

La *marcha* de los abscesos es aguda ó crónica. Terminan por resolución ó por evacuación de su contenido hácia fuera, cuando son superficiales. Los profundos desaguan en la cámara anterior, y vienen á ser causa de iritis aguda. Los abscesos, cuyo contenido queda en medio del tejido córneo, sufren diferentes trasformaciones pultáceas, constituyendo entonces manchas indelebiles. Estas pueden igualmente resultar de la cicatrización de las paredes de la cavidad del absceso, por intermedio de un tejido inodular denso y opaco. El *pronóstico* de los abscesos de la córnea siempre es grave.

Diagnóstico.—La situación del absceso en medio de la córnea y la dificultad que se experimenta para hacer que cambie de lugar, han ayudado á distinguirle del hipopion ó colección purulenta de la cámara anterior, mudable en las diferentes posiciones que puede tomar la cabeza del enfermo. El alumbrado oblicuo suministra indicaciones bastante ciertas acerca del diagnóstico.

3.º ÚLCERAS DE LA CÓRNEA Y FÍSTULAS.

Las úlceras y las fístulas de la córnea siguen generalmente á sus abscesos; no obstante, también se pueden establecer de una manera primitiva, por la destrucción insensible de las células epitelicas que revisten la cara exterior de la córnea. El trabajo ulcerativo viene siempre tras de una inflamación aguda y crónica, llegando á ser persistente y hasta profundo en los niños caquéticos y las personas extenuadas por consecuencia de males duraderos. En 1832, Mackenzie observó muchas veces úlceras con motivo del cólera de aquella época (1), y creyó que eran producidas por una especie de inanición análoga á la que determinaba Magendie (2) sobre perros alimentados con azúcar y agua destilada.

Division.—Se ha multiplicado á discreción de los autores el número de las variedades de ulceración de la córnea. Velpeau describe seis, recordando los singulares nombres que las aplicaban los antiguos. Pueden dividirse en agudas y crónicas, superficiales y profundas. Las agudas y las profundas se caracterizan siempre por dolores fuertes, fotofobia y lagrimeo; en cuanto á las crónicas y superficiales, sin ser indolentes de una manera absoluta, hacen sufrir á los enfermos dolores mucho más tolerables. Como resultado de las inflamaciones agudas de la conjuntiva, se ve que el epitelio de la cara anterior de la córnea desaparece bruscamente de algunos puntos, dejando en su lugar unas ulceritas de superficie transparente. A la simple vista es muy difícil reconocerlas; pero el espejismo particular de la superficie de la córnea y el alumbrado oblicuo permiten luego descubrirlas y apreciar su superficie y su configuración. Laugier, que

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 144.

(2) Magendie, *Mémoire sur les substances qui ne contiennent pas d'azote*. Paris, 1816.

ha descrito perfectamente esta variedad de úlceras, las llama *úlceras con facetas*.

Las conjuntivitis flictenosas y vesiculares terminan generalmente por una ulceración de la córnea. Las úlceras que tienen entonces forma redondeada, bordes salientes por encima de la córnea y fondo cubierto de una materia agrisada, reciben el nombre de *úlceras cupuliformes*. Estas úlceras, y las que suceden á la abertura de un onice, tienen gran tendencia á ganar en profundidad. Magendie describe una *úlceras surcada*, que circula alrededor de la córnea, ganando en extensión al mismo tiempo que en profundidad, lo cual viene generalmente después de una oftalmía con quimosis flemonosa, y es el resultado de una especie de estrangulación de los vasos nutritivos de la córnea. Velpeau (1) llama *úlceras de araña* á una ulceración, situada generalmente cerca de la esclerótica, que careciendo de toda tendencia á ensancharse, hace casi todos sus progresos en el sentido de la profundidad. Esta, dice dicho autor, es una de las úlceras más animadas y dolorosas que conocemos.

Las úlceras superficiales desaparecen con la enfermedad que las originan. Su fondo se presenta cubierto de un epitelio opaco en el principio, pero susceptible de llegar á ser luego transparente. Algunas veces la úlcera tiende á ganar en profundidad y á perforar la córnea de uno á otro lado; su marcha invasora se detiene durante algún tiempo por la membrana de Descemet; esta no puede soportar el empuje de la tensión interior, disponiéndose á salir entre los pliegues de la úlcera, y entonces resulta lo que los autores designan con el nombre de *queratocele*. Cuando la ulceración ha vencido ya á la membrana de Descemet, el humor acuoso se derrama por la parte exterior, y llega el iris á comprometerse en la fístula, con la cual contrae diferentes adherencias. Por poco que se extiendan estas úlceras profundas, nunca curan sin dejar como rastro un tejido inodular muy opaco. Si las adherencias que lo comunican con la córnea son escasas, el iris recobra su posición ordinaria; pero si se halla muy comprometido entre el tejido de la córnea, forma un solo cuerpo con la cicatrización, y su procedencia queda permanente (*Estafiloma del iris*).

