dr. Lijo Pavia (1888-1978) presentó este trabajo en la sesión ordinaria de octubre de 1924 de la SAO, a la sazón todavía llamada Sociedad de Oftalmología de Buenos Aires. Médico honorario del Hospital Tornú (1923-1925), al momento de la publicación ya era el jefe del Servicio de Oftalmología de dicho hospital (1925-1946), nosocomio especializado en el tratamiento de pacientes tuberculosos.

En esta investigación, el Dr. Lijo Pavia describe una conjuntivitis caracterizada por pequeños folículos diseminados, que la encuentra asociada mayoritariamente a pacientes tuberculosos. Además del examen clínico, los pacientes fueron estudiados anatomopatológicamente con la colaboración del Dr. Marcelo Dusseldorp. Las tomas biopsias fueron realizadas en el tercio externo del tarso, lugar frecuente de manifestación de la conjuntivitis tuberculosa¹. Los preparados los realizaron en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, dirigido en ese entonces por el Dr. Joaquín Llam-bías. Habiendo aquilatado tal experiencia en la anatomía patológica, se hace justicia destacar que el Dr. Lijo Pavia fue el primero en el mundo en describir la histología característica de la conjuntivitis leñosa en ese mismo año de 1924^{2,3}.

El trabajo describe tres características distintivas de este cuadro: una infiltración linfocitaria en napa, en folículos aislados y mixta, detallando las diferencias entre estos hallazgos y otros cuadros

de conjuntivitis tales como las llamadas “conjuntivitis catarrales”, “diplobacilar, catarral subaguda y blefaroconjuntivitis” (conjuntivitis angular por *Moraxella lacunata* o diplobacilo de Victor Morax y Theodore Axenfed), “conjuntivitis folicular aguda tipo Béal” (la actual -viral- fiebre faringo conjuntival, que Morax llamó así por su discípulo Béal, que la padeció) y la “conjuntivitis crónica y primaveral”. La misma conjuntivitis de Béal fue abordada luego por el Dr. Dusseldorp en 1927⁴.



Doctor Lijo Pavia

Es así, que hoy en día nos puede resultar algo complejo ubicar exactamente estos cuadros en las actuales clasificaciones de las inflamaciones conjuntivales.

El Dr. Lijo Pavía también diferencia a esta entidad de las proliferaciones foliculares de los linfomas, del tracoma y las de la instilación de atropina. Esta mención nos parece relevante, ya que subraya algo que hoy en día tenemos muy en cuenta en nuestra práctica diaria: la conjuntivitis medicamentosa secundaria a la instilación de diferentes colirios, especialmente si tienen conservantes como el cloruro de benzalconio.

El trabajo fue realizado examinando 414 enfermos de tuberculosis pulmonar confirmada, de diferente grado, tabulando los pacientes en forma muy detallada, como era norma en él.

Sin embargo, el Dr. Lijo Pavía refiere que no pudo confirmar la presencia del bacilo tuberculoso en la conjuntiva ni en el cobayo, fuese por inoculación subperitoneal o en la cámara anterior. Luego de 95 años, esto sigue siendo difícil de lograr de esa forma, debido a los pocos bacilos presentes en la conjuntiva y la dificultad de realizar la coloración tisular de Ziehl Nielsen, lo cual aún hoy no es evidencia en contra de su existencia¹. Como lo dice un refrán: la ausencia de evidencia no es evidencia de la ausencia.

En 1912, Eyre clasificó la tuberculosis conjuntival en nodular, ulcerativa, hipertrófica granulomatosa, y pedunculada, que sigue vigente. El origen de la afección conjuntival puede estar en la diseminación interna o la inoculación externa por las gotas de [Carl] Flügge al toser. Estas presentaciones no son estancas, ya que también se pueden superponer y complicar el diagnóstico hecho sólo mediante la biomicroscopía.

Por estas dificultades diagnósticas, salvo que se encuentren tubérculos con células epitelioides y nódulos caseosos o se pueda realizar una punción de una adenopatía preauricular, hoy en día se recurre a la bacteriología aliada a la biología molecular: vale decir, a la PCR (tan en boga en medio de la pandemia Covid19 que estamos sufriendo) para poder detectar el ADN del *Mycobacterium tuberculosis*⁵.

Se trataba de una dificultad similar a la que se enfrentaban por aquella época para poder lograr el diagnóstico etiológico del tracoma, cuya etiología se presumía viral (textualmente, debido a "un virus filtrable") hasta mediados del siglo 20. Si bien los cuerpos de inclusión de la *Chlamydia trachomatis* fueron descubiertos en 1906 por los Dres. Stanislaus von Prowazek y Ludwig Halberstädter, recién

fue aislada y cultivada de la conjuntiva por primera vez en 1955 en China por el Dr. Fei Fan Tang⁶.

No obstante, hoy en día nos valem también de la PCR como el método rápido, sensible y específico para su diagnóstico.

Debemos valorar sobremanera las descripciones anatomopatológicas precisas y fotografías de los preparados de ese momento, y no nos sorprende la ausencia de fotografías clínicas del ojo externo, cuyo uso sí se difundiría varios años más adelante, primero mediante macrofotografías y luego a través de tomas mediante la lámpara de hendidura. En esa época, se recurría al talento de ilustradores médicos de la talla del artista plástico Arnoldo Moglione, quien creó el primer logo de la SAO, la alegoría que engalanaba los diplomas de miembros titulares y la revista Boletín de la Sociedad Argentina de Oftalmología⁷.

La tuberculosis sigue siendo un problema mundial. En 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que surgían anualmente casi 9 millones de casos por año, mayormente en África (24% de los casos mundiales), el sudeste de Asia y el Pacífico Occidental.

