

MANIFESTACIONES OCULARES DEL PALUDISMO

Por el Dr. A. TORRES ESTRADA,
académico de número.

El año de 1940 presenté a la Sociedad Mexicana de Oftalmología, una comunicación referente a una de las manifestaciones oculares del paludismo que he observado con más frecuencia, o sea la neuralgia del nervio supra-orbitario, que por lo general va acompañada de la del occipital del mismo lado. El principal acervo de estas observaciones correspondía a pacientes estudiados en el Sanatorio Rafael Lavista, de Veracruz, por un periodo de más de 10 años, a donde asistían enfermos no sólo de dicha entidad federal, sino de los Estados cercanos como Tabasco, Oaxaca, Chiapas y Campeche, en los que el paludismo es endémico y además se presenta en formas graves.

Desde entonces pude darme cuenta que no solamente era posible observar dichas neuralgias como una manifestación con marcada sintomatología ocular, sino algunas otras manifestaciones propiamente oculares como hiperemia de las papilas, neuritis retrobulbares, estados hipertensivos fugaces del tono ocular y parálisis de los músculos extrínsecos del ojo. Además pude observar otras manifestaciones distintas de la misma índole, como ciertos trastornos de la deglución por neuritis del glosa-faríngeo, ciáticas y otras neuritis aunque con menos frecuencia que la neuralgia del supraorbitario, pero con la circunstancia de que casi siempre coexistían con estas complicaciones. Los pacientes observados en Veracruz acusaban una sintomatología clara, más o menos intensa, inequívoca, y casi siempre con antecedentes palúdicos positivos. La frecuencia era mayor en los individuos con antecedentes antiguos de paludismo y en los que padecían de

* Trabajo de turno reglamentario leído en la sesión del 21 de agosto de 1949.

formas larvadas de él, pero no era raro observar que el ataque neurálgico precedía o seguía a un nuevo período de manifestaciones febriles. En algunos de estos pacientes con accesos palúdicos recientes fué posible descubrir el germen en la sangre, siendo de preferencia el *plasmodium falciparum* solo o asociado a otras variedades. En todos los casos de paludismo larvado la búsqueda del parásito fué siempre con resultados negativos y en un reducido número de pacientes se hizo la reacción de Henry, no encontrando sino muy escasas reacciones positivas.

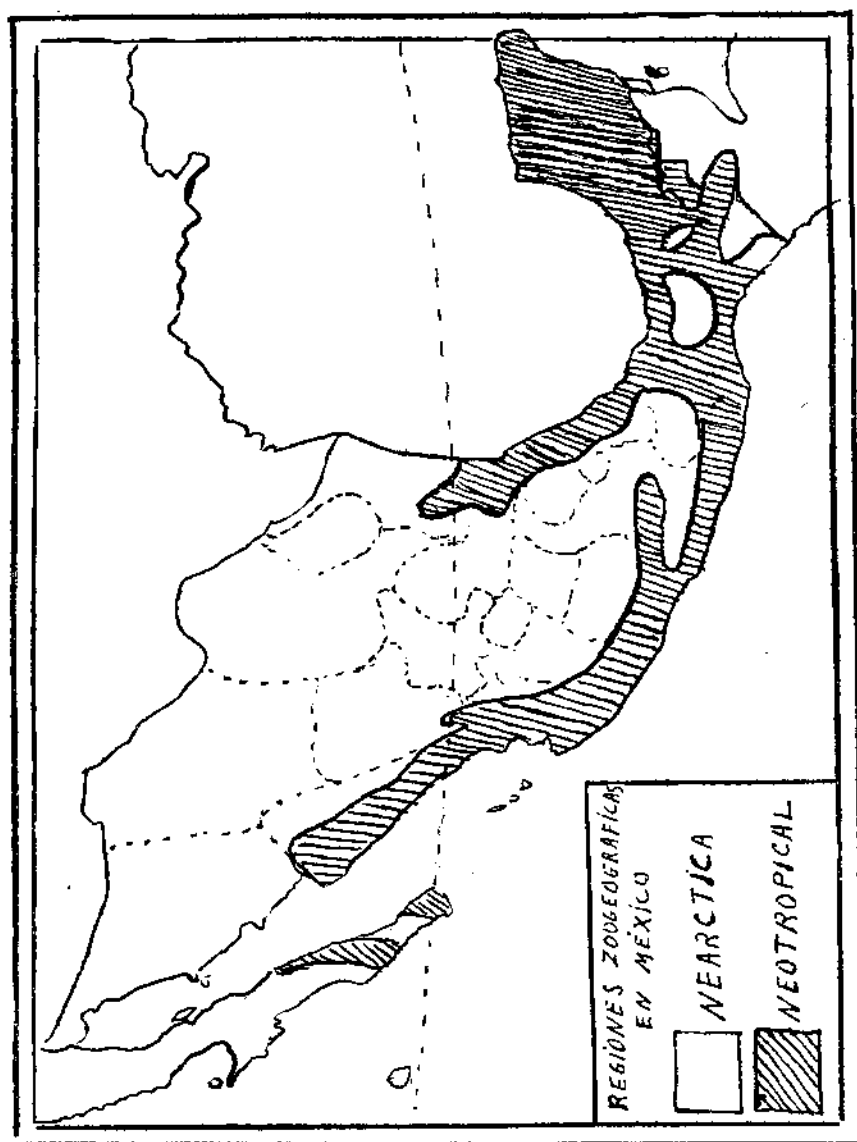
En los pacientes que posteriormente he estudiado en México, que como se verá más adelante, en su mayoría padecían de paludismo larvado, la búsqueda del plasmodio también ha sido negativa. Además, recientemente en un pequeño grupo formado por 35 pacientes, pertenecientes al Hospital de Nuestra Señora de la Luz, que han sido estudiados por el doctor Héctor Rivero Borrell, se ha practicado la reacción anérgica del doctor Galo Soberón con los resultados siguientes: En todos ellos la búsqueda del hematozooario de Laveran fué negativa; en 17 la reacción fué positiva; los antecedentes palúdicos fueron positivos en 16 casos; hubo antecedentes dudosos en 10, y sólo se encontraron 9 con antecedentes negativos. El tratamiento por la cloroguanida fué eficaz en 19 casos, en los que los pacientes obtuvieron una franca y rápida curación; hubo nueve con una franca mejoría y siete casos entre los cuales algunos se perdieron, y dos en que no se observó de pronto ninguna influencia del tratamiento. A estos 35 casos puedo agregar el de una paciente de mi clientela particular sin antecedentes palúdicos y la que probablemente adquirió un paludismo larvado en viajes frecuentes que hacía a Veracruz y al puerto de Acapulco, previniéndose sistemáticamente de una infección palúdica por la ingestión de atepe y de metoquina. La reacción de Soberón fué positiva, y sus manifestaciones clínicas consistían en neuralgia del supraorbitario asociada a diferentes neuralgias en los brazos, en las piernas y en la caja del cuerpo. Una operación del tabique nasal y la punción de los senos maxilares no dió ningún resultado y en cambio los síntomas neurálgicos cedieron con metaquina. En una recaída que tuvo 5 años después, la paludrina mejoró el cuadro neurálgico de una manera apreciable.

En todos los casos de neuralgias estudiados en un principio, el tratamiento por medio de la quinina ha sido más o menos eficaz y también por la atebrina plasmokino. Algunos pacientes curaron y otros por lo menos mejoraron de sus síntomas neurálgicos, aunque no pocas veces vi exacerbarse la intensidad del dolor a las primeras dosis de las drogas antipalúdi-

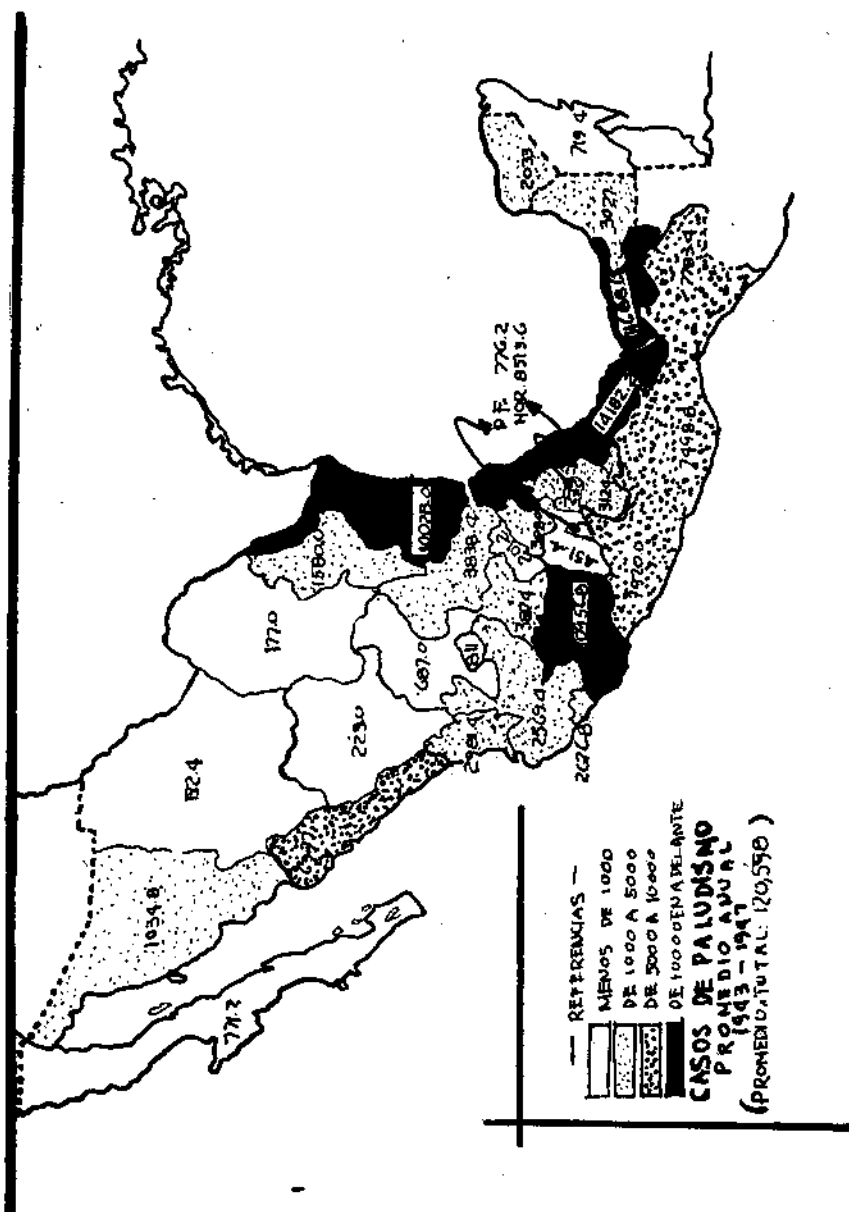
cas inyectadas o suministradas por vía oral. Ultimamente he usado la paludrina y demás derivados de esta droga sintética como la cloroguanida y el aralén, también con buenos resultados. En resumen, el tratamiento antipalúdico, cualquiera que sea el medicamento empleado, ha influenciado favorablemente las neuralgias palúdicas y, en cambio, ha resultado ineficaz en la jaqueca oftálmica, en las debidas a padecimientos intracraneanos y en las concomitantes de sinusitis; por lo cual considero los resultados positivos del tratamiento como un elemento importante en el diagnóstico, principalmente en aquellos casos en que no existe ningún antecedente palúdico.