El *pronóstico* se halla en relación con la profundidad de la úlcera y las complicaciones que determine. La prociencia del iris, y el contacto de la cápsula del cristalino con la superficie exterior de la córnea, son muy temibles, especialmente á causa de la deformidad, y aun de la obliteración del campo pupilar, y de la producción de una catarata capsular.

(1) Velpeau, *Maladies des yeux*, p. 242.

4.º MANCHAS DE LA CÓRNEA.

Las manchas de la córnea siguen á los abscesos y á las fistulas. Y fuera de estas dos circunstancias patológicas, todavía se pueden producir por el derrame de la linfa plástica entre los elementos de la córnea, ó si se quiere mejor, por hiperplasia celular, multiplicación de núcleos y degeneración grasa. Unas se hallan constituidas por cierto tejido de cicatriz idéntico al de las demás partes del organismo; otras proceden de un conjunto grueso de depósitos de pigmentum, sales calizas, cristales de colessterina, sustancias extrañas y cuerpos metálicos, tales como las combinaciones de plomo y plata empleadas en forma de medicamentos. La invasión incompleta de la córnea da muchas veces por resultado una alteración de la transparencia y la opacidad del cristalino.

Fundándose los autores en la situación de la mancha y en el grado de opacidad que determina, han admitido tres variedades de manchas córneas: el *nefelion*, situado en la superficie, y que aun permite el paso de los rayos luminosos; el *albugo*, que interesa las laminillas interiores, y que impide la vision; y últimamente, el *leucoma*, que invade todo el espesor de la córnea, y detiene por completo los rayos luminosos.

Cuando las manchas existen en la periferia, dejando libre el campo papilar, no ofrecen mayores inconvenientes. En el caso contrario, determinan la pérdida de la vista, y si esta puede efectuarse por ciertos sitios todavía transparentes, hay diplopia que no puede desaparecer sino por una desviación del globo ocular. El estrabismo, intermitente y pasajero al principio, se llega á estacionar. Ciertos enfermos, afectados de manchas superficiales, transparentes aun, se ven en la precision de aproximar mucho á sus ojos los objetos, para percibirlos bien, haciendo esfuerzos de acomodación que dan por resultado la prolongación del diámetro posterior del ojo, y en su consecuencia la *miopia*.

Lo primero que importa averiguar es la naturaleza de la mancha. ¿Resultará esta de un tejido de cicatrices, ó procederá de una hiperplasia inflamatoria y curable por consiguiente? Hé aquí cómo resume Wecker (1) los caracteres que permiten distinguir una mancha permanente de otra transitoria y curable:

»1.º La opacidad permanente tiene una coloración mas uniforme, refleja mejor la luz, se presta menos á la difusión de los rayos, y se halla mas circunscrita y caracterizada que la opacidad inflamatoria.

»2.º La opacidad permanente siempre presenta sobre la córnea una capa epitelica lisa; mientras que la opacidad inflamatoria recu-

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 319.

bre generalmente dicha córnea de una capa epitelica desigual, como picada por alfileres, y parecida á un cristal deslustrado.

»3.º Cuando se examina el contorno de una córnea afectada de opacidad permanente, no aparece inyección alguna periquerática, á menos que existan ciertas complicaciones. Esto puede presentarse tambien excepcionalmente en el caso de una opacidad de causa inflamatoria; pero si se tiene el cuidado de examinar al enfermo, despues que ha tenido cerrados sus párpados durante el sueño, por ejemplo, la inyección periquerática se observa siempre, y con especialidad cerca de la opacidad.»

El alumbrado oblicuo permite reconocer las opacidades debidas á pajas metálicas por el espejismo de sus superficies.

El pronóstico se deriva de los datos que produce el diagnóstico. Las manchas recientes é inflamatorias se curan entre ciertos límites; mientras que otras constituyen enfermedades muy difíciles de remediar.

5.º GANGRENA, REBLANDECIMIENTO DE LA CÓRNEA Y ESTAFILOMAS.