Aunque en los países desarrollados disminuyó muchísimo la incidencia de tuberculosis, a partir de la década de 1980 aumentó la notificación de casos, debidos al SIDA, la pobreza y el aumento de la movilidad global. La tuberculosis conjuntival no es frecuente, siendo a menudo diagnosticada por oftalmólogos subespecialistas, sobre todo en servicios dedicados a las enfermedades infecciosas¹.

Referencias

1. Salas D, Murthy S, Champ C, Hawksworth N. Primary tuberculosis of the conjunctiva. *Eye* 2001;15:674-6.
2. Firat T. Ligneous conjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 1974;78(4):679-88.
3. Lijo-Pavía J. Tumor inflamatorio fungoso recidivante de la conjuntiva palpebral. *Semana Med* 1924; 31:326-331.
4. Dusseldorp M. Tracoma. Tesis N° 4362. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Buenos Aires. Talleres Gráficos Argentinos L. J. Rosso. 1927.
5. Solmaz N, Önder F, Demir N, Altuntaş Aydın Ö. Primary Conjunctival Tuberculosis. *Turk J Ophthalmol*. 2018 Feb;48(1):39-41.
6. Cheng, G., Li, M. & Gao, G.F. "A friend to man," Dr. Feifan Tang: a story of causative agent of trachoma, from "Tang's virus" to *Chlamydia trachomatis*, to "Phylum Chlamydiae". *Protein Cell* 2, 349-350 (2011).
7. Wainsztein, RD. El artista Arnoldo Moglione (1891-1979). Las ilustraciones en la oftalmología de Buenos Aires. *Archivos Argentinos de Oftalmología*. N°8, 8-17. 2017. Buenos Aires 2017.

A continuación compartimos el artículo original del doctor Lijo Pavía publicado en la Revista Archivos de Oftalmología de Buenos Aires en el año 1925:

Conjuntivitis a pequeños folículos diseminados ⁽¹⁾

(Publicación previa)

POR EL

DR. LIJO PAVIA

La conjuntiva palpebral presenta en sus dos capas histológicas, epitelio y corion, diversas afecciones que macroscópicamente se caracterizan por un aspecto más o menos alterado de la mucosa, aspecto que en la mayor parte de los casos permite hacer el diagnóstico de la enfermedad. De los diversos elementos que a simple vista nos permiten llegar a una conclusión, tales como coloración de la conjuntiva, regularidad de su superficie, saliencias papilares, pérdidas de substancia, inyección arteriovenosa, formación de pseudomembranas, etc., son dos, regularidad de su superficie y saliencias papilares, los que coexisten en varias afecciones, siendo entonces discutible el diagnóstico y por consiguiente inciertos el tratamiento y la profilaxia.

En un tiempo, la teoría unicista veía en toda anomalía de la superficie de la conjuntiva que llegaba a la formación de saliencias papilares y de folículos, una lesión tracomatosa; hoy ya no se discute la existencia de afecciones benignas, en las que exista la formación de folículos y respecto a las cuales la profilaxia del tracoma no puede ni debe ser aplicada.

(1) Presentado a la Sociedad de Oftalmología en la sesión de Octubre de 1924.

Entre estas afecciones benignas, en las cuales se constata la formación de folículos, debe ser colocada, la que apartándose por sus caracteres clínicos de las clásicas conjuntivitis folicular aguda y conjuntivitis folicular, también se diferencia de ellas por sus caracteres histopatológicos, y es la que denomino «*conjuntivitis a pequeños folículos diseminados*».

I

CARACTERES CLINICOS

Describiré sus síntomas subjetivos y objetivos.

Síntomas subjetivos.—Son de escasa importancia, pero se exageran cuando el sujeto tiene algún vicio de refracción. En efecto, en una mitad de los casos más o menos, no se experimenta nada y en el resto se siente ligero prurito y sensación de aspereza en los movimientos de parpadeo, siendo esto más intenso en la tarde, más aún, si se ha trabajado a la luz artificial.

Por períodos de tres a cinco días, puede sentirse cierta fotofobia y sensación de cuerpo extraño (sensación de polvo o tierra bajo el párpado superior).

Síntomas objetivos.—Habitualmente no hay secreción, pero en los períodos antes citados, llega a concretarse ligera secreción mucopurulenta durante la noche, hasta producir un pequeño depósito costráceo en el ángulo interno. Estos pequeños períodos de exacerbación, han de ser considerados, ya sea como *poussée* aguda sobre el terreno lesionado, y ya coincidiendo con la necrosis de los folículos.

Antes de describir otros síntomas objetivos, creo útil recordar algunos datos concernientes al aspecto de la mucosa conjuntival palpebral. Normalmente, la superficie es lisa y uniformemente brillante, pero observando con detención, se reconocen los surcos de Stieda, deli-

cadras goteras señaladas por éste, las cuales no alteran mayormente la regularidad de la superficie y que sólo se aprecian dejando por breve espacio el párpado invertido.

