

medad, del mismo modo que los revulsivos cutáneos, los sinapismos en las piernas y los pediluvios calientes. Pero no conviene detenerse aquí, porque lo mejor es atacar la inflamación directamente por medio de aplicaciones locales.

Para calmar los dolores, se ha aconsejado emplear el *agua fría*; pero muchos prácticos lo censuran fuertemente. Arlt (1) la proscribió de una manera absoluta, y Wharton Jones (2) no la cree ventajosa cuando se la destina á lociones interrumpidas. Wecker recomienda compresas empapadas con agua fría para combatir los catarros agudos; pero las rechaza tratándose de catarros crónicos. En conclusión, este medio es muy incierto y vale más no servirse de él, por ser muy raro que se le aplique como corresponde.

Medicación estimulante y sustitutiva.—Esta, única verdaderamente heroica que conocemos, consiste en usar lociones astringentes, y colirios y pomadas irritantes. La dosis y la naturaleza de la sustancia activa deberán relacionarse en este caso con el grado de la afección y con su antigüedad.

1.º *En el primer grado* se ordenarán las fórmulas siguientes:

Colirio de Duval con sulfato de zinc.

Sulfato de zinc..... 5 centig. | Agua destilada..... 40 á 50 gram.

Algunas veces se añade láudano y alcohol alcanforado.

Colirio de Bridault (agua de la duquesa).

Sulfato de zinc..... 50 centig. | Alcohol..... 15 á 20 gotas.
Lirio de Florencia.... 50 centig. | Agua comun..... 100 gram.
Azúcar cande..... 50 centig.

Déjese macerar, y fíltrese despues.

Foucher (3) ha notado grandes ventajas empleando colirios que contengan por cada 30 gramos de glicerina, 25 ó 30 centigramos de cualquiera de las sustancias siguientes: sulfato de zinc, bórax, alumbre, extracto de ratania.

Mackenzie (4) acostumbra á usar para fomentaciones y para colirio una solución de

Sublimado corrosivo.... 5 centig. | Agua..... 200 gram.
Cloruro amónico..... 30 centig.

Cuando se quiere usar para fomentaciones, se toma una cuchara de las de sopa, y á ella se añade otra cantidad igual de agua hirviendo. Esta solución, así diluida, sirve para fomentar los párpados

(1) Arlt, *Die Krankheiten des Auges für praktische Aerzte geschildert*, 1855.

(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 458.

(3) Wharton-Jones, Adición por Foucher, p. 159.

(4) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 662.

tres veces al día por medio de una compresa ó un pedacito de esponja fina. En los casos sencillos, se dejan caer algunas gotas sobre el ojo; pero en los graves, hay que inyectar el colirio con una jeringuita por toda la conjuntiva y especialmente por el repliegue superior.

2.º *En el segundo y en el tercer grado*, habrá que utilizar preferentemente los colirios con nitrato de plata, susceptibles de aplicarse también en el primero, bajo la sola condición de disminuir la dosis.

Los colirios de nitrato se formularán con 5, 10, 15, 20 y 30 centigramos de sal para 30 gramos de agua destilada. Algunos médicos, lejos de temer la acción energética del nitrato de plata, reiteran su aplicación muchas veces durante el día.

Deval lo emplea del modo siguiente: disuelve 15 á 20 centigramos en 30 gramos de agua destilada; introduce el medicamento entre el bulbo y los velos palpebrales siete ú ocho veces durante el día, y en el intervalo de dichas aplicaciones fomenta los ojos con un colirio compuesto de 2 á 4 gramos de extracto de Saturno para 200 ó 250 gramos de agua.

Mackenzie (1) aplica una solución compuesta de 20 centigramos de nitrato de plata y 30 gramos de agua destilada, introduciendo en el ojo por medio de un pincelito de pelo de camello una gota grande, dos ó tres veces durante el día, según las circunstancias que dependen de las sensaciones que experimente el enfermo. Después de la cura, el enfermo apenas siente cosa alguna durante uno ó dos minutos; luego le embarga el dolor por espacio de otros diez minutos, y últimamente se tranquiliza. Cuando vuelven á presentarse los síntomas dolorosos, hay que detenerlos por medio de una nueva aplicación. A medida que cede la enfermedad, el paciente siente cada vez menos su dolor, acabando por no apercibirse apenas de él.

