

- RADOS — Szemeszet, n.º 3 — 4, 1910.
ROCHON-DUVIGNEAD eDUCAMP — La Clin. Opht., pg. 469, 1913 e Soc. d'Opht. de Paris, Julho, 1913.
RSCHANITZIN — Westnik Ophtalmologie, T. 26, n.º 4, Abril, 1909.
RSCHANITZIN — Klin. Monatsbl. f. Augen., T. 46, pg. 433, 1908.
RUBBRECHT — Arch. d'Opht., pg. 174, 1922, e Soc. Belge d'Opht., Dez., 1921.
RUBBRECHT — Klin. Monatsbl. f. Augen., Vol. 45, t. I, pg. 34, 1907.
SALA — Bol. d'Oculistica, T. 10, Agosto, 1931.
SCHIECK — Bericht d. Deutschen Opht. Gesellschaft, 1928.
SCHMIDT, RIMPLER — Augenheilkunde und Ophtalmoscopie, pg. 486, 1889.
SCHIRMER — Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Stuttgart, Set., 1906.
SCHLODTMANN — Zeitschrift f. Aug., t. 85, pg. 82, 1935.
SCHUTZ — Arch. of Opht., pg. 368, 1911.
SEEFELDER — Klin. Monatsbl. f. Aug., Vol. 44, pg. 61, 1906.
SEEFELDER — Klin. Monatsbl. f. Aug., Vol. 45, pg. 475, 1907.
SEEFELDER — Klin. Monatsbl. f. Aug., Vol. 45, pg. 573, 1907.
SEEFELDER — Klin. Monatsbl. f. Aug., Vol. 48, pg. 321, 1910.
STELLA — Bol. d'Oculistica, pg. 699, Agosto, 1924.
STOCK — Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Stuttgart, Set. 1906.
TERRIEN — Arch. d'Opht., pg. 12, 1900.
TERRIEN — Arch. d'Opht. de Paris, pg. 146, 1921.
TERRIEN e RENARD — Soc. d'Opht. de Paris, 12 Jan., 1931.
THAMM — Klin. Monatsbl. f. Aug., Vol. 87, pg. 44, 1931.
THOMAS — Royal Soc. of Med., secção de Opht., Londres, 12 Dez., 1924.
TRANTAS — La Grecia Med., pg. 33, 1925.
TRANTAS — La Clin. Opht., pg. 621, 1925 e Gaz. Med. d'Orient., pg. 233, 1912.
TRUMPY — Dissertation, Zurich, 1881.
UHTHOFF — Klin. Monatsbl. f. Aug., Vol., 68, pg. 289, 1922.
UICKER — Dissertation, Friburg, 1906.
VAN DUYSE — Arch. d'Opht., pg. 657, 1910.
VAVOULIN — Westnik Ophtalmologie, Noc., pg. 830, 1914 e Arch. d'Opht., pg. 125, 1916.
VOGEL, ANANG — Diss., Tubingen, 1910.
VOGT — Leherbuch und Atlas der Spaltlampen mikroskopie des lebenden Auge., pg. 65, 1930, Berlim.
WISCHUJAKOW — Westnik Ophtalmologie, pg. 420, 1909.
ZENTMAYER — The Annals of Opht., pg. 90, 1911. Ref. in Amer. J. of Opht., pg. 87, 1937.
ZOLDAU — Soc. Oft. Ital., pg. 513, 1936. Ref. in Arch. d'Opht., pg. 451, 1938.

Considerações sobre miíases oculares (*)

J. PEREIRA GOMES — São Paulo

Em ligeiro, mas interessante trabalho apresentado à Sociedade Francesa de Oftalmologia, VILLARD, de Montpellier, fez, em 1939, considerações sobre a agonia e a morte de algumas moléstias oculares, moléstias essas outrora frequentes, mas hoje raramente observadas nos nossos

(*) Conferencia realizada na Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, aos 14 de junho de 1940.

serviços particulares e hospitalares. O fato é de observação geral; todos nós, os médicos mais velhos, o sentimos, e a lista de afecções e moléstias que participam dessa agonia, não só dos olhos como de outra natureza, poderia ser facilmente aumentada.

Não há dúvida de que a mais plausível explicação do fenômeno reside no progresso incessante dos nossos conhecimentos médicos, nas melhores condições da vida contemporânea, na ação mais eficiente dos nossos meios de combate médico-cirúrgico e, sobretudo, no surto extraordinário da higiene, concorrendo, pelos seus agentes profiláticos, para o desaparecimento de numerosas entidades nosológicas.

VILLARD chama a atenção para a pouca frequência, com que deparamos nos nossos serviços, das seguintes afecções oculares: a oftalmia purulenta dos recém-nascidos, a oftalmia blenorragica do adulto, a fístula lacrimal, a irite sifilítica, sobretudo a que se apresenta acompanhada de gomas da iris, a coroidite sifilítica pura, a atrofia tâbida das papilas, a oftalmia escrofulosa grave e, por fim, a ftiíase pálpbro-ciliar.