El aspecto de la mucosa conjuntival es de una transparencia uniforme y se ven perfectamente las glándulas de Meibomius. Los vasos correspondientes a las arcadas tarsal superior y tarsal inferior son poco visibles. Todo esto en personas jóvenes, pero, en las de cierta



Microfotografía 1

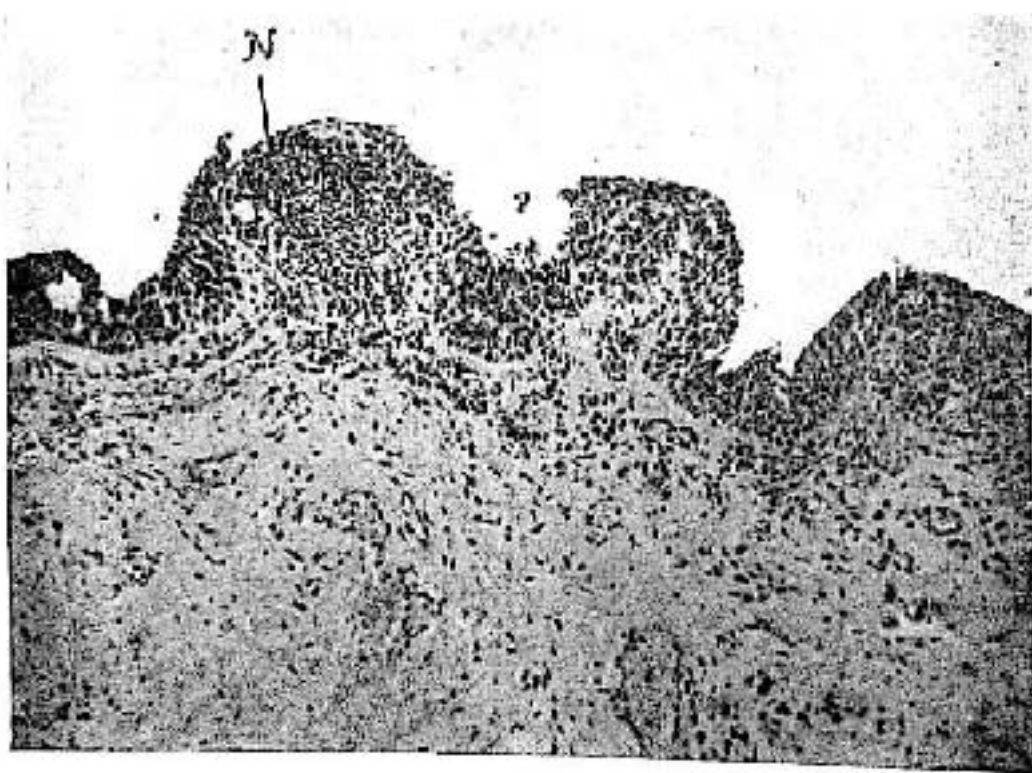
E, epitelio; I, invaginación del epitelio. Infiltración en napa

edad se ven en los ángulos del párpado superior papilas formadas por pequeños pliegues de la mucosa, que a veces encierran concreciones, que se ven como puntos amarillentos subepiteliales, semejando folículos. Asimismo se ha señalado, en el pliegue de pasaje, la presencia de pequeñas saliencias aisladas.

Ahora bien, en la conjuntivitis que describo, tenemos ante todo, falta de antecedentes como conjuntivitis re-

cientes de carácter agudo o subagudo, pues se sabe perfectamente que éstas dejan a veces un estado folicular de la mucosa que puede persistir hasta dos y tres meses.

El síntoma principal lo constituye el aspecto de la conjuntiva palpebral superior, sin incluir ángulos ni pliegues de pasaje, presentándose finamente punteada, siendo los puntos pequeños folículos que no llegan a la apariencia de papilas. La mucosa puede estar espesada y en este caso las glándulas de Meibomius no son visi-



Microfotografía 2

N, punto donde el folículo se ucerosa. Foliculos salientes

bles. Los vasos de ambas arcadas tarsales se presentan inyectados y en ciertos casos existe inyección intensa de aquéllos sin espesamiento de la mucosa.

En cuanto a la localización de los folículos, éstos se hallan siempre en el párpado superior, pudiendo coexistir en el inferior. De la observación de muchos enfermos he llegado a clasificar clínicamente la afección en cinco grupos, según exista o no intensa inyección arte-

riovenosa, sean o no visibles las glándulas de Meibomius y se vean pequeños nodulitos subepiteliales, siendo según su orden, los siguientes grupos:

Número 1: Glándulas de Meibomius visibles, sin intensa inyección.

Número 2: Glándulas de Meibomius visibles, con intensa inyección.

Número 3: Glándulas de Meibomius no visibles, sin intensa inyección.



Microfotografía 3

Folículos salientes. Z. zona necrótica de un folículo

Número 4: Glándulas de Meibomius no visibles, con intensa inyección.

Número 5: En este grupo, como en los anteriores la mucosa es superficialmente punteada y además presenta puntos amarillentos submucosos, con inyección o sin ella, y glándulas visibles o no.

La frecuencia de estos cinco tipos la pude determinar examinando un total de 280 enfermos observados en el

hospital Tornú y todos ellos tuberculosos, obteniendo el siguiente resultado:

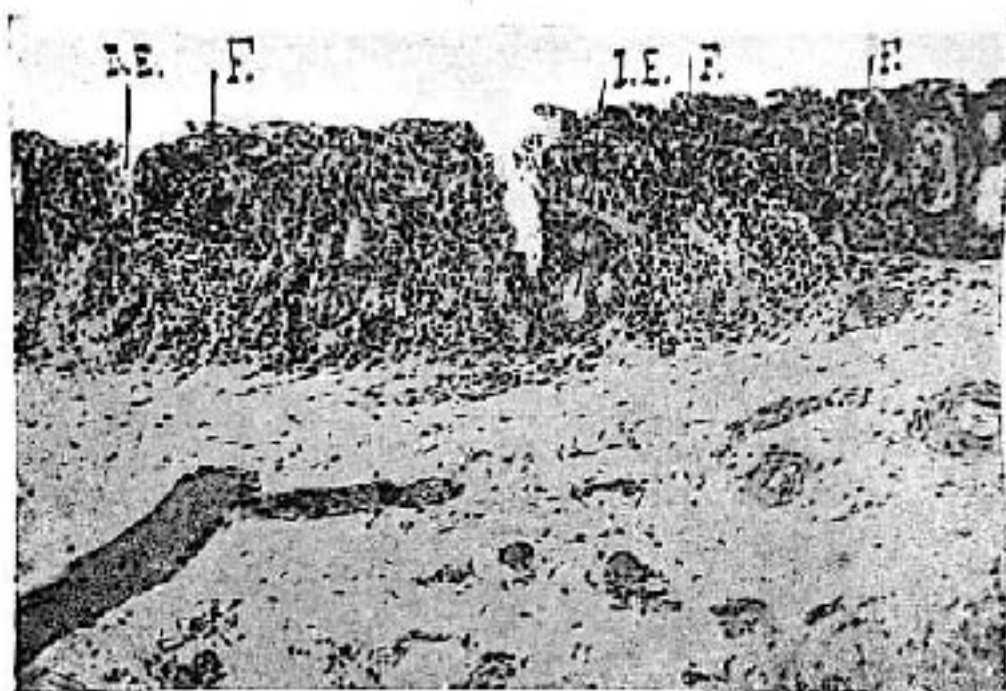
Conjuntiva de aspecto normal 72, o sea el 25 por ciento, más o menos.

Conjuntivitis tipo número 1, 58

Conjuntivitis tipo número 2, 107.

Conjuntivitis tipo número 3, 2.

Conjuntivitis tipo número 4, 11.



Microfotografía 1

F, folículos no salientes, I-E, invaginaciones epiteliales

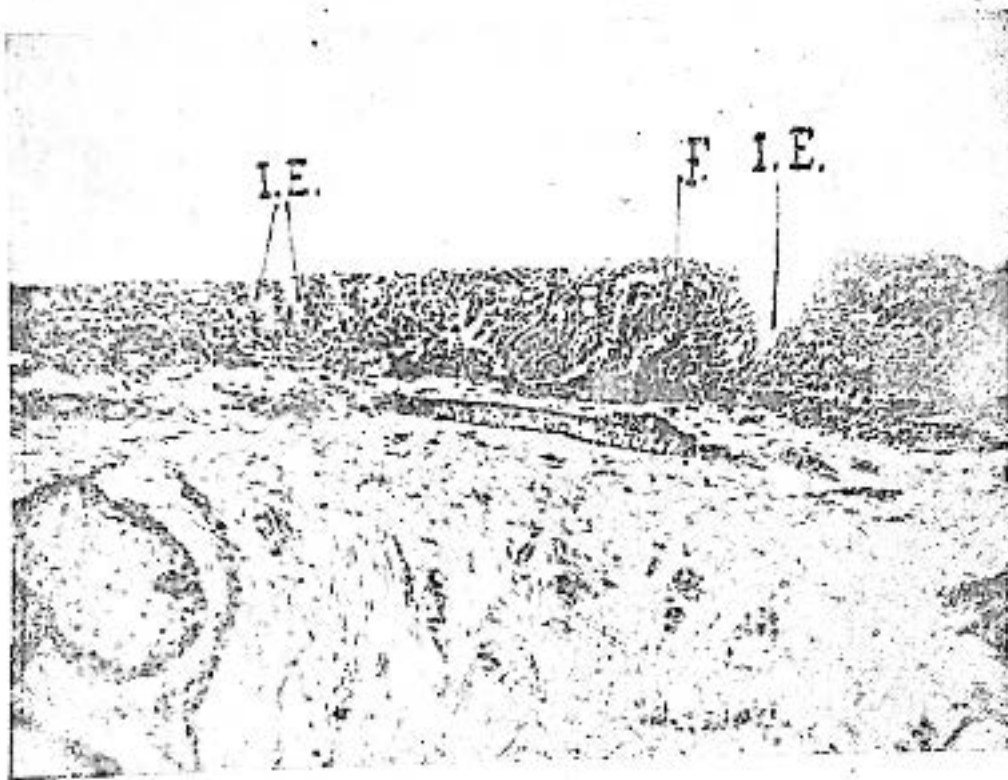
Conjuntivitis tipo número 5, 30.

Dando así los cinco tipos, 208 casos o sea el 75 por ciento más o menos.

Además de estos enfermos he constatado aisladamente la abundancia de personas afectadas, y sin que ello signifique una afirmación de orden general, señalado el hecho que en su mayor parte han reaccionado favorablemente al tratamiento por la tuberculina.

Para la diferenciación de la afección que me ocupa, iré citando sucesivamente las enfermedades que presentan síntomas análogos y los caracteres que las distinguen.

Catarro vesiculoso de Fuchs, que puede observarse en el período de regresión de la conjuntivitis catarral



Microfotografía 5

F, folículo no saliente; I - E, invaginaciones epiteliales

aguda epidémica. La conjuntiva del tarso cubierta de pequeñas saliencias con la apariencia de granitis de arena, esparcidos sobre una lámina de vidrio húmeda (Arlt).