La mortificación del tejido de la córnea no es tan frecuente como su reblandecimiento. Velpeau (1) lo refiere á tres orígenes: 1.º, á un exceso de inflamación; 2.º, á una disolución orgánica por supresión del influjo nervioso, y 3.º, á una suspensión de la circulación. Cualquiera que sea su origen, la gangrena de la córnea siempre es una afección grave, no solo porque compromete la vision, sino porque generalmente representa el síntoma de una lesión profunda de la economía. Entre trece casos de gangrena referidos por Hubsch (2), ocho habian aparecido en tísicos, dos en escorbúticos, dos en personas atacadas de disenteria rebelde y uno en un individuo afectado de fiebres palúdicas.

El reblandecimiento de la córnea se observa en igualdad de circunstancias que la gangrena, solo que sus causas determinantes tienen una densidad mucho menor. Es parcial ó general, aunque limitado á las partes que rodean el absceso ó la úlcera de la córnea, puede tambien ocupar toda la córnea en caso de queratitis intersticial parenquimatosa aguda, por consecuencia de un quemosis inflamatorio, y de una enfermedad febril de larga duracion. El reblandecimiento de la córnea, que se extiende por todo su espesor, determina grandes deformidades de la membrana referida. Cuando no hay irritación de las membranas internas, y en lugar de hallarse excedente el humor acuoso, disminuye en cantidad, la córnea se hunde y aplasta, como Mirault, de Angers (3), demostró con un ejemplo. General-

(1) Velpeau, *loc. cit.*, p. 233.

(2) Deval, *loc. cit.*, p. 354.

(3) Mirault (d'Angers), *Lettre sur l'inflammation chronique de la cornée* (*Arch. gén. de médecine*, 2.ª série, t. IV, p. 553).

mente, la córnea ablandada de este modo, se eleva por delante, produciendo una deformidad conocida con el nombre de *estafiloma*.

Se conocen dos variedades de *estafilomas*; el *estafiloma pelúcido cónico* ó *globuloso*, y el *estafiloma cicatrizal, opaco, parcial* ó *general*.

El *estafiloma pelúcido cónico* es una enfermedad rara, acerca de cuya patogenia no están conformes los autores. ¿Depende de un reblandecimiento inflamatorio, ó de una hidropesía de las cámaras del ojo? ¿Hay en él adelgazamiento ó hipertrofia de las láminas de la córnea? ¿Tiene esta por todas partes una trasparencia perfecta? ¿Es constante la opacidad del vértice del cono, como pretende Sichel (1)? Sea lo que quiera de todas esas cuestiones, planteadas, pero no resueltas, la afección referida se desarrolla de un modo insidioso, atacando ambos ojos, con preferencia á uno solo. Entre 48 casos, Walker (2) cuenta 34 donde el *estafiloma pelúcido* era doble. La miopía y el aspecto reluciente de la superficie de la córnea son sus principales caracteres.

El *estafiloma pelúcido globuloso* se desarrolla casi exclusivamente por consecuencia de una queratitis. Algunas veces es diáfano por completo; otras veces se representa en la córnea por opacidades que el alumbrado oblicuo permite distinguir muy fácilmente. La vista se halla siempre muy comprometida.

Los *estafilomas opacos parciales y generales* se hallan constituidos esencialmente por una prominencia de la córnea, en cuya composición entra el tejido de cicatrices, la sustancia propia de la córnea y las adherencias del iris. El *estafiloma* puede ser únicamente de cicatrices, en cuyo caso solo se halla constituido por dicho tejido, y por la porción del iris que forma la hernia; pero cuando á consecuencia de la hipersecreción del humor acuoso, la fuerza resistente del tejido córneo que rodea á la cicatriz es menor que la presión interna, la córnea misma participa del ataque anterior... La configuración de los *estafilomas opacos* es muy diversa: ya se ve reducida á un cono pequeño, situado en el centro, ó en la circunferencia de la córnea; ya se presenta abollada de una manera irregular, comunicando al *estafiloma* el nombre de *ramoso*. La prominencia en ciertos casos, no es más que una ligera saliente, que apenas incomoda para el movimiento de los párpados; pero también suele ser fácil observar un tumor voluminoso que haciendo considerable salida entre los párpados impide que se cierren. En tal caso, el iris se desgarrará, no dejando más que los colgajos hacia la cara interna del *estafiloma*. La coloración es agrisada, gris azulada y á veces completamente azul cuando el iris se halla herniado en totalidad.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texte, p. 403 pl. XXXII, fig. 3, 4, 5, 6; pl. XXXIII, fig. 1, 2.