Después de las enseñanzas adquiridas en los pacientes de Veracruz, pude darme cuenta que en México, tanto en los enfermos de mi clientela particular, como en los del Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz, era frecuente encontrar el cuadro de neuritis del supraorbitario, aunque en forma muy atenuada y a veces completamente velado, en individuos procedentes de los Estados de Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Querétaro, Aguascalientes, parte de los Estados de México, Hidalgo, Tlaxcala, Puebla, San Luis Potosí, parte Sur de Zacatecas y aun en lugares de clima frío considerados libres de la endemia palúdica, como Durango, Toluca, Chihuahua, Nuevo León, y aun en el mismo Distrito Federal, pero al revés de los que procedían de las costas, las más de las veces no acusaban antecedentes palúdicos.

Por el estudio de estos pacientes en relación con los estudiados en Veracruz, pronto me pude dar cuenta de que no existían diferencias clínicas muy importantes entre los que habían contraído el paludismo en los lugares intensamente infestados por la enfermedad, o sea en los que están comprendidos dentro de las regiones clasificadas por los biólogos como neotropicales y entre los que lo habían contraído en los climas subtropicales y aun en los fríos, o sea los que ahora se clasifican como los comprendidos en la región neártica. Corresponden a la región neotropical, además de las costas del Golfo y del Pacífico, los Estados de Morelos, Oaxaca, el Istmo de Tehuantepec y las Huastecas. Corresponden a la región neártica los Estados situados al norte del Trópico de Cáncer y los de la Mesa Central, que ya han sido mencionados y además las partes altas de los lugares comprendidos en los neotropicales, como el Nudo de Zempoaltepec, San Cristóbal de las Casas y otros. Algunos Estados como Tamaulipas, Veracruz, Jalisco, Sinaloa y Baja California, por su extensión, participan de ambas regiones. (Véanse los mapas 1 y 2.)



Mapa 1.



Mapa 2.

Esta división de los climas en neotropicales y de la zona neártica tiene sus razones de ser por diferencias naturales. La primera zona está comprendida entre el nivel del mar y una altitud de 1,500 metros. La segunda a partir de esta altitud. En efecto, las condiciones de clima, vegetación, fauna y condiciones atmosféricas son diferentes en ambas regiones e influyen poderosamente en la enfermedad. Desde luego no existen las mismas especies de mosquitos vectores y propagadores del paludismo en una zona y en la otra, y por otra parte las variedades del *plasmodio* son diferentes en cada una de ellas. Si en las zonas neotropicales el germen causal más frecuente de la infección palúdica es el *plasmodio falciparum*, en las neárticas no existe éste y predominan el *vivax*, el *malariae*, o el *ovale*. Este último existente en algunos lugares de Africa. Indudablemente que a estas circunstancias fundamentales se deben las diferencias clínicas a que me refiero, no sólo desde el punto de vista de las complicaciones oculares del paludismo, sino de la enfermedad misma. En efecto, el *plasmodio falciparum* determina las formas más intensas y más graves del paludismo, entre ellas la forma perniciosa, la cerebral y la hematórica. Los trastornos que posteriormente determina en el organismo son muy acentuados y los pacientes quedan anémicos, enfermizos, propensos a la tuberculosis y a las recidivas del paludismo. En cambio, las formas clínicas de la enfermedad causadas por el *plasmodio vivax* y el *malariae* son a veces muy benignas y pasan fácilmente al estado larvado, o mejor dicho de premunición. Los trastornos causados en el organismo son mínimos, y el enfermo goza de una aparente buena salud, y aun se ha podido observar que en vez de estar sujeto a recidivas, queda inmunizado para adquirir las formas graves de la enfermedad, si posteriormente se traslada a las zonas neotropicales infestadas de *plasmodio falciparum*.

Sin embargo, para algunos malariólogos, como Holt, dicha inmunidad adquirida es específica para cada clase de *plasmodio*, es decir una infección causada con *plasmodio vivax*, por ejemplo, produce inmunidad a este parásito, pero no al *falciparum*, al *malariae* o al *ovale*. Otros malariólogos consideran que la infección adquirida por una especie de *plasmodio* benigno sí puede conferir inmunidad para el *plasmodio falciparum*, y la clínica parece confirmar esta idea; por ejemplo es frecuente el hecho de individuos que han nacido en ciudades como Orizaba, Guadalajara y Morelia, comprendidas en la región neártica de los Estados de Veracruz, Jalisco y Michoacán, respectivamente, y que habiendo adquirido un paludismo benigno por *plasmodio vivax* o el *malariae*, van después a ciudades

situadas en las costas, en donde el paludismo es grave por ser debido al *plasmódio falciparum*, y sin embargo muchos de estos individuos acusan una inmunidad perfectamente comprobada, y en el cuadro estadístico que presento abundan estos casos.

Por otra parte, también es un hecho de observación clínica que muchos de estos individuos no acusan tal inmunidad, confirmando la teoría de Holt, y hasta es posible encontrar casos verdaderamente curiosos como es el de uno de mis pacientes originario de Mazatlán donde pasó la mayor parte de su vida, sin haber acusado antes manifestación palúdica alguna, y que vino a tener su primer acceso febril al radicarse por una corta temporada en Xochimilco, D. F. También podría citar otro caso semejante, que es el de una paciente originaria de Tampico y que sus primeras manifestaciones febriles las tuvo en la ciudad de Puebla.

Queda entendido que estos hechos en sí no prueban nada, pues las manifestaciones febriles que presentaron los enfermos también podrían haber sido debidas a una reactivación de un paludismo larvado, o hasta entonces desconocido, hecho que no es raro y que ya he señalado antes.

Es frecuente no considerar como palúdicos a todos aquellos individuos que no han tenido manifestaciones claras y características de la enfermedad. Sin embargo, el hecho de que la inmunidad sólo se manifiesta en los individuos que han nacido o vivido en las zonas palúdicas y principalmente en las neárticas, es digno de tomarse en consideración, y aun de darle una debida interpretación. En efecto, dichos individuos verosíblemente pueden haber sido infectados en los primeros días o meses de la vida, habiendo contraído un paludismo benigno que pudo ser confundido con algunos trastornos digestivos del niño, o con alguna manifestación febril sin importancia, o con algún padecimiento pulmonar. Todos los médicos generales y los pediatras de las zonas neotropicales, conocen estos cuadros patológicos mal definidos en los niños, que a la postre resultan ser paludismos atenuados con una evolución atípica, o que por lo contrario, han sido fatales por la coexistencia del paludismo. Estas leves infecciones palúdicas pueden ser motivo de una inmunidad adquirida, que puede ser considerada como natural. Un caso similar de inmunidad adquirida por una infección atenuada en la infancia lo ofrece la fiebre amarilla. También esta enfermedad es benigna en el niño y también está comprobado el hecho de la adquisición de la inmunidad de la enfermedad por este medio, para los individuos que nacen y viven en los lugares en que esta grave enfermedad, hoy casi desaparecida, es endémica.

Mucho se ha dicho de la inmunidad natural congénita del paludismo, y lo cierto es que muchos niños hijos de madres palúdicas presentan esta inmunidad, pero su duración no pasa de dos semanas según Pervés¹ Este autor afirma que la inmunidad congénita correspondería a la existencia de un paludismo heredado, a cuya conclusión lo han llevado sus estudios sobre este particular, habiendo encontrado el *plasmodio falciparum* en el cordón umbilical, en el dedo y en la medula esternal de los recién nacidos de la maternidad d'Abong M'Bang en el Africa y también en el hígado y en el bazo de los nacidos muertos. Estos hallazgos, por otra parte, han sido confirmados por A. Eckstein y W. C. Nixon, quienes además han encontrado el *pl. falciparum* en preparación fresca de la masa encefálica del feto nacido muerto. Dichos investigadores también han estudiado la existencia del plasmodio en la sangre de la madre, siendo por lo general el resultado positivo, aunque algunas veces ha sido negativo, y al mismo tiempo positivo en el feto. También han estudiado la placenta habiendo encontrado frecuentemente la existencia del *pl. falciparum*.² Por otra parte, Mme. Alice Kilcher-Maucourt ha llegado a las mismas conclusiones que los autores anteriores, quienes atribuyen el paso del plasmodio a efracciones y alteraciones de la placenta; sin embargo esta investigadora ha encontrado que las formas extraglobulares del parásito: merozoitos y esporozoitos, pueden atravesar el syncitium placentario a causa de probables trastornos funcionales de este filtro, estando la placenta sana, y supone que las formas endoglobulares del parásito pueden invadir el feto cuando existen lesiones placentarias.³

Por otra parte, los hechos parecen confirmar que si la inoculación de los niños nacidos en zonas palúdicas se verifica un poco más lejos del nacimiento, o intervienen causas especiales, como la menor resistencia del organismo, o que la virulencia del plasmodio se hace un poco mayor, las manifestaciones febriles y el cuadro clínico del paludismo se presentan con más o menos claridad, pero con cierta benignidad. Por lo general, estos pacientes acusan también una inmunidad comprobada a las formas benignas y tal vez a las formas graves, según se ha indicado anteriormente.

Otro caso singular que también he podido observar algunas veces es la adquisición de un paludismo larvado sin antecedentes febriles algunos, en individuos que han ido a vivir a las zonas palúdicas y que se han prevenido con la administración de drogas antipalúdicas. Es posible que en estos casos las drogas en cuestión atenúen simplemente la virulencia de los gérmenes palúdicos en vez de destruirlos y que apenas penetrados

al organismo se refugien en algún órgano como el hígado, o el bazo, o en alguna parte del sistema retículo-endotelial, sin invadir la sangre y no acusando por lo tanto ninguna manifestación febril aguda. Es posible que desde esos reductos ignorados el plasmodio emita sus toxinas, que indudablemente tienen una acción neurotrópica, determinando lesiones de neuritis con una predilección muy marcada sobre los nervios supraorbitarios. De esta manera son muy numerosos los casos en que he podido fundar el diagnóstico de un paludismo larvado por la manifestación de una neuralgia del supraorbitario en la que el tratamiento antipalúdico ha venido a definir su etiología.