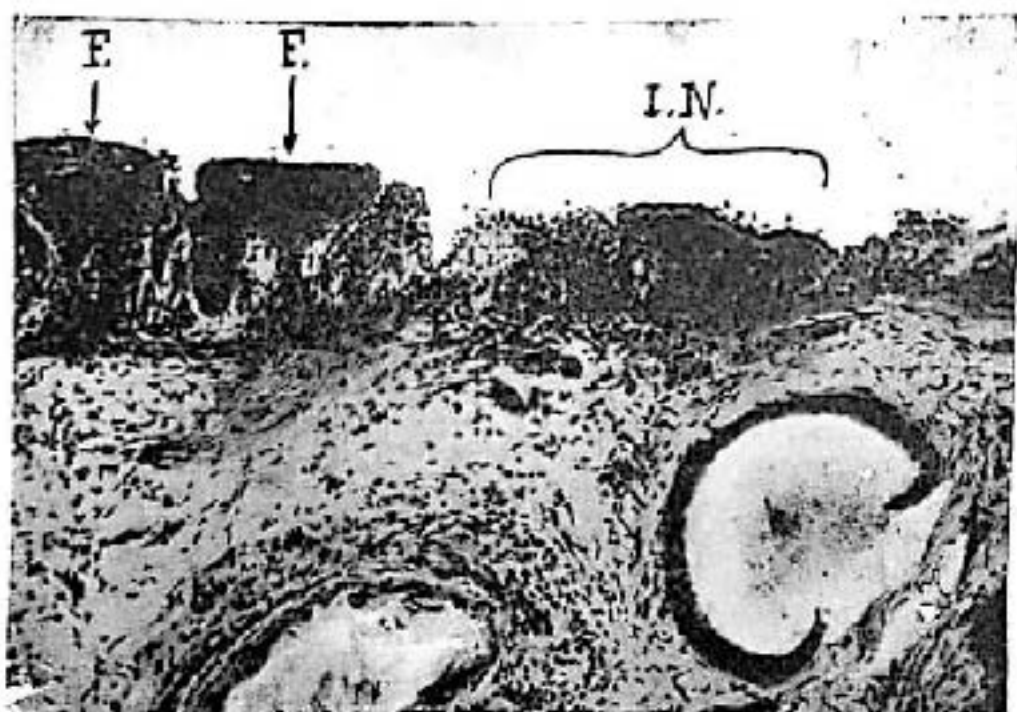
Conjuntivitis foliculosa aguda, en la que se observa formación de folículos como consecuencia de la conjuntivitis aguda (Axenfeld). En ambos casos el antecedente de la afección aguda servirá de guía.

Catarro conjuntival crónico, la mucosa conjuntival es lisa, pero intensamente inyectada y espesada (Fuchs).

Hiperemia crónica de la conjuntiva (Axenfeld). Estado análogo al anterior y en que la mucosa también se presenta lisa.

Conjuntivitis foliular aguda tipo Best. La superficie de la mucosa presenta un aspecto netamente papilar. En esta afección está tomada la conjuntiva en ambos párpados y en cada párpado en toda su superficie, carácter que permite distinguirla.

Conjuntivitis foliular crónica. Formación crónica de folículos en el párpado inferior, más aún, en fondo



Microfotografía 6

Forma mixta. F, folículos; I-N, infiltración en saco

de saco y en el párpado superior, ectropiándolo fuertemente, se encuentra a veces en *jornix* y cerca de los ángulos. Las glándulas de Meibomius se ven por transparencia. Los folículos son voluminosos, relativamente claros y netamente limitados, la mucosa no es muy roja y pueden ser o no infecciones (Axenfeld). No traen irritación conjuntival y son de forma oblonga, cilíndricos, frecuentemente dispuestos en rosario, curan es-

pontáneamente y se les ha observado apareciendo en forma epidémica en cárceles, asilos, etc. (Demaria).

Los folículos respetan el tarso, pero su carácter predominante es el de localizarse en conjuntiva tarsiana y fondo de saco inferior (Morax). Bastan estos datos para hacer el distingo con la conjuntivitis que describo.

Conjuntivitis tracomatosa. La localización, la aparición papilar tan desarrollada, la intensa inyección, el espesamiento enorme de la mucosa, la propagación de la inflamación al tarso, la tendencia al ectropión y las complicaciones corneanas son numerosos elementos diferenciales. Pero es con el tracoma que se inicia, que es fácil confundir la conjuntivitis de que trato y en tal caso «nada más inofensivo que la escisión de un pequeño trocito de conjuntiva para el análisis histológico» (Morax, *Pathologie oculaire*, pág. 101), con lo cual se podrá determinar la afección perfectamente.

Conjuntivitis tuberculosa. En el tipo descrito de esta afección sólo figura el estado folicular, como temporario y a breve término, pues el nódulo subepitelial se necrosa rápidamente y da lugar a ulceraciones diseminadas, que es uno de los aspectos más frecuentes y suficiente para la diferenciación.

Conjuntivitis primavera! Se diferencia perfectamente por el aspecto lechoso de la superficie de la mucosa tan característico.

Otras afecciones. En cuanto a los folículos gigantes del linfoma, el catarro folicular por uso de la atropina, la oftalmia nodosa producida por pelos de la oruga o de diversas plantas, las pequeñas concreciones de las glándulas de Kraus y de Ciaccio, y la conjuntivitis de Parinaud, pueden ser excluidas con facilidad.

II

ANATOMIA PATOLOGICA

Con el fin de documentarme a este respecto y con la ayuda del señor Dusseldorp, se hicieron varias biopsias, con una técnica ideada por éste para obtener preparaciones con epitelio intacto.

Para ello se eligió, tanto del párpado superior como inferior, la porción de la conjuntiva tarsiana más o menos en el tercio externo. La fijación, inclusión y coloración fué hecha en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad y debo al profesor Llebías el concepto anatómo-patológico que individualiza esta afección. En biopsias realizadas en sujetos aparentemente normales a nivel del tarso, no encontré infiltración alguna. Es posible, sin embargo, que en los ángulos y en los fondos de saco, exista en el corion una capa de tejido adenoide tal como describen Axenfeld y otros autores.