(2) Deval, *loc. cit.*, p. 339.

En los *estafilomas parciales* situados fuera del campo pupilar, aunque más corta y confusa, todavía es posible la visión.

El *estafiloma total*, no solo es causa de que se pierda la vista absolutamente, sino que ocasiona dolores ciliares intensísimos, contra los cuales es preciso la intervención quirúrgica. Solo en los casos excepcionales, y en los *estafilomas parciales* es cuando hay que esperar que mejore la vista por el hundimiento del iris hacia atrás. Porque es muy raro observar que se aplique el iris sobre la membrana de Descemet, y que se reunan ambas membranas del mismo modo que se verifica entre la pleura costal y pulmonal (1).

§ VI.—Tratamiento de las queratitis y de sus consecuencias.

1.º *Tratamiento de la queratitis superficial*.—Esta variedad de queratitis no reclama generalmente otro tratamiento que el de la conjuntivitis, de quien es una especie de complicación. Cuando esta desaparece bajo el influjo del tratamiento enérgico que indicamos en el capítulo de las CONJUNTIVITIS SIMPLES Y PURULENTAS, no tarda en resolverse la inflamación de la córnea. Pero no ocurre lo mismo cuando la queratitis se subordina á un estado constitucional, á la diátesis escrofulosa. La gran tendencia que tiene á reproducirse, á ganar en profundidad y á terminar por ulceraciones múltiples, consecutiva de las pústulas expresadas, reclama de parte del médico una intervención activa y muy prolongada.

El tratamiento general, que tiene una importancia de primer orden, consiste en prescribir al interior aceite de hígado de bacalao, y ioduro potásico ó cloruro bórico bajo la forma siguiente, según Sichel aconseja:

R. Agua destilada.... 15 gram.. | Cloruro de bario..... 2 gram.

Disuélvase. Para tomar tres á ocho gotas, tres veces por día, con dos ó tres cucharadas de agua gomosa y azucarada (2).

Los tópicos locales nunca deben ser muy enérgicos. Puede emplearse una solución ligera de nitrato de plata, cuando no haya ulceración todavía, ó mejor colirios con bórax, sulfato de zinc ó sulfato de cobre. El bórax se puede prescribir en la dosis de 50 centigramos á 1 gramo por 100 gramos de agua destilada, y los sulfatos de zinc ó de cobre á la dosis de 10 á 15 centigramos por 40 gramos de agua destilada.

Cuando el dolor es intenso y la queratitis tiende á progresar, los calomelanos, administrados interiormente, bajo la dosis de 20 á 30 centigramos divididos en ocho ó diez papeles, durante el día, establecerán una división útil muchas veces.

(1) Wharton-Jones, *Traité pratique des maladies des yeux*, traduction et notes por Foucher, p. 292.

(2) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texte, p. 89.

Las fricciones mercuriales con belladona tendrán siempre el mejor éxito para calmar los dolores ciliares y dilatar la pupila.

Para combatir la fotofobia, Deval (1) preconiza los fomentos tres ó cuatro veces al día, con una solución de cianuro de mercurio, que formula de este modo:

R. Cianuro mercurico... 25 miligr. | Agua destilada de laurel ce-
Agua destilada..... 60 gram. | rezo..... 2 gram.

Si á la fotofobia se uniera al blefarospasmo, podríamos servirnos, siguiendo el ejemplo de Demours, de unos fomentos opiados, sobre los velos palpebrales. Mackenzie aconseja, en las mismas circunstancias, que se expongan los ojos al vapor del láudano mezclado con agua.

Quadri (2) ha visto á de Graefe introducir la cabeza de un niño atacado de blefarospasmo en agua fria, y recomendar á la madre que reitera en su casa este tratamiento, y en concepto del profesor de Berlín, produce rápidos y maravillosos efectos.

Quando la queratitis superficial ha pasado al estado crónico, conviene mucho emplear pomadas de precipitado rojo, comenzando por dosis ligeras.

R. Precipitado rojo..... 5 centig. | Alcanfor..... 10 á 15 centig.
Manteca..... 4 gram. | O láudano..... 5 centig.

Todos los días se introduce un poco de dicha pomada entre los párpados, y al día siguiente el enfermo se lava los ojos con agua tibia (3).