Esta hipótesis encontraría su apoyo en el hecho recientemente demostrado por algunos malariólogos, estudiando los plasmodios que infectan a las aves y los que infectan al mono, encontrando que los parásitos antes de invadir los glóbulos rojos se hospedan en el sistema reticuloendotelial del hígado y de otros órganos ricos en este tejido, para después invadir los corpúsculos sanguíneos. Posteriormente estos hallazgos se han confirmado en el hombre y también es importante saber que la existencia extraeritrocitaria del plasmodio puede persistir indefinidamente, de donde la posibilidad de los hechos clínicos de que ahora me vengo ocupando.⁴

Las características culminantes de las neuralgias del supraorbitario en los individuos procedentes de las zonas neotropicales son las siguientes: Desde luego cabe señalar las circunstancias, ya mencionadas, relacionadas a la intensidad de los síntomas y a la existencia casi constante de antecedentes palúdicos. El dolor de la neuralgia puede ser tan intenso que el paciente puede estar privado del sueño por algunos días, siendo los analgésicos y aun la morfina y demás narcóticos impotentes para dominarlo. Otra característica de esta variedad de neuralgias es la frecuencia de otras manifestaciones concomitantes, que en el orden en que se presentan son: papilitis discretas y neuritis retrobulbares, generalmente con síntomas muy poco apreciables a la oftalmoscopia, pero con síntomas subjetivos típicos y alteraciones evidentes en el campo visual; parálisis de los músculos extrínsecos del ojo; neuritis del nasal, dando lugar al síndrome de Charlin, con o sin lesiones corneales; lesiones de queratitis neuroparalítica en diferentes grados; neuritis del gloso-faríngeo con grandes molestias para la deglución y aun para la emisión de la voz; ciáticas y otras neuritis en diversas partes del cuerpo. Otra de las características de las formas intensas de los climas neotropicales, es que los pacientes rara vez adquieren

la inmunidad para nuevas manifestaciones febriles de paludismo y en cuanto a las neuralgias ofrecen algunas veces cierta resistencia al tratamiento.

Confirmando estas características es oportuno citar dos casos en que la intensidad del dolor culminó en trastornos mentales serios. Uno de ellos era un farmacéutico español residente en Tampico, donde adquirió el paludismo, y años más tarde tuvo una neuralgia del supraorbitario, cuya intensa sintomatología dolorosa y los trastornos mentales que sufrió, hicieron plantear el diagnóstico de un padecimiento neurológico grave, mal definido, que aparentemente hacía pensar en un neoplasma del encéfalo. Ante la gravedad del pronóstico los familiares del paciente decidieron que fuera a morir a España; pero al llegar a su país natal, un inesperado ataque de accesos febriles palúdicos lo hizo poner en cura de esta intercurencia y con gran sorpresa para los familiares y el médico tratante, los trastornos mentales fueron desapareciendo a medida que desaparecían las manifestaciones febriles, y también desapareció el estado neurálgico que había iniciado este cuadro sintomático tan complejo.

El otro caso casi es calcado del anterior. Se trataba de una paciente procedente de una población pequeña del Estado de Michoacán. El estado de demencia determinó como última solución el regreso de ella a su pueblo natal, y también como en el caso del español, una serie de accesos febriles palúdicos y su tratamiento correspondiente hicieron desaparecer el cuadro de los trastornos mentales. A esta enferma tuve la oportunidad de atenderla de una recaída de la neuralgia dos años después de dichos trastornos y recordaba con pavor que la vez pasada que los había tenido había comenzado de una manera igual.

En relación con las neuralgias del supraorbitario acompañadas de papilitis discretas que pueden inducir a un error de diagnóstico hacia un padecimiento neurológico, citaré el caso de una jovencita procedente de un Estado de la Costa del Golfo a quien atendí en México de manifestaciones neurálgicas, acompañadas de una discreta papilitis que había producido un estrechamiento apreciable del campo visual, con aumento de la mancha ciega, y gran fotofobia, síntomas que desaparecieron con una serie de inyecciones de calgluquina. Posteriormente fué a vivir a los Estados Unidos del Norte en donde tuvo una recaída de su padecimiento, por lo cual fué internada en un hospital para su estudio, e inclusive le fueron practicadas ventriculografías para llegar a un diagnóstico. En vista de los resultados negativos la familia recordó que había sido tratada por mí de algo semejante un año antes. En consecuencia en plan amistoso me escribie-

ron preguntándome si podría tratarse del mismo padecimiento. Mi respuesta fué dar en concreto mi diagnóstico anterior y sugerir que consultaran el caso nuevamente con alguno de los médicos tratantes, poniéndolo en antecedentes. El tratamiento antipalúdico fué entonces instituido y se obtuvo nuevamente la curación del estado neurálgico.

Las características de las neuralgias palúdicas adquiridas en los climas neárticos son: la poca ostensibilidad, ya mencionada, de los síntomas que acusan los pacientes. Estos se presentan generalmente al oculista acusando una sintomatología vaga de dolor, mezclado de fotofobia, de adolorimiento y pesadez de cabeza, que se exacerba con el trabajo visual, o con la luz brillante. Otros acusan cierto grado de hiperestesia al viento frío, la que se hace más notable con los cambios bruscos de temperatura, otros tienen sensación de hinchazón en el territorio de la zona afectada, sensación de ardor y otras parestesias. También como en el caso de las neuralgias intensas adquiridas en las regiones neotropicales, la sintomatología de las adquiridas en las poblaciones de la región neártica es atribuida por los pacientes a un padecimiento ocular, y también por esto acuden de preferencia al oculista para buscar el alivio de sus males. En efecto, casi todos ellos atribuyen sus trastornos subjetivos a la deficiencia de sus anteojos, si los usan, o a la necesidad de ellos si no los tienen.

Son a veces tan velados los síntomas neurálgicos, que con mucha frecuencia pasan los pacientes por las manos del oculista sin sospechar éste que derivan del citado estado neurálgico, y si encuentra alguna ametropía se limita a prescribir unos anteojos: pero éstos generalmente en nada mejoran el cuadro clínico, y antes bien algunos pacientes manifiestan que sus molestias empeoran. Recuerdo uno de ellos que antes de someterse al interrogatorio me mostró 12 pares de anteojos completamente nuevos, y al iniciar la consulta me manifestó que ninguno de ellos le eran útiles y que solicitaba de mí le adaptara unos que le pudieran servir. No es raro el caso más o menos semejante, en que el paciente manifiesta que ya le han medido diversos anteojos sin resultado, y si se tiene la oportunidad de examinarlos es frecuente encontrar que todos ellos son más o menos iguales y que muchas veces corresponden a una ametropía verdaderamente insignificante. En efecto, esta discrepancia entre los síntomas subjetivos y la normalidad o las mínimas alteraciones de la refracción del ojo, constituye un dato muy importante, que muchas veces encausa la exploración hacia la existencia de una neuritis del supraorbitario. Entonces una exploración cuidadosa de este nervio y del occipital, hará descubrir que están

palpables y doloridos; el interrogatorio acerca de los antecedentes palúdicos pondrá a veces de manifiesto la existencia de ellos, algunas veces francamente positivos, otras dudosos y aun negativos; pero sí dará el dato importante de que el paciente ha vivido en zonas palúdicas y también el dato concreto, sumamente frecuente, de una inmunidad a la enfermedad. El dato negativo de antecedentes palúdicos o la existencia de datos dudosos, así como el hecho comprobado de la inmunidad al paludismo, son características culminantes en estas neuralgias. En cambio, acontece lo contrario en las neuralgias de los individuos procedentes de la región neo-tropical.

Cuando el oculista se ha dado cuenta de la existencia de un estado neurálgico en sus pacientes, en lo que menos piensa es en un posible paludismo larvado y lo habitual es que los desvíe hacia el rinólogo para que sean tratados de una probable sinusitis, o al dentista para investigar posibles caries ocultas u otros padecimientos dentarios susceptibles de causar un estado neurálgico, o al neurólogo para que estudie las causas en algún padecimiento cráneo-cerebral. Lo cierto es que algunos de estos pacientes los he visto haber sido tratados innecesariamente de una operación en los senos nasales y con la extracción de los dientes, sin haber conseguido alivio en sus manifestaciones neurálgicas. Igualmente los he visto tratados por inyecciones de alcohol con pocos o ningunos resultados.

El internista también muchas veces ha caído en el desconocimiento del padecimiento y a no pocos pacientes los he visto pasar de un consultorio a otro sin encontrar alivio a sus molestias, y aun emigrar a las clínicas americanas para ser objeto de prolijos estudios y de haber sido sometidos entre otras exploraciones, incluso ventriculografías, regresando al fin en el mismo estado. Después, como término final de esta odisea, algunos han curado o por lo menos mejorado con algún tratamiento antipalúdico. Entretanto se han planteado diagnósticos como la hipertensión arterial, hipertensión craneal, alergias, nefropatías, neurolues, aracnoiditis, neoplasmas cerebrales, etc., etc.

Después de haber señalado las características peculiares a las formas intensas de las neuralgias del supraorbitario y las de las formas atenuadas, cabe señalar algunas que son comunes para ambas. Como ya se ha dicho, el paciente en la mayoría de los casos atribuye los síntomas subjetivos de dolor y demás molestias a un padecimiento ocular, y es por lo que acude al oculista: sin embargo, del examen de los ojos se deduce no haber causa aparente de dicha sintomatología, a menos que el ojo tenga algún padecimien-

to independiente del cuadro clínico que nos ocupa, pues aún las manifestaciones oculares de origen palúdico como las oftalmoplejias, las queratitis superficiales y las papilitis, no se acompañan de adolorimiento del globo ocular. Entonces, si se explora el ángulo súpero-interno de la órbita se encontrará el nervio supraorbitario engrosado, claramente palpable y dolorido a la presión, cuyo dolor se irradia hacia la frente y la cabeza siguiendo el trayecto de las terminaciones nerviosas. Estos síntomas son más o menos variables en diferentes grados. Pero una vez que se ha hecho el diagnóstico del estado neurálgico resulta por lo general muy difícil convencer al paciente de que el dolor no radica en el ojo, sino en el nervio supraorbitario. En efecto, la palpación del globo ocular no despierta ningún dolor, la tensión ocular es normal, y no hay síntoma alguno de inflamación en ninguno de sus tejidos. Aún en las veces que la tensión está ligeramente aumentada, como en los casos de glaucoma en su fase prodrómica, el dolor tampoco radica en el globo ocular, y aún en los casos de glaucoma avanzado con ojos más o menos doloridos es posible distinguir claramente el dolor del ojo, que no es irradiado y el despertado por la presión del nervio supraorbitario, que sí lo es. No hablo por supuesto, de los casos de glaucoma inflamatorio agudo, cuyo intenso dolor ocular es predominante y ocultaría cualquier otro dolor localizado en cualquiera de las ramas del V par. En la inmensa mayoría de los casos la neuralgia del supraorbitario de un ojo va acompañada de la neuralgia del nervio occipital del mismo lado, a veces de la del preauricular y otras del occipital del otro lado. Es relativamente frecuente que la sintomatología sea más intensa en estos dos últimos nervios y entonces el dolor puede irradiarse al hombre y a la cabeza en forma hemicrania. Cuando el preauricular es el más dolorido obliga al paciente a consulta por un supuesto padecimiento del oído, pero la exploración resulta negativa. Muy rara vez la neuralgia del supraorbitario es acompañado de la del infraorbitario; en cambio es menos raro encontrarla junto con la del nasal.