Neste número, podem ser, felizmente, incluídas as miíases oculares, tanto a miíase cutânea, mais frequente e conhecida, como as miíases cavitárias, muito mais raras, mas, por outro lado, muito mais graves.

Essas miíases são a consequência forçada da quantidade incalculável de dípteros que há em certas regiões, especialmente nas zonas tropicais.

Sob êsse ponto-de-vista, estamos, no Brasil, mesmo nos sertões mais longínquos, em melhores condições do que na Índia, onde a arraigada superstição impede que se matem os animais, mesmo os infimos da escala Zoológica, com exceção única da cabra, que é a vítima constante nas cerimônias religiosas.

ELLIOT, no magnífico livro *Oftalmologia Tropical*, diz que o zumbido do mosquito é fato tão frequente na Índia que só pode ser comparado o ruído das turbinas dum transatlântico.

E' de EDMUNDO NAVARRO DE ANDRADE, no livro *À volta do mundo*, a seguinte e interessante passagem:

“Alem dos indús, também os jains não matam animal nenhum e isso dá como resultado haver uma bicharada desenfreada na Índia ardentíssima, a começar pelos mosquito. A propósito, contaram-me uma história, que eu levei à conta de *blague*, mas em que passei a acreditar piamente, depois que conheci a força dêsse povo.

“Os percevejos são animais que se encontram com extraordinária frequência em toda a Índia, e os indús ricos, embora não os queiram matar, não deixam de ser por êles perseguidos, chupados e atormentados. Para melhor conciliar os preceitos religiosos com as comodidades do corpo, alugam, a um tanto por dia, uns desgraçados que, durante algumas horas, vão dormir nas suas camas, de modo a alimentar convenientemen-

te os galantes insetos e fazer que deixem, assim, de incomodar os seus donos.

“Mostrei ao narrador que mais simples seria limpar as camas, tirando-lhes os percevejos, ao que o homem me retrucou que isso equivaleria a matá-los privando-os dos meios de subsistência”.

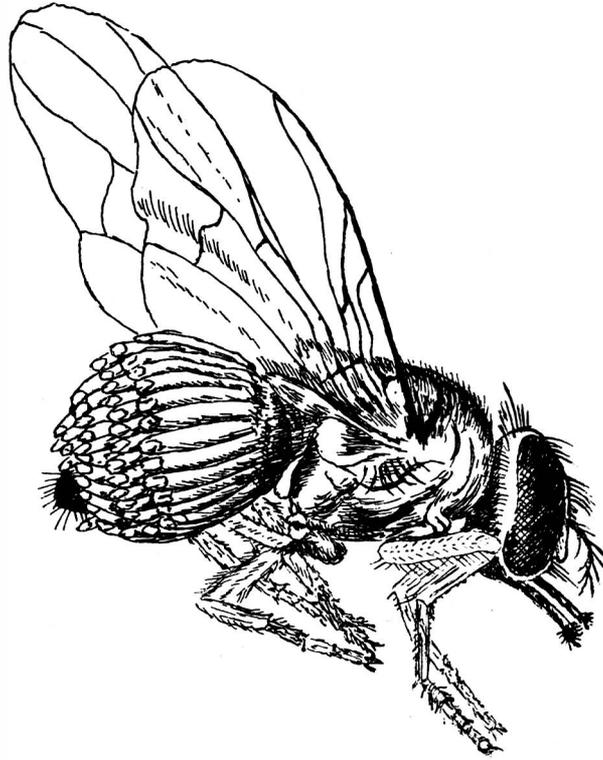
Comecemos, agora, o estudo da miíase cutânea, quando localizada no aparelho ocular, e produzida, principalmente, pelo nosso muito conhecido *berne*. O *berne* é a larva da mosca *Dermatobia hominis* (Linneu Jr. 1871) ou, como é mais conhecida, *Dermatobia cyaniventris* (Macquart, 1840), que só se encontra no continente americano, desde o México até à República Argentina. E' por êsse motivo que raramente se encontram referências dessa miíase ocular nos tratados europeus.

No Brasil, o assunto, incluindo as miíases em geral, foi tratado pelo Dr. ERNST VON BASSEWSTZ, médico em Porto Alegre, em artigos publicados na *Revista Médica* de São Paulo (1904, págs. 146-166); pelo Dr. HENRIQUE VAZ, na mesma revista, mesmo ano, pág. 215; pelo Dr. A. SPLENDORE, em memoria apresentada ao 6.º Congresso de Medicina e Cirurgia e publicada nessa mesma revista, em 1907; e pelos Drs. ARTHUR NEIVA e J. FLORENCIO GOMES, em magistral estudo experimental sôbre a *Biologia da mosca do berne, observada em todas as suas fases*, em artigo dos *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, à pág. 197 do número de setembro de 1917. Mais tarde, outros brilhantes investigadores brasileiros, ora biólogos, como LUTZ e PERYASSÚ, ora oftalmologistas, como EDILBERTO CAMPOS, CERQUEIRA FALCÃO, DEOCLECIO RAMOS, MERTON DE ALENCAR, CESARIO DE ANDRADE e outros, versaram o mesmo assunto, esclarecendo-o sob todos os pontos-de-vista.