Si la enfermedad fuere grave, y la córnea se interesara mucho, habría que tomar las precauciones que Graefe recomienda: humedecer un pincelito con una de las disoluciones indicadas antes (20 centigramos de nitrato por 20 ó 30 gramos de agua destilada), pasarle por el párpado vuelto, teniendo la precaución de respetar la córnea, y neutralizar el exceso de nitrato de plata que haya quedado mediante el agua salada.

Wecker supone que basta una sola cauterización sustitutiva en la mayoría de los casos, cuando se ha tenido el cuidado de emplear al momento colirios astringentes, como de sulfato de zinc, de acetato de plomo, etc. El que dicho autor usa consta de

Sulfato de zinc..... 25 centig. | Agua destilada..... 15 gram.
Tintura de opio..... 10 gotas.

Si hubiese una quemosis inflamatoria, lo que suele ser raro en la

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 661.

conjuntivitis catarral sencilla, convendría escarificarla por medio de tijeras, ó de un bisturí adecuado.

Conjuntivitis catarral crónica.—De la misma manera que las formas agudas ceden con facilidad, las crónicas se hacen extraordinariamente tenaces. A los colirios y fomentaciones indicadas ya, es preciso añadir las pomadas astringentes y algo cáusticas. Las de Janin, Desault y de Lyon (véase p. 860), se usarán cuando la conjuntivitis se encuentre complicada con escoriaciones de los párpados y blefaritis ciliar.

El *colirio amarillo astringente (agua Horstii)*, puro ó mezclado con partes iguales de agua, sirve mucho, según Wecker, aplicándole mediante un pincel dos ó tres veces al día, para humedecer los párpados y todos los rinconcitos del ojo:

Colirio amarillo astringente.

| | |
|-------------------------------------|--|
| Clorhidrato de amoníaco. 75 centig. | Alcanfor (disuelto con alcohol de 0,850 de densidad). 45 centig. |
| Sulfato de zinc..... 2 gram. | Azafran..... 40 gram. |
| Agua destilada..... 150 gram. | |

Lo que produce mejor éxito, según Fano (1), son algunos toques en la mucosa con un pincel mojado con láudano de Sydenham ó con tintura de iodo debilitada.

Pero estos medios fracasan necesariamente, cuando no se tiene cuidado de colocar al enfermo en buenas condiciones higiénicas de localidad y de alimentación; si no se le prohíbe toda clase de trabajo prolongado con luz artificial y el abuso de las comidas excitantes y de los licores espirituosos, y sino se secunda por último la acción de los guardando una limpieza minuciosa y aplicando metódicamente los medicamentos colirios y las pomadas.

ARTÍCULO III.

CONJUNTIVITIS PUSTULOSA (FLICTENULAR ESCROFULOSA, OFTALMÍA ESCROFULOSA).

Definición.—Conjuntivitis pustulosa es una enfermedad de la infancia, que se desarrolla en individuos escrofulosos, y que se halla caracterizada por una inyección muy poco sensible, por una fotofobia intensa, y por el desarrollo en la conjuntiva y en la córnea de pustulitas ó flictenillas, cuya rotura lleva consigo la formación de una úlcera superficial ó profunda.

Frecuencia.—Esta afección es una de las más frecuentes de la infancia, porque Mackenzie (2) asegura que de cada 100 casos de oftal-

(1) Fano, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 530.

(2) Mackenzie, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, Paris, 1856, t. I, p. 789.

mías sufridas por los niños, 90 son de esa naturaleza. Y de igual parecer son Wecker y Marjolin. Fano (1) consigna una opinión diametralmente opuesta; pero la contradicción no es más que aparente, y la divergencia resulta de que no viendo aquellos en esta afección como enfermedad primitiva más que una conjuntivitis, Fano la trata en el concepto de queratitis. Lo que prueba, aunque sea dicho de paso, que la escuela anatómica se encuentra tanto más embarazada, cuanto más impelida se ve á hacer sus descripciones por tejidos. Sea cualquiera el asiento primitivo de la enfermedad, importa sobre todo tener una descripción de su conjunto, porque reúne caracteres propios suficientes para constituir una individualidad morbosa bien determinada. Bajo este título, la denominación más general de oftalmía escrofulosa le convendría mucho mejor que la bastante restringida de conjuntivitis flictenosa.

§ I.—Causas.