Lo que caracteriza microscópicamente la afección, es la infiltración linfocitaria del corion. Esta infiltración puede hacerse de tres maneras: 1.º distribuyéndose más o menos uniformemente en napa; 2.º constituyendo pequeños folículos; 3.º de ambas maneras a la vez.

1.º INFILTRACION EN NAPA.—El epitelio es normal y presenta en algunos casos invaginaciones tubulares semejando glándulas. Debajo del epitelio, la infiltración llena todo el corion en unos casos y parcialmente en otros; es constituida por pequeños linfocitos, algunos mononucleares y muy escasos eosinófilos, que a veces faltan. El estroma conjuntivo es reducido, casi nulo en algunos lugares.

Para que no haya duda sobre el carácter especial de esta infiltración, pasaré breve revista de la que presentan las siguientes afecciones:

Conjunctivitis catarral. Polinucleares atravesando el epitelio e infiltrando corion.

Conjuntivitis diplobacilar, catarral subagudo y blefaroconjuntivitis. Polinucleares en epitelio y mononucleares en corion.

Conjuntivitis folicular aguda tipo Beal. Epitelio y corion infiltrado.

Conjuntivitis crónica y primaveral. La infiltración en napa es linfocitaria, pero predomina la proliferación epitelial.

2.º FOLÍCULOS AISLADOS.—En los casos con formación de folículos, he observado dos tipos:

- a) Folículos salientes;
- b) Folículos no salientes;

a) En el primero se ve: invaginaciones de la mucosa separando los folículos. Estos están constituidos por un acúmulo de linfocitos, los cuales, al aglomerarse, tienden a presionar el epitelio, el cual se adelgaza a su nivel. Posteriormente el folículo puede necrosarse y ser eliminado, sin que hoy por hoy pueda yo afirmar que ésta sea su evolución obligada.

Estos folículos se distinguen microscópicamente: 1.º de la *folicular crónica* por existir en los de ésta, elementos polinucleares, células plasmáticas, ligera infiltración del epitelio y tamaño mucho mayor de los folículos que son hasta cuatro o cinco veces más grandes; 2.º con el *folículo tracomatoso*, por presentar éste una agrupación periférica de linfocitos y un grupo celular central constituido por linfocitos, células tipo epitelioide, células a corpúsculos y algunos eosinófilos, además tiene un fino retículo de tejido conjuntivo y capilares centrales y muchas veces una envoltura fibroconjuntiva; 3.º en el *folículo tuberculoso* existe un elemento importante de diferenciación, que es la célula gigante.

En los casos de folículos no salientes, la aglomeración de linfocitos no es tan numerosa y ellos se encuentran separados unos de otros por las invaginaciones

epiteliales o pseudoglándulas, que son aquí más estrechas que en el tipo de folículos salientes.

3.º INFILTRACION EN NAPA CON DEFORMACION DE FOLICULOS.—En este tipo puede verse la coexistencia de los dos aspectos, pues los folículos están separados por invaginaciones epiteliales y la infiltración en napa, se hace en lugares donde el epitelio es plano.

III

ETIOLOGIA (1)

En los dos capítulos anteriores adelantaba el convencimiento que me daban los hechos observados, de la frecuencia de esta afección en los tuberculosos; en esas circunstancias fuí gentilmente secundado por el director del hospital Tornú, Dr. Raimondi, poniendo a mi disposición el material necesario para la observación.

Fueron examinados 414 enfermos en aquel hospital.

De éstos, 280 estaban internados en los servicios del director y de los doctores Guerrero, Maqueda e Izzo, a quienes debo agradecer esta colaboración.

De los 280 enfermos hospitalizados, presentaron la conjuntivitis a pequeños folículos 208, y en los 72 restantes se observaba la conjuntiva normal, como antes queda dicho, la frecuencia de la lesión en los enfermos hospitalizados tuberculosos alcanza al 75 por ciento más o menos.

Los restantes 134 enfermos examinados lo fueron del consultorio externo que funciona anexo al servicio del Dr. Raimondi. Como se deduce de los cuadros detallados que acompaño, la frecuencia de la lesión ocular parece estar en relación inversa a la gravedad de

(1) Presentado a la Sociedad de Fisiología, en la sesión de Agosto de 1925.

la lesión pulmonar, en efecto, en los 134 enfermos de consultorio externo, encontré la conjuntivitis en 110 y de los 24 restantes sólo 6 presentaban la conjuntiva normal, los otros 18 tenían indemne la conjuntiva de uno de los ojos y pequeños folículos en el otro.

El porcentaje de la frecuencia de la lesión en los tuberculosos del consultorio externo es de 83 por ciento.

Hay, como se ve, una ligera diferencia en el porcentaje de la frecuencia entre los enfermos internados y los externos; pero esa diferencia de un 8 por ciento, a mi modo de ver no debe ser tomada en cuenta.

Los resultados obtenidos, permiten pensar que la lesión señalada, si bien pudiera existir en alguna otra enfermedad general, se presenta con una elevada frecuencia en los tuberculosos; y esto tiene una gran importancia al estudiar la etiología de aquella.

Sin ánimo de extenderme para no sobrepasar los límites de este capítulo, señalaré el hecho de que las investigaciones realizadas para hallar el bacilo en los cortes provenientes de biopsias de conjuntiva, han fracasado como así las inoculaciones en cobayo, tanto subperitoneales como en cámara anterior.

Por todo esto, considero que más que una afección, la conjuntivitis a pequeños folículos diseminados, es un signo que señala que tal organismo se halla en la fase de hipersensibilidad, fase que para Ranke es la segunda en la evolución general de la tuberculosis.