Entonces es cuando conviene usar los revulsivos cutáneos, la tintura de iodo en unturas alrededor de los párpados, las fricciones con aceite de crotontiglio y los vejigatorios. (V. para mas detalles: CONJUNTIVITIS FLICTENOSA, p. 892.)

La *queratitis vesiculosa* no reclama otro tratamiento que abrir las vesículas, ó introducir en el ojo el polvo de calomelanos, colocando en seguida al enfermo fuera del contacto de la luz (4).

El régimen deberá ser severísimo en los periodos agudos, reconstituyendo sin producir excitacion cuando se trate de formar crónicas.

2.º *Tratamiento de la queratitis parenquimatosa aguda.*—Debe siempre subordinarse al estado de la constitucion, y á la naturaleza de la causa que produjo la enfermedad. Quando la queratitis procede de una conjuntivitis purulenta, la medicacion se debe dirigir primero contra esta enfermedad, y cuando sobreviene á consecuencia de una enfermedad aguda y duradera, habrá de ser el tratamiento menos

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 279.

(2) Quadri, *Relation d'un voyage scientifique (Annales d'oculistique, Bruxelles, 1857, t. XXXVII, p. 223).*

(3) Deval, *loc. cit.*, p. 280.

(4) Wecker, *loc. cit.*, p. 287.

enérgico que si se declarase aquella en curso de buena salud. Dado el primer caso, los revulsivos de las sienas y de la nuca, y las unturas de mercurio y belladona serán de grandísima utilidad, así como la aplicacion de compresas de agua caliente á la temperatura de 35 ó 40 grados, como de Graefe recomienda. Quando la queratitis parenquimatosa es primitiva, y el enfermo se halla dotado de una buena constitucion, convendrá hacer una ó dos emisiones sanguíneas de 300 á 400 gramos y aplicar sanguijuelas al ángulo interno del ojo ó de las sienas. En cuanto se vea ya establecida la supuracion, convendrá abstenerse de continuar las evacuaciones sanguíneas.

Al mismo tiempo se hacen fricciones mercuriales con belladona sobre los párpados y la región superciliar. Los purgantes enérgicos están perfectamente indicados. Las sales de sosa y de magnesia deberán administrarse todas las mañanas, muchos días seguidos, durante el período inflamatorio agudo.

Emilio Martin (1) recurrió en tales circunstancias á las píldoras de Andersont y de Morisson, ó á las siguientes fórmulas por él mismo:

R. Calomelanos..... 60 centig. | Extracto de beleño..... 20 gram.
Sulfato de quinina... 80 centig. | Jarabe simple..... C. S.
Extracto de digital... 50 centig. |

Háganse 30 píldoras, para tomar cuatro ó seis durante el día.

Tambien conviene instilar en el ojo algunas gotas del siguiente colirio contra la fotofobia intensa que acompaña á esta forma de queratitis:

R. Cianuro de mercurio.. 1 centig. | Agua destilada..... 30 gram.
Agua de laurel cerezo.. 2 gram. |

O efectuar las fricciones de la siguiente fórmula:

R. Veratrina..... 10 centig. | Manteca..... 15 gram.
Cloroformo..... 4 gram. |

Mézclese.

Queratitis parenquimatosa crónica.—Hay que desechar los antiflogísticos enérgicos; y se ordenarán, por el contrario, revulsivos intestinales, unturas mercuriales con belladona, vejigatorios á la nuca y fricciones con tintura de iodo. Generalmente convendrá abstenerse de todo género de tópicos locales demasiado enérgicos, con objeto de evitar una sobreexcitacion inflamatoria intensa. Las insuflaciones de calomelanos y las pomadas de bióxido de mercurio, en dosis cortas, así como la aplicacion de compresas calientes, podrán acelerar la curacion.

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique des maladies del yeux*, Paris, 1863, página 140.

El régimen, que deberá ser muy severo tratándose de la forma aguda, será en la crónica mas sustancial y proporcionado á los grados de debilidad del sugeto. El aceite de hígado de bacalao, el ioduro de potasio y la quina, administrados interiormente, aumentarán las fuerzas del enfermo y favorecerán la resolución de la enfermedad.

Queratitis posterior.—Para combatir el estado agudo, pueden emplearse sangrías, mercurio y belladona, y revulsivos intestinales, de la misma suerte que en la queratitis aguda parenquimatosa. Mackenzie (1) aconseja usar contra la forma crónica, que es la mas frecuente, sulfato de quinina mezclado con una corta cantidad de calomelanos, y administrar la mezcla durante todo el dia en dosis diferentes, hasta que comiencen á afectarse las encías. Tambien propone que se hagan unas aplicaciones de vino de opio y que se exponga el ojo por algunos minutos al vapor del ácido hidrociánico, cuya acción ayuda á desembarazar la córnea de los depósitos opacos que se producen en ella.