Causas predisponentes.—Ataca mucho más en la infancia que en cualquier otra edad de la vida. Cuando la tienen los adultos casi siempre es porque ya la han padecido durante la niñez. El tiempo transcurrido entre el destete y los ocho años es, según Mackenzie, la época de la vida donde se manifiesta con mayor frecuencia. Debe notarse que casi todos los sujetos afectados de ella tienen una constitución escrofulosa muy característica. Tal vez haya, sin embargo, exageración en decir que solo invade á los escrofulosos; pero es lo cierto que generalmente coincide con las demás manifestaciones de la escrófula, ó que estas la preceden. Por esta razón es endémica en las grandes ciudades y en los pueblos miserables que se hallan rodeados de todo género de privaciones, y por lo mismo ataca á los niños mal alimentados, sin nodriza ó destetados anticipadamente.

Causas ocasionales.—Las causas predisponentes por sí solas no bastan para desenvolver la enfermedad. Es preciso que haya también la excitación propia de una causa ocasional. Efectivamente, si solo la observamos, rara vez en el Mediodía de Francia, en Italia y en todos los países cálidos (2), no es porque falte la escrófula en dichas regiones, sino porque faltan todas las causas excitantes de la oftalmía escrofulosa, y con particularidad la *exposición al frío*. Y esta sola causa explica porqué la referida enfermedad es tan frecuente en las regiones del Norte. Además de la impresión del frío, conviene señalar como causas de la enfermedad todas aquellas circunstancias que favorezcan el desarrollo de las oftalmías: fiebres eruptivas, ejercicio excesivo de los ojos, introducción en ellos de cuerpos extraños, lesiones traumáticas, etc. La conjuntivitis simple no reconoce otro origen;

(1) Fano, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 533.

(2) Weller, *Krankheiten des Menschlichen Auges*. Wien, 1831.

y en cuanto á la especialidad de la conjuntivitis flictenular, depende del terreno sobre que se desarrolla, de la *constitucion escrofulosa*.

§ II.—Síntomas.

Síntomas objetivos.—La vascularizacion de la conjuntiva tiene algo de característico. Lo que han entendido los autores por conjuntivitis angular no es otra cosa que una conjuntivitis pustulosa sin pústula, y en su estado mas sencillo. Prueba de ello es que la conjuntivitis angular tiene igual distribucion vascular é igual asiento, es decir, toda esa porcion de la membrana bulbosa que se distingue, ya por dentro, ya por fuera de la córnea en la abertura que dejan entre sí los párpados. Además, ambas afecciones atacan muchas veces al mismo individuo, y ambas tambien indican una predisposicion á las inflamaciones profundas que puede hacer temer sobrevenga de un momento á otro cualquier iritis ó congestion de la coróides (1). Tomaremos de Sichel (2) los caracteres de la inyeccion. Esta se halla limitada á un solo plano, muy superficial, y aun á veces suele elevarse por encima del nivel de la conjuntiva. Los vasos cortos y delgados tienen la forma de estrías sencillas, de color rojo pálido; y se reúnen en una plaquita generalmente triangular, situada sobre la conjuntiva bastante próxima al borde córneo, plaquita cuya base está inmediata á dicho borde sin traspasarlo, y que representa el rudimento de la pústula escrofulosa en su grado mas avanzado. La referida inyeccion, compuesta de tan corto número de vasos, que es sencillísimo contarlos, ocupa la parte interna ó externa de la conjuntiva esclerótica, en la direccion del diámetro horizontal del globo. La forma de los pinceles vasculares es unas veces un triángulo irregular, cuya base mira hácia la córnea; otras algo convergente, aproximándose mucho á una especie de paralelismo de los hacecillos vasculares. En un período mas avanzado de la enfermedad, los vasos de la conjuntiva, conservando su misma disposicion paralela ó triangular, ocupan mayor extension sobre el plano de la conjuntiva; son mas largos, mas gruesos, como si estuvieren dilatados, de color rojo bermellon oscuro, mezclado con algunas ramificaciones azuladas, y dirigiéndose casi comunmente en línea recta y sin ondulacion alguna hácia la córnea.

Esta inyeccion puede desaparecer de una manera gradual sin que se complique con otro síntoma diferente. Es, sin embargo, mas fácil ver levantarse en la extremidad mas gruesa de los hacecillos vasculares y muy cerca del borde de la córnea, una pústula dotada de los siguientes caracteres.