Los enfermos del consultorio externo, examinados, aparecen en detalle en el cuadro siguiente, en que han sido agrupados de acuerdo al aspecto de su conjuntiva; en primer lugar aquellos en que era normal, luego los que presentaban la lesión en un solo ojo y después los que tenían la lesión característica en cualquiera de las cinco formas en que puede presentarse, de acuerdo con la clasificación que establecí al hacer la presentación previa.

Enfermos con conjuntiva normal

Enfermo	Edad	Procedencia	Nº del servicio de ojos	Nº del servicio del doctor Hahnemann	Tuberculosis	Forma clínica de la tuberculosis
R. M.	14	Capital	422	6103	P. 1ª	Córtico pleural
L. B.	42	"	414	6107	P. 1ª	Pleurógena
R. O.	18	"	446	6137	P. 1ª	Córtico pleural
A. N.	40	"	468	6543	P. 1ª	Pleurógena
M. T.	22	"	480	6118	P. 2ª	Córtico pleural
E. R.	27	Bs. Aires	650	6302	P. 3ª	Fibrosa

Enfermos con lesión en un solo ojo

E. G.	53	Bs. Aires	415	6037	P. 3ª	Fibrosa
C. D. de F. . .	25	"	415	6110	P. 2ª	Pleurésia seca
C. de O.	38	"	416	6112	P. 1ª	Brónquica
I. D.	40	"	442	6131	P. 2ª	Córtico pleural
A. G.	29	"	443	6132	P. 1ª	Pleurógena
C. L.	36	"	480	6172	P. 1ª	Pleurógena
R. S.	21	Capital	525	6216	P. 1ª	Brónquica
R. B.	21	"	557	6256	P. 2ª	Córtico pleural
S. S.	30	"	558	6265	P. 2ª	Córtico pleural
E. L.	21	"	611	6294	P. 1ª	Córtico pleural
P. G.	16	"	613	6296	P. 2ª	Hemorrágica
S. B.	14	"	374	6078	P. 3ª	Caseosa
V. V.	14	"	373	6079	P. 3ª	Caseosa
M. L. de S. . .	43	"	382	6088	P. 2ª	Córtico pleural
S. B.	28	"	420	6116	P. 2ª	Fibrosa
M. L. de T. . .	52	"	421	6117	P. 2ª	Fibrosa
M. C.	43	"	227	6118	P. 1ª	Córtico pleural
J. A. A.	23	"	474	6158	P. 1ª	Pleurógena

Enfermos con conjuntivitis a pequeños folículos tipo uno

E. M. de D. . .	33	Capital	—	3038	P. 1ª	Córtico pleural
J. D.	19	"	—	—	P. 1ª	Pleurógena
C. P.	25	Bs. Aires	—	—	P. 2ª	Brónquica

A. D.	30	Capital	372	6080	P. 3°	Caseosa
M. de S. ...	20	..	379	6085	P. 2°	Córtico pleural
C. S.	13	..	411	6115	P. 1°	Ganglionar
S. B.	28	..	420	6116	P. 1°	Pleurógena
M. L. de T..	52	..	421	6117	P. 2°	Fibrosa
A. B.	40	..	446	6137	P. 2°	Córtico pleural
P. A. de G..	24	..	453	6143	P. 2°	Córtico pleural
M. G.	18	..	464	6149	P. 3°	Ulceró caseosa
A. N.	27	..	478	6170	P. 1°	Pleurógena
R. B.	34	..	526	6217	P. 1°	Infiltrativa
C. N.	21	..	635	6326	P. 2°	Córtico pleural
R. A. C.....	27	..	638	6328	P. 1°	Infiltrativa
I. R.	26	..	654	6359	P. 2°	Brónquica
M. G.	18	..	657	6368	P. 2°	Brónquica

Enfermas con conjuntivitis a pequeños folículos tipo dos

C. de P.....	16	Capital	584	6262	P. 1°	Pleurógena
J. P.	25	..	585	6263	P. 3°	Ulceró caseosa
E. L.	22	..	614	6295	P. 3°	Ulceró caseosa
A. de V.....	16	..	616			
A. R.	21	..	639			
M. L. C.....	2	..	641			
C. C.	22	..	642	6332	P. 1°	Ulceró caseosa
J. A. de G..	33	..	643	6333	P. 2°	Fibrosa
C. K.	35	..	644	6334	P. 2°	Infiltrativa
V. C.	33	..	645	6335	P. 2°	Córtico pleural
F. J.	31	..	646	6336	P. 1°	Pleurógena
I. G.	32	..	647	6337	P. 1°	Pleurógena
L. V.	18	..	653	6358	P. 2°	Infiltrativa
F. A.	28	..	658	6351	P. 2°	Córtico pleural
C. N. de P...	30	..	413	6111	P. 2°	Córtico pleural
D. B.	14	..	432	6122	P. 1°	Ganglionar
I. de G.	34	..	451	6139	P. 3°	Ulc. cas. extensiva
H. de B. ...	19	..	455	6135	P. 1°	Infiltrativa
J. A.	36	..	462	6148	P. 3°	Brónquica
E. de L.	46	..	469	6154	P. 1°	Pleur. seca de vértice
N. C.	20	..	470	6155	P. 3°	Ulceró caseosa
A. L.	13	..	473	6157	P. 1°	Pleuresía vértice
N. C.	15	..	476	6169	P. 1°	Córtico pleural