Wharton-Jones (2) proscribete toda clase de lociones y pomadas excitantes y administra la trementina en la dosis de 2 gramos tres veces durante el dia, con leche ó con aceite de hígado de bacalao.

Guépin (3) efectúa en la superficie anterior de la córnea, y tan lejos como sea posible de la pupila, unas cauterizaciones muy pequeñas en lápices afilados de nitrato de plata, resultando de este modo ulceritas que, segun él, ejercen derivaciones saludables sobre las manchas profundas de la córnea.

Wardrop (4) prefiere evacuar el humor acuoso cuando hay distension de la cámara anterior, y de ello alcanza notables ventajas.

Desgraciadamente tenemos que confesar que las manchas pigmentarias se hacen siempre indelebiles.

TRATAMIENTO ESPECIAL PARA CADA UNA DE LAS COMPLICACIONES Ó CONSECUENCIAS DE LA QUERATITIS.

1.º *Pannus.*—La curacion de las granulaciones de la conjuntiva, de una blefaritis ciliar y el enderezamiento de los párpados afectados de *entropion* y de *triquiasis*, bastan muchas veces para hacer que desaparezca la vascularizacion de la córnea. Mientras quede todavía alguna inflamacion de dicha membrana, puede esperarse la atrofia de los vasos y la resolución completa de los tejidos flogosados. Pero aunque este resultado suele verse muchas veces y contra todo géne-

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. II, p. 57.

(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 221.

(3) Guépin, *Des cauterés pratiqués à la cornée dans le traitement des inflammations, avec opacité de la membrane de l'humeur aqueuse* (Ann. d'oculistique, t. XXXII, página 251).

(4) Wardrop, *On the effects of evacuating the aqueous Humor in inflammation of the Eyes* (Medico-chirurgicale Transactions, 1813, t. IV, p. 142).

ro de probabilidades, por consecuencia de las conjuntivitis purulentas, no sucede siempre de igual modo. El *pannus sarcomatoso* y el *pannus craso* resisten generalmente á todo tratamiento, por mas enérgico que sea.

Medios medicinales.—Cuando las medicaciones internas y los revulsivos cutáneos usados contra la queratitis crónica carezcan de eficacia contra el pannus, será preciso atacarlos directamente con tópicos locales. A este fin, se instilan entre los párpados algunas gotas de cualquiera de los siguientes colirios:

Sulfato de zinc..... 20 centíg. | Agua destilada..... 30 gram.

Sulfato de cobre..... 50 centíg. | Extracto de belladona..... 1 gram.

Agua destilada..... 30 gram. | Láudano de Sydenham... 4 gram.

Empleando el tanino, segun la fórmula de Hairion (p. 930), ó incorporándole con glicerina, como prefiere Foucher, se alcanza bastante éxito.

Tanino..... 1 á 4 gram. | Glicerina..... 30 gram.

Follin (1), que ha preconizado últimamente el percloruro de hierro, aconseja se introduzca cada tres ó cuatro dias en el ojo, segun lo tolere el enfermo, una gota de la solución de percloruro de hierro á 30 grados. La acción del medicamento expresado se deja sentir al cabo de la segunda ó tercera instilacion.

Los alemanes usan mucho el colirio de Conradi.

Igualmente pueden emplearse la sal común, el láudano puro ó mezclado con cierta cantidad de agua, y los colirios de cloruro mercurico; pero por regla general, siempre que haya ulceracion en la córnea, tendremos que prescindir del uso de las sales de plomo ó de plata que dejan manchas en la referida membrana.

Los *polvos* han gozado de gran reputacion en el tratamiento del *pannus*. Entre todos ellos, pueden preferirse los de las fórmulas siguientes:

1.º Azúcar refinada..... } partes iguales.
Oxido de zinc..... }

Mézclese y tritúrese.

2.º Oxido rojo de mercurio.. 60 centíg. | Azúcar refinada..... 4 gramos.

Mézclese y tritúrese.

3.º Calomelanos..... } partes iguales (2).
Azúcar refinada..... }

(1) Follin, *De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la kératite panniforme* (Archives générales de médecine, Abril 1856, 5.ª série, t. VII, p. 424).

(2) Wharton-Jones, *loc. cit.*, p. 82.