Flictenas, pústulas, pápulas.—La forma y naturaleza de los tu-

(1) Denonvilliers y Gosselin, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 449.

(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 55.

morecitos que se desarrollan en la extremidad del pincel vascular no son siempre iguales. Unas veces constituyen vesiculitas transparentes, redondeadas, de color amarillento, y que solo contienen algo de serosidad, la cual puede resolverse de tal modo que desaparezca la flictena sin dejar el menor rastro. Otras veces, la flictena aumenta, toma una coloracion amarilla, y se llena de una materia purulenta, siendo entonces una verdadera pústula cuyo contenido salga al exterior, y en cuyo lugar se establezca una úlcera. Esta segunda variedad puede observarse sobre la conjuntiva bulbosa, pero aun es mas frecuente sobre los mismos bordes de la córnea. El líquido que contiene el tumor puede ser consistente, y entonces reviste los caracteres de una papila dura, que termina por resolucion ó por supuracion.

El número y el asiento de estas erupciones son muy variables. Puede observarse una ó dos pústulas á la vez, y si se resuelven, tambien es posible que sean reemplazadas por otras, de modo que haya muchas ediciones sucesivas. Deval ha demostrado la presencia de diez ó doce flictenillas colocadas alrededor de la córnea. Su sitio predilecto está en los límites de la esclerótica y de la córnea. Cuando tienen su asiento en la córnea, se destruyen rápidamente para dejar tras de sí ulceraciones que tienden á profundizar, y que pueden producir una perforacion, determinando entonces síntomas fisiológicos muy intensos. Si la úlcera llega á la esclerótica, esta última membrana participa de la inflamacion, que será entonces interminable. El menor inconveniente de todas estas pérdidas de sustancia consiste en que resulten nubes de la córnea (*albugo* y *leucoma*), y hay que considerar como satisfactorio no hallar complicaciones graves de parte de las membranas profundas, fenómenos que aparecen por desgracia muy á menudo.

Síntomas fisiológicos y subjetivos.—La fotofobia es uno de los síntomas mas característicos, cuando las pústulas invaden la córnea. Si la enfermedad se halla limitada á la conjuntiva esclerótica, no suele ser frecuente; pero nada hay tampoco seguro acerca de este punto, segun la observacion de Mackenzie. Asombra muchas veces, despues de bien examinado el ojo, no encontrar en él mas que un insignificante enrojecimiento, y ver la córnea trasparente, sin lesiones ú ofreciendo apenas un punto opaco sencillo, con algunos vasos rojos que recorran la conjuntiva.

La irritacion de las extremidades nerviosas del quinto par y la congestion de la retina actúan por reflexion sobre los nervios motores y sobre los que determinan la secrecion de las lágrimas. Así es que, al mismo tiempo que existe un *blefarospasmo* casi invencible en los niños durante el dia, se observa una epifora muy abundante. Cada vez que el enfermo trata de abrir el ojo sale un torrente de lágrimas que enrojecen la piel, intumescen el párpado y determinan en la cara una erupcion pustulosa.

Es preciso considerar que en esta afeccion las secreciones muco-

sas ó purulentas son escasas ó nulas; carácter importante que distingue la conjuntivitis pustulosa de la conjuntivitis catarral y de las oftalmías purulentas.

Sus *complicaciones* mas comunes son las nubes y ulceraciones de la córnea, la blefaritis ciliar, y en los periodos avanzados las inflamaciones de las membranas profundas, iris y coróides.

Varietades.—La enfermedad puede detenerse en una simple *congestion* de la conjuntiva sin pústulas. Y esta es la variedad menos peligrosa.

Cuando se forman flictenas, pueden quedar localizadas en la conjuntiva, terminando por resolución ó ulceracion. Esta *segunda forma* es mas tenaz que la precedente, pero se cura por lo común con mas facilidad.

La *tercera variedad*, caracterizada por una pustulacion de la córnea, ulceraciones profundas y diferentes complicaciones es grave, y casi mereceria una descripcion aparte, sino tuviéramos el empeño de reducir las especies morbosas.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Los caracteres de la conjuntivitis flictenosa son bastante definidos para que sea posible confundirlos con los de otra afeccion cualquiera. La forma de la vascularizacion, la presencia de pústulas, la fotofobia y el espasmo de los párpados y la falta de secrecion mucosopurulenta, la distinguen de las conjuntivitis catarral y purulenta. De modo que no hay mas que una sola enfermedad con quien podríamos equivocarnos: la coroiditis parcial de que hablaremos mas adelante. Hé aquí ahora el cuadro comparativo de ambas enfermedades (1).

Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis flictenosa y de la coroiditis parcial.

| CONJUNTIVITIS FLICTENOSA. | COROIDITIS PARCIAL. |
|--|--|
| Erupcion bajo la forma de flictena ó de pústula circunscrita, amarilla y trasparente, inyeccion fasciforme, vasos rectos. Coloracion normal de la esclerótica. | Tumor mas extenso, mas duro, rojo y alguna vez lívido; muchos vasos, ondulantes, dilatados, matiz azulado de la esclerótica; coloracion roja del tejido subconjuntivo con flegmasia. |

Pronóstico.—Mientras que el pronóstico de las dos formas primeras es favorable, en virtud de que la enfermedad puede extinguirse espontáneamente á los diez ó quince dias, el de la tercera es grave. Hay que temer, por el momento, perforaciones y opacidades de la córnea, sinequias y obliteraciones de la pupila. Mackenzie añade que

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, testo, p. 55.

mas adelante, muchos de los que llegan á ser amauroticos, con el ojo duro y glaucomatoso, han sufrido en su juventud la referida enfermedad.

§ IV.—Tratamiento.

Tratamiento de la forma sencilla.—Mientras que la afeccion está reducida á la conjuntivitis esclerótica, el tratamiento es muy sencillo. Cede en el espacio de siete á diez dias, usando un colirio laudanzado:

2 á 4 gramos de láudano de Sydenham con 30 gramos de agua destilada (Fano).

Deval (1) aconseja que se apliquen revulsivos detrás de las orejas, y á este fin prescribe para los jóvenes invadidos de ella una pomada compuesta segun la fórmula siguiente:

Aceite de crotoniglio. 8 á 10 gotas. | Manteca fresca..... 4 gram.
Pomada de torvisco... 4 gram.

Rechaza de una manera absoluta, como perjudicial, el uso de los colirios astringentes enérgicos, y se contenta con un colirio de bórax, cuya accion es menos irritante.

Bórax..... 25 centígr. | Agua de lechuga..... 30 gram.
Agua destilada..... 60 gram. | — de laurel cerezo. 2 á 4 gram.

Mackenzie recomienda tambien los revulsivos cutáneos y los derivativos intestinales, como calomelanos en corta dosis y purgantes salinos.

El colirio mejor, en su concepto, se compone de

Sublimado corrosivo.... 5 centígr. | Agua. 250 gram.
Clorhidrato de amoniaco. 30 centígr.

A los cuales añade:

Sulfato de atropina.... 10 centígr. | O láudano..... 10 ó 12 gram.

Mezcla una cucharada grande de dicho colirio con otra cantidad igual de agua caliente; y usa el producto tres veces al dia irrigando cuidadosamente los párpados por la parte exterior durante cinco minutos, y dejando despues que penetre una corta cantidad dentro del ojo (2).

Las cauterizaciones de las flictenas con el nitrato de plata, para nada sirven. Cuando son pequeñas y cónicas, deben respetarse las pápulas, y si son voluminosas, ulceradas y atónicas, pueden tocarse

(1) Deval, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, p. 222.

(2) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 808.

con un lápiz de sulfato de cobre; aunque este medio no convenga ponerlo en uso hasta que haya desaparecido todo indicio de irritación inflamatoria y de fotofobia.

Tratamiento de las formas complicadas y crónicas. Precauciones generales.—Hay que colocar al enfermo en una habitación desahogada y poco alumbrada, y resguardarle los ojos de toda luz demasiado intensa por medio de gafas grandes y oscuras, y con pantallas de tela verde ó negra. Convendrá impedirle que se cubra los ojos con compresas grandes y apretadas. Y tratándose de niños, deberá impedírseles que se froten los párpados, que apoyen ambas manos sobre el globo del ojo, como tienen la mala costumbre de hacer, y que oculten la cabeza debajo de las almohadas ó de las mantas. El ejercicio moderado de la visión y los paseos al aire libre, cuando hace buen tiempo, favorecen la curación, mucho más que una permanencia en aposentos reducidos y desaseados.