S. B.	34	"	485	6178	P. 1°	Brónquica
C. M.	16	"	487	6179	P. 1°	Pleuresía seca
A. U.	20	"	513	6199	P. 2°	Brónquica
J. M.	20	"	514	6202	P. 2°	Córtico pleural
J. S.	37	"	524	6215	P. 2°	Córtico pleural
F. B.	28	"	530	6221	P. 2°	Gránulo intestinal
L. V.	24	"	534	—	P. 2°	Córtico pleural
J. C.	22	"	591	—	P. 1°	Infiltrativa
L. C.	13	"	575	6254	P. 2°	Nodular
R. M.	5	"	578	6255	P. 3°	Ulceró caseosa
S. C.	24	"	558	6257	P. 2°	Pleurógena
A. H.	19	"	581	6259	P. 1°	Córtico pleural
L. de L.	13	"	264	6260	P. 2°	Córtico pleural
S. H.	30	"	267	6018	P. 2°	Ulceró cas. localizada
M. G.	30	"	272	6039	P. 2°	Córtico pleural
E. G.	20	"	271	6055	P. 1°	Pleurógena
F. B.	35	"	269	6052	P. 3°	Ulceró cas. extensiva
N. B.	32	"	274	6053	P. 3°	Ulceró cas. extensiva
O. A.	22	"	381	6057	P. 2°	Reblanquea. bilateral
C. E. de S. ...	22	"	401	6086	P. 2°	Ulceró caseosa
E. B.	20	"	271	6096	P. 1°	Córtico pleural
M. E.	21	"	405	6097	P. 1°	Pleurógena
M. A. G. ...	12	"	418	6105	P. 1°	Córtico pleural
S. B.	19	"	412	6113	P. 2°	Infiltrativa
D. R.	20	"	417	6114	P. 3°	Ulceró caseosa
M. C. de G. ...	34	"	429	6120	P. 2°	Caseosa
C. O.	12	"	432	6122	P. 1°	Ganglionar
R. G.	18	"	439	6130	P. 1°	Córtico pleural
R. P.	21	"	440	6128	P. 1°	Pleurógena
A. P.	41	"	441	6129	P. 1°	Brónquica
A. de C. ...	15	"	444	6133	P. 1°	Brónquica
C. M.	22	"	445	6134	P. 3°	Ulceró caseosa
M. V.	28	"	449	6138	P. 2°	Córtico pleural

Enfermos con conjuntivitis a pequeños folículos tipo tres

M. B.	19	Capital	475	6159	P. 1°	Infiltrativa
M. P. de C. ...	26	Bs. Aires	484	6172	P. 1°	Córtico pleural
M. P.	14	Capital	512	6200	P. 2°	Córtico pleural
G. P.	19	"	527	6218	P. 2°	Córtico pleural

Enfermos con conjuntivitis a pequeños folículos tipo cuatro

R. G.	25	Bs. Aires	220	6202	P. 3°	Ulceró caseosa
M. S.	23	"	214	6014	P. 2°	Córtico pleural
R. P.	32	"	195	6828	P. 3°	Ulceró caseosa
M. S.	30	"	243	6941	P. 2°	Brónquica
A. L.	22	"	252	6054	P. 2°	Córtico pleural
R. F.	24	"	199	5965	P. 1°	Pleurógena
A. R.	32	"	254	6056	P. 2°	Córtico pleural
E. D.	18	"	376	6082	P. 2°	Ulceró caseosa
R. C.	17	"	375	6083	P. 3°	Ulceró caseosa
A. de S.	46	"	377	6984	P. 3°	Ulceró caseosa
E. A. de V.	36	"	380	6087	P. 1°	Pleurógena
E. F.	15	"	408	6098	P. 1°	Pleurógeno
I. A.	20	"	406	6099	P. 3°	Ulceró caseosa
M. A. H.	65	"	409	6101	P. 2°	Fibro caseosa
A. A.	19	"	419	6104	P. 1°	Pleurógena
M. G.	32	"	428	6119	P. 2°	Córtico pleural
E. R.	13	"	433	6123	P. 1°	Ganglionar
R. R.	47	"	434	6124	P. 1°	Córtico pleural
M. S.	10	"	449	6127	P. 1°	Ganglionar
I. U.	28	"	449	6138	P. 2°	Córtico pleural
E. de H.	58	"	464	6149	P. 1°	Brónquica
E. J. de O.	36	"	480	6172	P. 1°	Pleurógena
M. de H.	55	Capital	482	6173	P. 1°	Córtico pleural
M. de M.	61	"	516	6203	P. 1°	Pleurógena
P. G.	23	"	517	6204	P. 2°	Córtico pleural
T. L.	30	"	515	6201	P. 1°	Córtico pleural
J. L.	25	"	523	6214	P. 1°	Córtico pleural
M. P.	27	"	529	6220	P. 1°	Córtico pleural
A. G.	58	"	531	6222	P. 2°	Brónquica
L. B.	20	"	532	—	P. 1°	Pleurógena
R. L.	48	"	533	—	P. 1°	Infiltrativa

Enfermos con conjuntivitis a pequeños folículos tipo cinco

M. C.	20	Capital	467	6153	P.	Córtico pleural
N. V.	12	"	649	6357	P.	Ganglionar
P. C.	39	"	652	6338	P.	Córtico pleural

Cifras comparativas

En 134 enfermos examinados he obtenido el siguiente resultado:
Enfermos de conjuntiva normal: 24.

Enfermos de conjuntivitis tipo número uno: 17.

Enfermos de conjuntivitis tipo número dos: 56.

Enfermos de conjuntivitis tipo número tres: 4.

Enfermos de conjuntivitis tipo número cuatro: 31.

Enfermos de conjuntivitis tipo número cinco: 3.