En la inmensa mayoría la incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres. Así, según los datos del cuadro estadístico que presento, de 300 casos correspondieron 217 a mujeres y 83 a hombres. De la misma manera, la frecuencia es mayor del lado izquierdo que del derecho. Del resumen del citado cuadro resultan 209 casos con neuralgias del lado izquierdo y 91 del derecho. Raras veces he podido observar la neuralgia de ambos nervios supraorbitarios.

CUADRO ESTADISTICO QUE RESUME 300 CASOS DE COMPLICACIONES OCULARES DEL PALUDISMO

NUMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACIO O VI- VIO EN LUGAR PALUDICO	LUGARES EN QUE HA VIVIDO	NEURALGIA DEL S. OBTI- TARIO Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
1	B. C. de V.	39	F.	Negativos	Sí	N y V	Ometepc, Gro.	Der.	—	Sinusitis	—
2	O. R. de M.	43	F.	Dudosos	Sí	N y V	Monterrey, N. L.	Izq.	—	—	—
3	J. de A. J.	47	F.	Positivos	—	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	Queratitis superficial	—	—
4	H. S. F.	26	M.	Positivos	—	N y V	Acatlán, Pue.	Izq.	—	Ametropia	—
5	G. de L. D.	40	F.	Negativos	Sí	N y V	Córdoba, Ver.	Izq.	Neuralgia del glosofa- ríngo	—	—
6	G. A. F.	30	M.	Positivos	No	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	—	—
7	G. M. M.	40	F.	Positivos	Sí	N y V	Tlaxcala, Tlax.	Izq.	—	Ametropia	—
8	H. de A. J.	39	F.	Dudosos	Sí	N y V	Jamaica, D. F.	Izq.	—	—	—
9	F. de P. A. M.	39	F.	Positivos	No	N y V	Jerez, Zac.	Izq.	—	—	—
10	B. de H. M.	60	F.	Negativos	Sí	N y V	Uruapan, Mich.	Izq.	—	Ametropia	—
11	B. A. M.	38	M.	Positivos	—	N y V	Baja California	Izq.	—	Sinusitis	Operada de sinusitis sin resultado
12	A. G. de M.	22	F.	Negativos	Sí	N y V	Tapachula, Chis.	Izq.	—	Ametropia	—
13	A. T. A.	43	M.	Positivos	No	N y V	Acapulco, Gro.	Der.	Neuralgia del glosofa- ríngo	Sinusitis	—
14	A. C.	20	M.	Positivos	No	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	—	—
15	W. G. G.	33	M.	Negativos	—	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	—	Ametropia	—
16	V. A.	49	M.	Negativos	Sí	N y V	Villa Victoria, Méx.	Der.	—	—	—
17	U. M. V.	47	M.	Positivos	No	N y V	Culiacán, Sin.	Der.	—	Ametropia	—
18	U. de R. V.	38	F.	Negativos	—	N y V	Córdoba, Ver.	Der.	—	Ametropia	—
19	S. de V. C.	31	F.	Negativos	Sí	N y V	Tampico, Tamps.	Izq.	—	Uveitis	—
20	S. de L. D. C.	65	F.	Dudosos	Sí	N y V	Tacubaya, Méx., D. F.	Izq.	—	Ametropia	—
21	S. de C. C.	40	F.	Positivos	No	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	Ametropia	—
22	S. M. M.	27	M.	Dudosos	—	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	—	—
23	R. de R. N.	33	F.	Positivos	No	N y V	Cuernavaca, Mor.	Der.	—	—	—
24	R. Vda. P. G.	49	F.	Positivos	No	N y V	Villa Hermosa, Tab.	Izq.	—	—	—
25	R. V. C.	31	F.	Negativos	No	N y V	Morelia, Mich.	Der.	—	—	—
26	R. C. C.	31	F.	Positivos	No	N y V	Cerro Azul, Ver.	Izq.	—	—	—
27	R. de A. C. L.	36	F.	Positivos	No	N y V	Tampico, Tamps.	Izq.	—	—	—
28	P. H. B.	27	F.	Negativos	Sí	N y V	Zamorá, Mich.	Izq.	—	—	—
29	P. P. M.	45	F.	Positivos	No	N y V	Tabasco.	Der.	—	Sinusitis	Operada de la nariz
30	M. C. F.	33	M.	Positivos	No	N y V	Villa Hermosa, Tab.	Izq.	—	Sinusitis	—
31	M. C. S.	50	F.	Dudosos	—	N y V	Cuautla, Mor.	Izq.	Neuritis glossofaríngea.	Faringitis	—
32	M. de M. C.	39	F.	Negativos	—	N y V	Oaxaca, Tehuantepec y Michoacán.	Der.	—	—	—
33	M. B. L. B.	33	F.	Dudosos	Sí	N y V	San Pedro, Coah.	Izq.	—	Ametropia	—
34	L. G. P.	52	F.	Positivos	No	N y V	Tuxpan, Ver.	Izq.	—	Sinusitis	—
35	L. de V. C.	47	F.	Positivos	No	N y V	Tuxpan, Ver.	Der.	—	Ametropia	—
36	A. A. M.	18	F.	Negativos	—	N y V	Texcoco, Méx.	Izq.	—	Ametropia	—
37	A. Y. P.	22	F.	Negativos	—	N y V	D. F., Río de la Piedad.	Izq.	—	—	—
38	A. A. A.	13	F.	Negativos	Sí	N y V	Nogales, Mazatlán.	Izq.	—	Ametropia	—
39	A. C. C.	21	F.	Dudosos	Sí	N y V	Torreón, León.	Izq.	—	Ametropia	—
40	A. C. J.	30	F.	Negativos	—	N y V	Progreso, Hgo.	Izq.	—	—	—
41	A. A. J.	14	M.	Negativos	Sí	N y V	(Canal del Desagüe)	Izq.	—	—	—

NÚMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALU- DARIOS	INMUNIDAD	NACIO O VI- VIO EN LUGAR PALUDICO	LUGARES QUE HA VIDO	NEURALGIA DEL S. OBE- TARIO Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
42	B. de H. S.	32	F.	Positivos	No	N y V	Tamaulipas	Izq.	—	Queratitis	Inmunidad adquirida con metoquina
43	V. G. V.	20	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	Papilitis	Ametropía	
44	B. G.	54	F.	Negativos	—	N y V	Traxpan	Der.	—	—	
45	B. de G. N.	30	F.	Positivos	Sí	N y V	Jerez, Z.	Izq.	Queratitis	—	
46	B. G. G.	25	F.	Negativos	Sí	N y V	Orizaba, Ver.	Izq.	—	Ametropía	
47	C. Y. N.	35	F.	Negativos	—	N y V	Villa Guadalupe, D. F.	Der.	—	—	
48	C. C. D.	36	F.	Negativos	—	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	Ametropía	
49	C. de R. L.	39	F.	Dudosos	Sí	N y V	Monterrey, N. L.	Izq.	—	Ametropía	
50	G. de A. E.	50	F.	Positivos	No	N y V	S. Juan del Río y Cuernavaca	Izq.	—	—	
51	C. N. M.	37	F.	Positivos	Sí	N y V	León, G.	Izq.	—	Ametropía	
52	D. P. D.	31	F.	Negativos	—	N y V	Tacubaya, D. F.	Izq.	—	Lúes	Trastornos digestivos Ametropía Ametropía Immunidad adquirida con metoquina
53	D. C. de V. E.	35	F.	Positivos	No	N y V	Tabasco	Der.	—	Ametropía	
54	E. A. O.	51	F.	Positivos	Sí	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	—	
55	E. R.	17	M.	Negativos	Sí	N y V	Ciudad Guzmán, Jal.	Izq.	—	—	
56	E. T. G. J.	24	M.	Dudosos	Sí	V	Papaloapan, Ver.	Der.	—	Ametropía	
57	F. Q. L.	33	F.	Negativos	—	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	—	
58	F. S. J.	45	M.	Positivos	No	N y V	Monterrey, N. L.	Der.	—	Piorrea alveolar	
59	G. L. R.	25	F.	Negativos	—	N y V	Tlaxcala, Tlax.	Izq.	—	—	
60	G. T. G.	38	F.	Negativos	Sí	N y V	Chihuahua, Chih.	Izq.	Oftalmoplejia externa	Ametropía	
61	G. P. B.	15	F.	Positivos	No	N y V	Huajuapam de León, Oax.	Izq.	—	Ametropía	Curó con tratamiento antipalúdico Ametropía Ametropía Ametropía Mejoró con el trata- miento Mejoró con el trata- miento antipalúdico Inmunidad comprobada, pero el mango le causa fiebre Operada de sinusitis sin resultado
62	G. de P.	30	F.	Negativos	—	N y V	Jalapa, Ver.	Der.	Parálisis de los múscu- los ex.	Oftalmoplejia	
63	G. A. S.	27	M.	Positivos	—	N y V	Gral. Anaya, D. F.	Der.	—	—	
64	G. de C. C.	50	F.	Positivos	No	N y V	Orizaba, Ver.	Der.	—	—	
65	H. de E. M.	43	F.	Negativos	Sí	N y V	Ciudad Guzmán, Jal.	Izq.	—	—	
66	H. F. N.	39	F.	Positivos	No	N y V	Tampico, Tamps.	Izq.	—	—	
67	AL. Vda. de B.	57	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalupe, D. F.	Der.	Queratitis neurológica	Queratitis	
68	I. J.	23	M.	Positivos	No	N y V	Los Mochis, Sin.	Izq.	Queratitis sup. síndrome Charlin	—	
69	J. T. E.	18	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	Queratitis	
70	M. de M. C.	70	F.	Positivos	Sí	N y V	Río Verde, S. L. P.	Izq.	—	—	
71	M. de E. N.	29	F.	Positivos	Sí	N y V	Tlaxcala, Tlax.	Izq.	—	Ametropía	Immunidad comprobada, pero el mango le causa fiebre Operada de sinusitis sin resultado
72	M. R. L.	21	F.	Negativos	Sí	N y V	Puebla, Pue.	Izq.	—	—	
73	M. T. V.	15	M.	Negativos	Sí	N y V	Orizaba, Ver.	Izq.	—	Sinusitis	
74	M. de A. E.	47	F.	Positivos	No	N y V	Cuautla, Mor.	Izq.	—	Ametropía	
75	M. B.	17	F.	Positivos	No	N y V	Catmaco, Ver.	Der.	—	—	
76	M. M. Ma.	26	F.	Positivos	No	N y V	Villaherrera, Tab.	Izq.	—	—	
77	M. de G. E.	40	F.	Negativos	Sí	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	Papilitis	—	
78	M. H. de O. C.	50	F.	Negativos	Sí	N y V	Córdoba, Ver.	Izq.	—	Ametropía	

NÚMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACIO O VI- VIO EN LUGAR PALUDICO	LUGARES EN QUE HA VIVIDO	NEURALGIA DEL S. ORI- TARIO Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
79	L. de M. G.	40	F.	Positivos	Sí	N y V	Cuernavaca, Mor.	Izq.	—	—	Varios familiares palú- dicos
80	A. de A. E.	30	F.	Dudosos	Sí	N y V	El Salto, Jal.	Izq.	—	—	
81	LVda. de G. P.	58	F.	Positivos	—	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	—	
82	N. F. G.	34	M.	Positivos	Sí	N y V	Cerritos, S. L. P.	Izq.	—	—	
83	S. de P. M.	35	F.	Negativos	—	N y V	Lerna, Méx.	Izq.	—	—	
84	S. P. S.	26	M.	Positivos	No	N y V	Acapulco, Gro.	Izq.	—	—	
85	R. R. R.	45	M.	Positivos	Sí	N y V	D. F.	Izq.	—	—	
86	R. Vda. A. A.	64	F.	Positivos	No	N y V	Tuxtepec, Oax., Tampi- co, Tamps.	Der.	—	—	Nació en la Col. de los Doctores. Cerca canal
87	R. C. A.	55	F.	Positivos	No	N y V	Ver., Tapachula, Chis.	Izq.	—	—	
88	R. A. M.	18	M.	Negativos	Sí	N y V	Orizaba, Ver.	Izq.	—	—	
89	R. L. J.	20	F.	Positivos	No	N y V	Emilio Carranza, Ver.	Izq.	—	—	
90	R. P. P.	16	M.	Positivos	Sí	V	Nautla, Quintana Roo.	Izq.	—	—	
91	R. S. J.	24	F.	Dudosos	Sí	V	New Orleans, U. S. A.	Der.	—	—	
92	R. C. V.	44	F.	Positivos	Sí	V	Tampico, Tamps.	Izq.	—	—	
93	R. de L. G.	38	F.	Positivos	Sí	N y V	Orizaba, Ver.	Izq.	—	—	
94	O. S. A.	16	M.	Positivos	No	N y V	Acapulco, Gro.	Izq.	—	—	
95	O. B. R.	24	M.	Negativos	Sí	N y V	Orizaba, Ver.	Izq.	—	—	
96	P. de R. F.	44	F.	Positivos	Sí	N y V	Villa Hermosa, Tab.	Izq.	—	—	
97	P. de C. C.	38	F.	Positivos	Sí	N y V	Emilio Carranza, Ver.	Izq.	—	—	
98	P. de R. P.	16	F.	Positivos	Sí	N y V	Querétaro, Qro.	Izq.	—	—	
99	V. A. C.	36	M.	Negativos	No	N y V	Veracruz, Ver.	Izq.	—	—	
100	D. A. L.	20	F.	Positivos	No	N y V	Tulancingo, Hgo.	Izq.	—	—	
101	O. de P. S.	40	F.	Positivos	Sí	N y V	Orizaba, Ver., Morelos.	Izq.	—	—	
102	O. V. de G. G.	58	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	—	
103	O. L. G. A.	38	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	—	—	
104	W. de C. M.	35	F.	Positivos	Sí	N y V	Mixcoac, D. F.	Der.	—	—	
105	V. de B. S. S.	43	M.	Positivos	Sí	N y V	Chilpancingo, Gro.	Izq.	—	—	
106	V. E. R.	57	M.	Positivos	Sí	N y V	Zamora, Mich.	Izq.	—	—	
107	M. C. V.	54	M.	Dudosos	Sí	N y V	Río de la Piedad, D. F.	Izq.	—	—	
108	O. G. F.	31	M.	Positivos	No	V	Córdoba, Ver.	Izq.	—	—	
109	L. B. A.	62	M.	Negativos	No	V	Tamulipas, Orizaba.	Izq.	—	—	
110	V. de S. J.	50	F.	Negativos	Sí	N y V	Acámbaro, Gto.	Izq.	—	—	
111	V. M. A.	38	F.	Negativos	—	N y V	Río de la Piedad, D. F.	Izq.	—	—	
112	V. de O. R.	42	F.	Positivos	Sí	N y V	Piedras Negras, Coah.	Izq.	—	—	
113	T. P. C.	44	F.	Positivos	Sí	N y V	Zamora, Mich.	Der.	—	—	
114	T. P. M.	36	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	—	
115	T. de P. T.	36	F.	Negativos	Sí	N y V	Zamora, Mich.	Der.	—	—	
116	S. P. D.	19	F.	Dudosos	Sí	N y V	Tezuitlán, Puc.	Izq.	—	—	
117	S. de C. J.	48	F.	Positivos	—	N y V	Monterrey, N. L.	Izq.	—	—	
118	S. de C. CAM.	49	F.	Positivos	No	N y V	Río Verde, S. L. P.	Der.	—	—	
119	S. de C. CAM.	49	F.	Positivos	No	N y V	Río Verde, S. L. P.	Der.	—	—	

NUMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACIO O VI- VIO EN LOGAR PALUDICO	LUGARES EN QUE HA VIVIDO	NEURALGIA DEL S. OREI- TARIO Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
119	L. V. J.	27	M.	Negativos	—	N y V	Col. Doctores, D. F.	Der.	—	Ametropia	
120	Del C. V. E.	39	F.	Negativos	—	N y V	Ornetepes, Gro.	Der.	—	Sinusitis	
121	S. P.	38	F.	Positivos	—	N y V	Celaya, Yantepec y Cuautla, Mor.	Der.	—	Sinusitis	
122	RdeM.C.M.	38	F.	Negativos	Si	N y V	Zacatecas, Chachalacas.	Izg.	—	Sinusitis	
123	O. R. E.	46	M.	Negativos	Si	N y V	Zacatlan.	Der.	—	Sinusitis	
124	E. P. H.	13	F.	Positivos	Si	N y V	Mazatlan, Sin.	Izg.	—	Ametropia	
125	L. G.	28	F.	Negativos	Si	N y V	León, Gto.	Izg.	—	Ametropia	
126	A. C. P.	26	F.	Positivos	No	N y V	Acojinalot, Tlax.	Der.	—	Reumatismo	
127	G. C. J.	40	M.	Positivos	No	N y V	Apizaco, Tlax., Ver.	Izg.	—	Ametropia	
128	A. E.	26	M.	Negativos	—	N y V	Michoacán.	Izg.	—	Reumatismo	
129	A. A. A.	24	F.	Positivos	No	N y V	Mazatlan, Xochimilco.	Izg.	—	Sinusitis	
130	A. P.	53	F.	Negativos	Si	N y V	Coaxamalapan, Ver.	Izg.	—	Ametropia	
131	A. A. C.	31	F.	Negativos	Si	N y V	Coaxamalapan, Ver.	Der.	—	Ametropia	
132	A. C.	41	F.	Negativos	—	N y V	Chapa de Mota, Méx.	Izg.	—	Ametropia	
133	A. D.	18	F.	Negativos	—	N y V	Celaya, Gto.	Der.	—	Ametropia	
134	N. S.	27	M.	Positivos	—	N y V	Lombardí, Mich.	Izg.	—	Sinusitis	
135	A. E.	23	F.	Negativos	Si	N y V	Querétaro, Gro.	Izg.	—	Sinusitis	
136	T. F. L.	44	F.	Positivos	No	N y V	Monterrey, N. L.	Der.	—	Ametropia	
137	B. L. N.	46	F.	Positivos	Si	N y V	Guerrero.	Izg.	—	Ametropia	
138	B. de L. N.	44	F.	Positivos	Si	N y V	Papantla, Ver.	Der.	—	Ametropia	
139	B. A. O.	27	M.	Positivos	—	N y V	Gutiérrez Zamora, Mich.	Izg.	—	Ametropia	
140	B. de G. C.	30	F.	Positivos	—	N y V	Guadaluajara, Jal.	Izg.	—	Ametropia	
141	C. Ma. de S.	25	F.	Negativos	Si	N y V	Celaya, Gto.	Izg.	—	Ametropia	
142	S. M. L.	32	F.	Positivos	No	N y V	Tampico, Tamps.	Izg.	—	Ametropia	
143	C. B.	57	F.	Positivos	No	N y V	Atlixco, Pue.	Izg.	—	Ametropia	
144	C. de R. N.	52	M.	Negativos	No	N y V	Oaxaca, Oax.	Der.	—	Ametropia	
145	C. A. M.	17	F.	Positivos	No	N y V	Salina Cruz, Oax.	Izg.	—	Ametropia	
146	C. de A. R.	52	M.	Positivos	Si	N y V	Veracruz, Ver.	Izg.	—	Ametropia	
147	C. S. S.	39	F.	Negativos	—	N y V	Tampico, Tamps.	Izg.	—	Ametropia	
148	I. M. R.	52	M.	Positivos	No	N y V	Mazatlan y Salina Cruz.	Der.	—	Ametropia	
149	E. M.	50	M.	Positivos	Si	N y V	Papantla, Ver.	Izg.	—	Ametropia	
150	H. C. G.	23	F.	Negativos	Si	N y V	Aguascalientes, Ags.	Izg.	—	Ametropia	
151	S. de T. V.	24	F.	Positivos	Si	N y V	Panamá, Panamá.	Izg.	—	Ametropia	
152	C. T. D.	26	F.	Negativos	Si	N y V	Santa Rosa, Ver.	Izg.	—	Ametropia	
153	G. de H. M.	45	F.	Positivos	Si	N y V	Mazatlan, Sin.	Izg.	—	Ametropia	
154	T. P. D.	34	M.	Dudosos	Si	N y V	D. F. Río del Consulado.	Izg.	—	Ametropia	
155	P. R. H.	25	M.	Positivos	Si	N y V	Mérida, Yuc.	Der.	—	Ametropia	
156	E. S. C.	57	M.	Positivos	—	N y V	Aguascalientes, Ags.	Izg.	—	Ametropia	
157	G. F. G.	26	M.	Positivos	—	N y V	Durango, Dgo.	Der.	—	Ametropia	
158	F. V. M.	30	M.	Positivos	—	N y V	Santa Rosa, Ver.	Izg.	—	Ametropia	
159	V. P. de G.	40	F.	Positivos	—	N y V	Veracruz, Ver.	Izg.	—	Ametropia	
160	P. de L. A.	31	F.	Dudosos	Si	N y V	Mazatlan, Sin.	Izg.	—	Ametropia	
161	C. A. O.	11	M.	Dudosos	—	N y V	D. F. Río del Consulado.	Der.	—	Ametropia	
162	S. A. A.	38	M.	Negativos	Si	N y V	Aguascalientes, Ags.	Izg.	—	Ametropia	
163	S. T. R. E.	16	F.	Positivos	Si	N y V	Durango, Dgo.	Der.	—	Ametropia	

NUMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACIO O VI- VIO EN LUGAR PALUDICO	LUGARES EN QUE HA VIVIDO	NEURALGIA DEL S. ORI- TARIO Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
164	C. de S. A.	60	F.	Positivos	—	N y V	Torreón y Morelia.	Der.	Jaqueca oftálmica	Ametropía	
165	S. P. C. T.	28	F.	Negativos	Sí	N y V	Veracruz y Morelia.	Der.	—	Ametropía	
166	L. S. M. T.	38	F.	Positivos	Sí	N y V	Habana, Cuba.	Izq.	—	Ametropía	
167	A. de S. C.	35	F.	Dudosos	—	N y V	Puebla, Pue.	Izq.	—	Ametropía	
168	R. R. R.	34	F.	Negativos	—	N y V	Veracruz, Ver.	Izq.	—	Ioda frígida	
169	M. S. C.	54	M.	Positivos	No	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	Oftalmoplejia externa	Ametropía	
170	M. C. A.	35	F.	Dudosos	Sí	N y V	Quiroga, Mich.	Izq.	—	Ametropía	
171	L. G.	32	F.	Positivos	No	N y V	Veracruz, Ver.	Izq.	Polineuritis	Ametropía	
172	C. M.	20	F.	Positivos	No	N y V	León, Gto.	Izq.	—	Ametropía	
173	J. J.	23	F.	Positivos	No	N y V	Oaxaca, Oax.	Izq.	Oftalmoplejia externa	—	
174	A. M.	27	F.	Dudosos	—	N y V	Chachalacas, Ver.	Izq.	—	Sinusitis	Posible palud. larvado Sin. ant. febriles por ingestión de quinina
175	J. F. D.	30	M.	Positivos	—	N y V	Uruapan, Mich.	Izq.	—	Ametropía	
176	E. T.	68	M.	Positivos	No	N y V	Atlixco, Pue.	Izq.	—	—	Se reactivó el pal. des- pués de una interv. qui- rúrgica apareciendo la neuralgia
177	E. Q.	15	M.	Positivos	—	N y V	Durango, Dgo.	Izq.	—	Iridociclitis	
178	E. E.	28	F.	Negativos	—	N y V	Querétaro, Qro.	Izq.	—	Ametropía	
179	E. de O. R.	75	F.	Positivos	—	N y V	Uruapan, Mich.	Izq.	Queratitis	Queratitis	
180	E. G. F.	18	M.	Positivos	—	N y V	Salvatierra, Gto.	Izq.	—	Ametropía	
181	E. C.	32	M.	Positivos	No	N y V	Durango, Dgo.	Izq.	Neuritis del glososofa- ríngico	Sinusitis y faringitis Glaucoma secundario	
182	E. I. G.	25	F.	Positivos	—	N y V	Ixtepac, Oax.	Der.	Queratitis	—	
183	E. I. G.	18	F.	Positivos	Sí	N y V	Matamoros, Pue.	Izq.	—	Queratitis	
184	O. de B. A.	50	F.	Positivos	—	N y V	Mixcoac, D. F.	Der.	—	—	Curó con clorhidrato de cloroganida
185	R. M. F.	70	F.	Positivos	—	N y V	Tacámbaro, Mich.	Der.	Oftalmoplejia externa	—	
186	D. C. M. L.	19	F.	Negativos	—	N y V	Chiapas, Chis.	Der.	Queratitis	Queratitis	
187	D. de V. C.	48	F.	Negativos	Sí	N y V	Jalapa, Ver.	Der.	—	Menopausis	
188	C. M. A.	23	M.	Negativos	Sí	N y V	Chilapa, Gro.	Izq.	—	Ametropía	
189	M. de A. C.	27	F.	Negativos	Sí	N y V	C. Obregón, Son., Ma- zatlán y Colima.	Izq.	—	Ametropía	
190	E. S. S.	38	F.	Negativos	Sí	N y V	Puebla, Tampico.	Izq.	—	Sinusitis	Operada de sinusitis
191	S. L. M.	17	F.	Positivos	Sí	N y V	C. Hidalgo, Mich.	Der.	—	Ametropía	
192	A. P. M.	54	M.	Dudosos	Sí	N y V	Zoquitlan, Ver.	Izq.	—	Ametropía	
193	N. R.	38	F.	Positivos	Sí	N y V	Oaxaca, Oax.	Izq.	—	—	
194	N. de T. M.	42	F.	Positivos	No	N y V	Matuhuala, S. L. P.	Izq.	—	Ametropía	Todos los familiares son palúdicos
195	N. L.	45	M.	Positivos	—	N y V	Veracruz, Ver.	Izq.	Polineuritis	—	
196	M. H.	58	F.	Positivos	Sí	N y V	D. F. Col. Doctores.	Der.	—	—	
197	M. M. de L.	26	F.	Positivos	Sí	N y V	Tlalcaltapan, Ver.	Izq.	—	Ametropía	
198	O. V. de V.	55	F.	Negativos	—	N y V	Uruapan, Mich.	Der.	Parálisis del facial de- recho	Ametropía	La parálisis precedió a la neuralgia del S. Or- bitario
199	M. de F. M.	48	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	Jaqueca oftálmica	Ametropía	

EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACTO O VI- TIO EN LUGAR PALUDICO	LUGARES EN QUE HA QUIDO	NEURALGIA DEL S. ORI- TARIO Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
200	F.	Positivos	No	V	Tampico, Tamps.	Izq.	—	Glaucoma	
201	F.	Positivos	No	N y V	Chipilo, Pue.	Izq.	—	Ametropía	
202	F.	Positivos	—	N y V	Acapulco, Gro.	Izq.	—	Sinusitis	
203	M.	Positivos	Si	N y V	Santa Rosa, Ver.	Izq.	—	Ametropía	
204	F.	Positivos	—	N y V	Campeche, Camp.	Izq.	—	—	
205	M.	Negativos	Si	N y V	Tareta, Mich.	Izq.	—	—	
206	F.	Positivos	Si	V	En España huyendo du- rante la Guerra.	Izq.	—	Ametropía	
207	M.	Dudosos	Si	V	Baja California.	Izq.	—	Sinusitis	Familiares palúdicos
208	M.	Positivos	No	V	Tampico, Houston, Tex.	Der.	—	Ametropía	
209	M.	Negativos	Si	N y V	Chilpancingo, Gro.	Izq.	Papilitis	Ametropía	Forma muy intensa, dos con recidivas
210	M.	Positivos	No	N y V	Frontera, Tab.	Der.	—	Ametropía	
211	F.	Negativos	Si	N y V	La Piedad, Mich.	Der.	—	Retinopatía	
212	F.	Positivos	Si	N y V	Morelia, Mich.	Izq.	—	Ametropía	
213	F.	Positivos	Si	N y V	León, Gto.	Izq.	Neuralgia del glosafo- ríngeo	—	Extracción de los dientes
214	F.	Positivos	Si	N y V	Tulancingo, Hgo.	Izq.	—	Sinusitis	
215	F.	Positivos	Si	N y V	Tuxpan, Mich.	Der.	—	Ametropía	
216	F.	Positivos	Si	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	Sinusitis	
217	M.	Positivos	Si	V	Xalapa y Villahermosa.	Izq.	Parálisis del tercer par	—	
218	F.	Negativos	—	N y V	Tlaxcala, Tlax.	Der.	Papilitis	Ametropía	Curó con tratamiento antipalúdico
219	M.	Positivos	Si	N y V	Mixcoac, D. F.	Izq.	—	Ametropía	Curó con tratamiento antipalúdico
220	F.	Positivos	Si	N y V	Igualea, Gro.	Der.	—	—	
221	F.	Negativos	Si	N y V	Celaya, Gto.	Izq.	—	—	
222	M.	Negativos	Si	N y V	Sta. Rosalia, B. C., Ma- zatlán.	Izq.	—	—	
223	M.	Positivos	No	N y V	Villa de Ayala, Mor.	Der.	—	Ametropía	Neuralgia muy intensa
224	F.	Dudosos	—	N y V	León, Gto.	Izq.	Papilitis	Sinusitis	Curó con el Trat. anti- palúdico
225	M.	Dudosos	—	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	Quer. N. Parálisis Clática	—	Mejoró con Trat. anti- palúdico
226	F.	Dudosos	—	N y V	San Angel, D. F.	Izq.	—	Ametropía	Curó con el Trat. anti- palúdico
227	F.	Dudosos	—	N y V	Tacuba, cerca del Río del Comulado.	Der.	—	—	Mejoró con Trat. anti- palúdico
228	M.	Positivos	Si	N y V	Monterrey, N. L.	Izq.	—	Sinusitis	Curó con el Trat. anti- palúdico
229	F.	Positivos	Si	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	Sinusitis	
230	F.	Positivos	Si	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	—	Ametropía	
231	F.	Positivos	No	N y V	Nautla, Ver.	Der.	—	—	
232	F.	Negativos	—	N y V	Aguascalientes, Ags.	Der.	S. Charlin	Neuralgia del V. par- bitario	Extracción de los dientes
233	F.	Positivos	—	N y V	Jalapa, Ver.	Izq.	Herpes de la córnea	Sinusitis	Mejoró con el Trat. anti- palúdico
234	F.	Negativos	Si	N y V	Mérida, Yuc.	Der.	—	Ametropía	
235	F.	Positivos	Si	N y V	—	—	—	Ametropía	

NUMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACIO O VIVIÓ EN LUGAR PALUDICO	LUGARES EN QUE HA VIVIDO	NEURALGIA DEL S. OCCIPITAL Y DEL TABIQUE	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
236	O.L. de C.E.	46	F.	Dudosos	Si	V	Jalapa, Ver.	Der.	—	Sinusitis	Inyección de alcohol
237	V. J.	65	F.	Positivos	No	N y V	Istmo Tehuantepec, Oax.	Izq.	—	Jaqueca oftálmica	Vivió cerca del canal
238	V. de P.	74	F.	Positivos	Si	N y V	México, D. F.	Izq.	Parestesias	Neuralgia	que llega a las calles de
239	Z. M.	30	M.	Dudosos	Si	N y V	Zamora, Mich.	Izq.	—	Blefaritis	la Acquia
240	R. G.	18	F.	Positivos	Si	N y V	Coatepec, Ver.	Izq.	—	Ametropía	Tratada por inyecciones
241	P. de T. R.	39	F.	Positivos	No	N y V	Mazatlán, Sin.	Der.	—	Neuralgia del trigémino	de alcohol
242	P. C. Ma. A.	29	F.	Negativos	Si	N y V	Guadalajara y Mazatlán.	Izq.	—	—	—
243	P. M. T.	22	F.	Positivos	No	N y V	Tampico, Tamps.	Der.	—	Estrabismo	—
244	V. P.	24	F.	Positivos	Si	N y V	Atotonilco el Alto, Jal.	Izq.	—	—	—
245	V. Ma. G.	51	F.	Positivos	Si	N y V	León, Gto.	Der.	—	Ametropía	—
246	V. A. H.	18	M.	Dudosos	—	N y V	Xochimilco, D. F.	Izq.	—	Ametropía	—
247	V. de R. L.	70	F.	Positivos	—	N y V	Puebla y Jalapa.	Izq.	—	Ametropía	Adquirió el paladismo en Jalapa
248	T. J. C.	17	M.	Positivos	—	N y V	Torreón, Coah.	Izq.	—	Ametropía	Adquirió el paladismo en Torreón
249	B. de T. J.	53	F.	Positivos	—	N y V	Durango y Torreón.	Izq.	—	Ametropía	—
250	T. M.	48	M.	Positivos	No	N y V	Ciudad Madero, Tamps.	Der.	—	Glaucoma	—
251	Z. E.	17	F.	Dudosos	Si	N y V	Col. Santa María, D. F.	Der.	—	Ametropía	Cociste el glaucoma
252	V. H.	40	F.	Dudosos	Si	N y V	Hermosillo, Son.	Izq.	—	Neuralgia del V par	Curó rápidamente con metoquina
253	T. S. J.	46	F.	Negativos	—	N y V	Col. Clavería, D. F.	Izq.	—	Neuralgia del V par	Extracción de los dientes sin resultado
254	T. P.	25	F.	Dudosos	—	N y V	Xilotepec, Mor.	Izq.	—	Sinusitis	Curó con quina
255	G. S.	71	F.	Positivos	Si	N y V	Juchitán, Oax.	Izq.	Herps Zoster	Herps Zoster	—
256	S. V. A.	48	M.	Positivos	No	N y V	Celaya, Gto.	Der.	Neuritis retrobulbar	—	—
257	R. G.	17	F.	Positivos	Si	N y V	Guadalajara, Jal.	Der.	—	Sinusitis	—
258	P. N. E.	22	F.	Positivos	No	N y V	Querétaro, Gro.	Der.	—	Sinusitis	—
259	P. de G. C.	40	F.	Positivos	Si	N y V	Juchitán, Oax.	Izq.	—	Ametropía	Operada de la nariz
260	P. de N. B.	27	F.	Positivos	—	N y V	Celaya, Gto.	Izq.	—	—	—
261	O. de G. G.	55	F.	Positivos	—	N y V	Guadalajara, Jal.	Izq.	—	—	—
262	O. B.	28	F.	Positivos	—	N y V	Querétaro, Gro.	Der.	—	Menopausia	—
263	O. H. A.	28	F.	Negativos	—	N y V	Huichapan, Hgo.	Izq.	—	—	—
264	O. de C. J.	27	F.	Positivos	Si	N y V	Cuernavaca, Mor.	Izq.	—	Ametropía	—
265	M. A. M.	33	F.	Positivos	Si	N y V	Tulancingo, Hgo.	Der.	—	Sinusitis	Curó con 10 inyecciones de caliguetina de 5 c. c.
266	M. M. C.	21	F.	Positivos	No	N y V	Uruapan, Mich.	Der.	—	Sinusitis	—
267	M. A.	35	F.	Positivos	No	N y V	Piguano, Jal.	Der.	—	Desviación del tabique	La operación nasal intensificó la neuralgia
268	M. de B. Y.	64	F.	Negativos	—	N y V	Tlahuepantla, D. F.	Der.	—	—	—
269	Y. Vda de J.	75	F.	Positivos	Si	N y V	Morelia, Mich.	Der.	—	Sinusitis	Operada sin resultado
270	H. C.	20	F.	Positivos	Si	N y V	La Barca, Jal.	Izq.	—	Ametropía	—
271	G. I.	29	M.	Positivos	No	N y V	S. Luis de la Loma, Gro.	Izq.	—	—	—
272	G. T. E.	32	M.	Positivos	No	N y V	Tehuantepec, Oax.	Izq.	—	Alergia	—
273	G. T. E.	42	M.	Negativos	No	N y V	Tampico, Córdoba, Ver.	Izq.	—	—	—
274	F. V.	27	F.	Positivos	Si	N y V	Aguascalientes, Ags.	Izq.	Papilitis	Ametropía	—

NUMERO	INICIALES	EDAD	SEXO	ANTECEDENTES PALUDICOS	INMUNIDAD	NACIO O VIVIO EN LUGAR PALUDICO	LUGAR EN QUE HA SIDO	NEURALGIA DEL S. OBTURADOR Y DEL OCCIPITAL	OTRAS COMPLICACIONES	DIAGNOSTICO ANTERIOR	OBSERVACIONES
275	F. T.	35	F.	Positivos	—	N y V	Orizaba, Ver.	Izq.	—	Ametropía	No podía comer. Lo pudo hacer desde la primera inv. de quinina
276	E. M. T.	15	F.	Positivos	No	N y V	Tampico, Tamps.	Izq.	—	—	
277	D. M. C.	57	F.	Positivos	No	N y V	Veracruz, Ver.	Izq.	—	Ametropía	
278	C. A.	25	M.	Positivos	No	N y V	Mazatlán, Col. Guerrero.	Izq.	Neuritis del glosófaringeo	Sinusitis	
279	C. de R.C.C.	40	F.	Positivos	—	N y V	Acámbaro, Gto.	Izq.	—	Ametropía	Ventriculografías. Mejoró rápidamente con calgluquina
280	C. de R. C.	30	F.	Positivos	No	N y V	Acayucan, Ver.	Izq.	Papilitis	Aracnoiditis	
281	C. M. D.	25	F.	Positivos	—	N y V	Ocotlán, Jal.	Izq.	—	—	
282	Ch. I.	30	M.	Positivos	Sí	N y V	Cuernavaca, Mor.	Izq.	—	Neuralgia del V par	
283	C. M. T.	32	F.	Positivos	No	N y V	Potrero, Jal.	Izq.	—	Ametropía	Radiografías y transiluminación negativas
284	Ch. M. T.	25	F.	Positivos	Sí	N y V	Ciudad Guzmán, Jal.	Der.	—	Coroiditis	
285	B. S. C.	24	F.	Positivos	Sí	N y V	Villa Hermosa, Tab.	Izq.	—	—	
286	B. E.	40	F.	Positivos	Sí	N y V	Zanora, Mich., Guadalupe,	Izq.	S. Charlin	Sinusitis	
287	A. de P. A.	42	F.	Negativos	Sí	N y V	Tulancingo, Hgo.	Der.	—	Ametropía	Extracción de los dientes
288	A. F.	24	F.	Positivos	—	N y V	Guadalupe, Yuc.	Der.	—	Ametropía	
289	A. P. I.	46	M.	Positivos	No	N y V	Ignala, Yuc., Cuautla, Mor.	Der.	—	Sinusitis	
290	C. S. D.	37	M.	Positivos	No	N y V	Dolores, Gro., Chilapa, Gro., Tepic.	Der.	—	Neuralgia	
291	R. G. D.	73	M.	Positivos	No	N y V	Los Angeles, Cal.	Izq.	—	Ametropía	El Trat. Anti. Pald. mejoró la neuralgia y la exoftalmía
292	A. V. de P.M.	61	F.	Dudosos	Sí	N y V	Zamora, Mich.	Der.	Polineuritis	Ametropía	
293	Z. M.	30	M.	Positivos	No	N y V	Veracruz, Ver.	Der.	—	Hipertensión arterial	
294	C. de S. C.	55	F.	Positivos	Sí	N y V	Guadalupe, Jal.	Izq.	—	Blefaritis	
295	O. Ch. G.	25	F.	Negativos	Sí	N y V	Querétaro, Gro.	Izq.	Exoftalmía monolateral	Neuralgia del V par	Inmunidad comprobada
296	A. C. L.	48	F.	Positivos	Sí	N y V	Pto. Morelos, Ver.	Izq.	—	Ametropía	
297	A. E.	25	F.	Positivos	No	N y V	Zitácuara, Mich.	Izq.	—	Sinusitis	
298	A. E. J.	27	M.	Positivos	Sí	N y V	Río Grande, Tex.	Der.	—	Ametropía	
299	A. de A. G.	46	F.	Positivos	Sí	N y V	Chilpancingo, Gro.	Der.	—	—	
300	A. de P. C.	30	F.	Dudosos	Sí	N y V	Hermosillo, Son. y Cuautla, Mor.	Izq.	—	Leucoma	

Con relación a las causas de una neuralgia con un padecimiento nasal, frecuentemente he podido observar en pacientes enfermos de la nariz que no obstante existir una estrechez del lado derecho, con sinusitis, o cuando menos un estado sospechoso de este padecimiento; sin embargo, predomina la sintomatología del dolor en el lado izquierdo, aún cuando éste se encuentre completamente sano. En cuanto a las circunstancias de que las neuralgias del supraorbitario sean más frecuentes en la mujer que en el hombre y se encuentren de preferencia del lado izquierdo, no encuentro una explicación posible.

La confusión del cuadro de estas neuralgias con una sinusitis es muy frecuente y esto se debe tanto a la forma en que se manifiesta el dolor como a cierto estado hiperémico y de humedad de la mucosa nasal, que es concomitante del estado neurálgico, como lo es el lagrimeo por parte del ojo. Pero un examen cuidadoso demostrará que la secreción no es purulenta, que los senos están traslúcidos y sin derrame de líquidos inflamatorios y que las radiografías acusan datos negativos.

En las sinusitis, ciertamente que el supraorbitario puede estar dolorido; sin embargo la presión sobre la pared interna de la órbita despierta un dolor muy particular; en cambio, en las neuralgias puras este dolor se localiza únicamente en el trayecto del supraorbitario. Finalmente, el paciente no acusa antecedentes de padecimiento nasal previo, lo que discrepa en el caso de las sinusitis que son extraordinariamente recidivantes, de una evolución muy crónica y generalmente cada manifestación aguda corresponde a la reactivación de un estado latente.