Todas estas precauciones son todavía insuficientes contra la oftalmía escrofulosa inveterada, porque está unida á la misma constitución del individuo, sino se ataca directamente la escrófula (1), como enfermedad general. Los ioduros, los ferruginosos, la quina, el bario, etc., y una alimentación sustanciosa, aunque de ningún modo excitante, prestarán gran ayuda á la medicación tópica, sobre la cual deberemos insistir.

Tópicos.—Los tópicos estimulantes se hallan completamente contraindicados en la oftalmía flictenosa. Cuando está en el período agudo, la marcha del médico habrá de ser muy distinta de la que se le recomienda para las conjuntivitis catarrales y purulentas. Hay entonces que mirar los tópicos, no como medios de curación independientes, sino como auxiliares muy sencillos, y subordinan su uso al de los derivados intestinales y al de los antiescrofulosos, que deben precederlos ó acompañarlos (2).

Los tópicos constituyen dos clases, según que se les aplica sobre un punto lejano de los tejidos enfermos ó que se les coloca encima de ellos de una manera directa.

1.º Los *tópicos revulsivos* consisten en vejigatorios á la nuca, sobre las sienas y detrás de las orejas; son preferibles á las fricciones con pomada estibiada, que produce siempre una reacción dolorosa, y dejan por lo tanto cicatrices poco agradables. El aceite de croton, debilitado con una parte igual á la suya de aceite de almendras dulces, bajo la dosis de 10 á 15 gotas y aplicado en idénticos sitios, tiene muchos menos inconvenientes. Para que dichos revulsivos sean verdaderamente útiles, deben observar las condiciones inmediatas (3).

1.º Producir una irritación pasajera y que no sea bastante intensa para promover reacciones turbulentas; 2.º, no dar lugar á una secre-

(1) Véase el artículo ESCRÓFULA, t. I, pág. 378.

(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, testo, p. 90.

(3) Sichel, *loc. cit.*, p. 87.

ción purulenta demasiado abundante, mas prolongada de lo necesario y que debilite la economía. Es necesario desechar por completo los sedales y las fuentes del brazo y de la nuca.

La unción de los párpados y de las cejas con tintura de iodo, renovada una ó dos veces durante el día, según la sensibilidad de los enfermos, ha sido recomendada por Furnival (1) y tenida como método susceptible de calmar la fotofobia por Testelin y Warlomont.

La cauterización de la superficie externa de los párpados, previamente mojados (2) con nitrato de plata, llena el mismo objeto.

Serre, de Uzès (3), dice que unas unturas de aceite de enebro en la frente, las sienas, las mejillas y la superficie externa de los párpados, pueden actuar sobre el ojo y determinar una cura que se activa introduciendo una gota de dicho aceite entre los párpados.

Cuando hay fotofobia, por consecuencia de iritis y de úlceras en la córnea, conviene mucho friccionar el contorno de la órbita con pomada de belladona mercurial, á fin de obtener el doble resultado de actuar sobre toda la economía, y localmente de calmar la fotofobia y prevenir las dislocaciones del iris.

Dicha pomada se compondrá de

Extracto de belladona..... 1 parte. | Ungüento mercurial..... 3 partes.

Sichel recurre muchas veces á una pomada con proto-ioduro de mercurio:

Proto-ioduro de mercurio. 50 centígr. | Manteca 15 gram.

Para untar la frente, las sienas y los pómulos.

2.º *Tópicos directamente aplicados sobre las superficies enfermas.*

Colirio con bórax,

Agua destilada..... 100 gram. | Sub-borato de sosa. 0 gr,50 á 1 gram.

Colirio con sublimado

Bicloruro de mercurio. 5 á 10 centígr. | Mucílago de membrillo. 5 á 10 gram.
Láudano..... 6 á 10 gotas.

Colirio con sulfato de cobre.

Agua destilada..... 100 gram. | Láudano..... 6 á 30 gotas.
Sulfato de cobre..... 10 á 30 centígr.

Estos colirios, tomado de la práctica de Sichel, se emplean en fomentaciones sobre los párpados por medio de una compresa de tela fina, y en instilaciones sobre el ángulo externo.

(1) Furnival, *The Lancet*, 10 Diciembre, 1842.

(2) Hays, edición americana de Lawrence, p. 324.

(3) Serre (d'Uzès), *Annales d'oculistique*, t. XV, p. 177.