Las neuralgias del supraorbitario se presentan con mayor frecuencia en los comienzos del invierno y de la temporada de lluvias, aunque muchas veces pueden manifestarse más tarde, o en cualquiera otra época del año. Un caso muy particular y digno de mencionar, que se observa con bastante frecuencia, es la aparición de la neuralgia a raíz de una intervención quirúrgica que se ha practicado con anestesia local, y por lo tanto se ha inyectado cierta cantidad de adrenalina. Esta manera de practicar la anestesia es la habitual en la cirugía ocular, en que por lo menos el 95% de las intervenciones quirúrgicas se practican bajo la anestesia local. A veces el paciente no ha abandonado el lecho cuando la neuralgia se presenta, y algunas veces la he visto acompañada de accesos febriles; pero lo habitual es que se presente de dos a cuatro semanas después de la intervención, sin fiebre y como una manifestación del paludismo larvado, y aun sin algún indicio del que el paciente pueda ser palúdico.

En cirugía ocular, esto origina frecuentemente dudas respecto a la posible existencia de una complicación post-operatoria, lo que no pocas veces determina conflictos en los que pueden intervenir médicos generales y especialistas, sin llegar entre sí a ningún acuerdo. A este particular recuerdo el caso de un paciente que reside en Boca del Río, Veracruz, a quien operé de una catarata, trasladándome a dicho lugar. Todo se verificó sin incidentes y la secuela post-operatoria fué inmejorable. Sin embargo, a las cuatro semanas de operado, y tres o cuatro días después de haber visto al paciente con el ojo casi sin huellas de reacción inflamatoria alguna, me avisaron por teléfono que el ojo había comenzado a doler y que la intensidad aumentaba. Me comuniqué con el médico de cabecera manifestándole que consideraba remoto que el dolor dependiera de alguna complicación post-operatoria y le indiqué mis temores de que se tratara de una neuralgia palúdica despertada por la posible reactivación del paludismo que antes había padecido el enfermo, causada por la adrenalina. Cuatro días después hice el viaje para examinar al paciente, y para entonces ya había tenido manifestaciones febriles y se encontraba casi inconciente por la forma cerebral del acceso palúdico. La búsqueda del parásito en la sangre había sido positiva, con gran cantidad de plasmodios falciparum: pero la remisión espontánea de la fiebre por la gravedad de estado general y la intensidad de las manifestaciones cerebrales, hicieron dudar a los médicos tratantes del origen palúdico del cuadro clínico. La duda se robusteció aún más en vista de que nueva búsqueda del parásito resultó desgraciadamente negativa. Hubo entonces persona que atribuyera las causas del cuadro clínico a la posible penetración de un virus filtrable durante el acto quirúrgico. Finalmente para suerte del paciente la existencia del paludismo se confirmó y el tratamiento adecuado suprimió este cuadro tan grave, que se inició con la neuralgia del supraorbitario consecutiva a una intervención quirúrgica con anestesia local.

Otras complicaciones oculares de origen palúdico.—Además de las papilitis y neuritis retrobulbares antes mencionadas, que son más frecuentes en los pacientes infectados en las poblaciones de la región neotropical, he podido observar algunas veces parálisis de los músculos extrínsecos del ojo. El músculo más frecuentemente afectado es el recto externo, pero también he visto la oftalmoplejía afectando el territorio del III par, con la sintomatología correspondiente: tosis palpebral, parálisis del recto superior, del interno y del inferior.

Otra complicación relativamente frecuente, que he observado tanto en los pacientes procedentes de la región neotropical como de la neártica, es el desarrollo de queratitis superficiales de evolución más o menos tórvida, tomando a veces la forma de un herpes de la córnea y otras el de una queratitis neuromorfolítica. Todas ellas tienen como característica ser muy rebeldes a todo tratamiento local, y en cambio, se les ha visto evolucionar favorablemente cuando este ha sido asociado de una medicación contra el paludismo. En apoyo de este criterio debo citar que J. Rhode, de Venezuela, el año de 1941 ha señalado el herpes de la córnea como una complicación palúdica y su curación por medio de una medicación antipalúdica.⁵

Es frecuente que estas queratitis sean precedidas por fenómenos neurálgicos muy intensos, y una vez que éstos se han atenuado, o más bien en época un poco tardía, aparecen las lesiones corneales. En la variedad neuromorfolítica he visto algunas veces cierto grado de hipoestesia cutánea en el territorio del supraorbitario concomitante a la anestesia de la córnea.

Otra variedad de estas queratitis es la que completa el síndrome de Charlin, o sea la asociación de las lesiones corneales con la neuritis del nasal, del infraorbitario y del supraorbitario. Generalmente el síndrome es atribuido a una sinusitis concomitante, pero la verdad es que el cuadro clínico puede existir en ausencia de la sinusitis, y así lo ha hecho constar el autor. A pesar de que los síntomas hacen pensar en ella, pero se trata de falsas sinusitis, debidas al estado de hipersecreción de la mucosa nasal, con un estado más o menos congestivo, pero en realidad son trastornos debidos a la neuritis palúdica de las citadas ramas del V par.

Además de estas complicaciones propiamente oculares, existen otras neuritis en diferentes partes del cuerpo, en los brazos, tronco, piernas, etc. Algunas se manifiestan con bastante intensidad, como la ciática. Si las cito aquí es porque todas ellas, así como las complicaciones propiamente oculares a que antes me he referido, tienen la particularidad de coexistir con la neuralgia del supraorbitario. Como se ve, la predilección por este nervio en las manifestaciones larvadas del paludismo es muy frecuente.

En páginas anteriores incluyo un cuadro estadístico correspondiente a 300 casos de complicaciones oculares del paludismo.

El estudio del cuadro anterior que comprende 300 casos de complicaciones oculares del paludismo, permite señalar los datos siguientes: Desde luego cabe hacer notar que en todos ellos se observó la neuralgia del

supraorbitario acompañando a la del occipital del mismo lado y también es mayor en la mujer que en el hombre. De los 300 casos, 83 corresponden a hombres y 217 a mujeres. Los antecedentes palúdicos fueron positivos en 187 casos, negativos en 79 y dudosos en 34. Por otra parte, 268 pacientes nacieron y vivieron en zonas palúdicas y 32 contrajeron posteriormente la enfermedad al trasladarse a lugares infectados. No se consigna el número de pacientes que presentaron inmunidad porque solo en muy contados casos se pudo comprobar este hecho y la mayor parte se ignora. La localización de la neuralgia señala una mayor frecuencia para el ojo izquierdo, o sean 209 casos y solamente 91 para el derecho.

Se observaron manifestaciones concomitantes en 47 casos según las especificaciones del cuadro siguiente:

Papilitis:	7
neuritis retrobulbar:	3
parálisis de los músculos extrínsecos:	4
polineuritis:	7
neuritis del gloso-faríngeo:	7
queratitis superficial:	4
queratitis neuromparalítica:	4
queratitis con síndrome de Charlin:	3
paresias:	3
herpes Zoster:	1
parálisis facial:	1
jaqueca oftálmica:	1
exoftalmia monolateral:	1
demencia:	1
TOTAL:	47.

En ninguno de estos casos se había hecho anteriormente el diagnóstico de neuralgia palúdica, ni de complicación ocular alguna de origen palúdico. Entre los diagnósticos que se habían hecho anteriormente a los pacientes figuran los siguientes:

Ametropías	128
sinusitis	37
neuralgia del V par	6
hipertensión arterial	2
lúes	2
jaqueca oftálmica	2
glaucoma	3
menopausia	3

faringitis	2
uveítis	1
trastornos digestivos	2
piorrea alveolar	2
blefaritis	1
araenoiditis	1
alergia	1
reumatismo	2
leucoma	1
tumor cerebral	1

El tratamiento ha influenciado favorablemente el padecimiento en la mayor parte de los casos; pero es imposible señalar datos precisos a este particular por lo difícil que es controlar a los pacientes, sobre todo cuando el alivio se observa a las primeras dosis del medicamento.

Un dato que hubiera deseado señalar con precisión es el referente a las manifestaciones palúdicas despertadas con motivo de la adrenalina después de una intervención quirúrgica con anestesia local, debido a que los datos del post-operatorio generalmente no figuran en la ficha clínica de los enfermos del hospital, lo cual pertenece a la consulta externa, y no así los datos referentes al estado clínico y pre-operatorio.

CONCLUSIONES

1ª El paludismo en su estado larvado puede ocasionar manifestaciones oculares probablemente debidas a la acción neurotrópica de las toxinas del plasmodio.

2ª Las manifestaciones más frecuentes son las neuralgias del supra-orbitario, las cuales algunas veces pueden asociarse a lesiones de neuritis óptica, parálisis de los músculos extrínsecos, lesiones de queratitis superficial y otras neuritis en diversas partes del cuerpo.

3ª El tratamiento antipalúdico por la quinina y por los preparados sintéticos sucedáneos de ella se ha demostrado eficaz en la gran mayoría de los casos.

4ª Existen dos tipos bien definidos en las complicaciones oculares del paludismo: una intensa que acusan los individuos procedentes de las zonas neotropicales infestadas por el *plasmodio falciparum*; y otra, ate-

nuada y aun completamente velada, que se presenta en los individuos procedentes de las zonas neárticas.

5ª La existencia de una neuralgia del supraorbitario, en ausencia de sinusitis u otras causas capaces de producirla, puede orientar el diagnóstico hacia la existencia de un paludismo larvado, aún en casos de antecedentes negativos de la enfermedad.

6ª La existencia de fenómenos objetivos de dolor, fotofobia y demás molestias vagas que acusan los enfermos, en desacuerdo con las pocas o ningunas alteraciones oculares, pueden encausar hacia el diagnóstico de una neuritis discreta del supraorbitario.

BIBLIOGRAYIA

1º **M. Derves.** Transmisión hereditaria y congénita del paludismo por *P. Falciparum*. Influencia de la madre durante los primeros meses de la vida. *Revue du Paludisme et de Medecine Tropicale*. 4º año N° 25, 1946, págs. 194 a 204.

2º **Eckstein y Nixon.** Cartas del autor con relación a una encuesta y discusión suscitada por el *British Medical Journal*. N° 26-15 de mayo de 1946.

3º **Alice Kilcher Mapucourt.** Cit. *Revue du Paludisme et Medecine Tropicale*. 4º año N° 30. Nov. y Dic. de 1946, pág. 276.

4º **H. E. Short, P. C. Garnham y B. Malambos.** Relación al 4º Congreso Internacional de Medicina Tropical y del Paludismo. *Revue du Paludisme et Medecine Tropicale* N° 56. Enero de 1949, pág. 8.

5º **J. Rhode.** Archivos Venezolanos de Oftalmología. N° 2, págs. del 94 al 98.

6º **Charlin.** Medicina Oftalmológica.

7º **Torres Estrada.** Las neuralgias palúdicas del supraorbitario. *Bol. del Hospital Oftalmológico de Ntra. Sra. de la Luz*. Tomo I, año II N° 2 y 3. Mayo y junio de 1941.