Admitia-se, até 1911, que a própria mosca do berne depositava os ovos diretamente sôbre os animais parasitados. Foi RAFAEL MORALES, de Guatemala, que demonstrou, nesse caso, que os ovos da dermatobia são por ela depositados, externamente, no abdomen de outras moscas ou mosquitos e que são êstes insetos os seus veiculadores imediatos.

O fato foi experimentalmente reproduzido por NEIVA e FLORENCIO GOMES. E' um desenrolar de cenas interessantíssimas, verdadeira defesa da especie, de um díptero que emprega os seus engenhosos meios de instinto para conseguir a realização do ciclo biológico, pois necessitam as suas larvas, para que a evolução seja completa, de passar pelo organismo de um animal de sangue quente.

A mosca do berne é grande, medindo 14 a 16 m/m de comprimento; tem a cabeça amarelada e os olhos salientes, quasi pretos; o torax é acinzentado e o abdomen ostenta uma bela côr azul intensa. Quando tem necessidade de desovar, não o faz diretamente sôbre os animais de sangue quente, que a repelem; procura, então, por todos os meios, agarrar outros insetos, moscas silvestres ou mesmo domésticas, e mosquitos, e quando consegue agarrá-los, segura-os firmemente, e vai neles depositando os ovos, um por um, num trabalho admiravel de perfeição, em series superpostas e, fato curioso, de um só lado do abdomen.



Inutilmente, o inseto assim enxertado procura com a pata traseira livrar-se dessa pesada carga. Em cada desova, a *Dermatobia* se desfaz de cerca de 20 a 40 ovos, sendo que NEIVA verificou que uma fêmea cheia contem, às vezes, o número fantástico de 800 ovos!

Passados alguns dias, as larvas oriundas desses ovos, ainda mantidos nos seus tubos envolventes, aproveitam a primeira oportunidade em que o inseto vetor pousa num animal ou no homem. Os animais preferidos pelo inseto vetor são os cães e os bovídeos e, excepcionalmente, os equídeos.

Nessa ocasião, as larvas agitam-se vivamente, rompem os respectivos opérculos, e procuram rapidamente penetrar na pele. Essa penetração na pele é sobremodo rápida, não durando mais de 5 a 10 minutos.

Nos dias seguintes, observa-se a saliência cutânea no ponto de penetração, cujo orifício permanece aberto. As dores começam então, ora frequentes, ora intermitentes, às vezes atrozes, conforme a sensibilidade da região afetada, exacerbada pelo movimento da larva ou das larvas.

A larva atinge, quando inteiramente desenvolvida, a 2 cms., raramente mais; sua cor é de um branco sujo, sua conformação é variável,

conforme a fase do seu desenvolvimento, apresentando a forma de um moringue na fase inicial chamada de *verme macaco*, e a de uma clava na forma final ou de *berne* propriamente dito, ou *torcel*.

O corpo é guarnecido até ao meio de curtos, mas numerosos espinhos quitinosos, dispostos em forma de anéis, de modo que é facil imaginar-se a dor que provoca nos tecidos o movimento dêsse verdadeiro rolo de lixa.

Reagem os tecidos em tórno, ora moderadamente, ora com edema intenso, ora com aspeto inflamatório furunculoso. Essa tumefação inflamatória pode, às vezes, atingir o volume de um ovo de galinha. No centro, existe sempre o pequeno orifício pelo qual o parasita respira e expulsa as suas dejeções, pequenas partículas pretas incorporadas ao liquido soro-purulento que se escapa da loja parasitada, que constantemente se distende.

No homem, encontra-se o berne principalmente nas partes expostas do corpo, conquanto seja tambem observado nas costas, nas axilas, no abdomen, no escroto, nas nádegas e nas coxas.

No aparelho ocular, aloja-se o berne nas pálpebras, no saco lacrimal, na cabeça e na cauda do supercilio, e nos ângulos da órbita, ora com a abertura cutanea, mais frequente, ora com a abertura conjuntival.

Nunca observamos, entre os nossos casos, mais de um berne na região ocular, afetada; entretanto, há csos de vários bernes observados numa só pálpebra, ou em ambas, ou nas pálpebras e nos supercillos, ou na face, como as interessantíssimas observações do PROF. CESARIO DE ANDRADE, apresentadas ao 2.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia (Porto Alegre, 1937).

Outras moscas tambem podem produzir a miíase cutanea, como a *Sarcophaga lambens*, casos de SPLENDORE e de OTAVIO TORRES e a *Sarcophaga Pyophaga*, caso de NEIVA e GOMES FARIA.

Técnica da extração do berne.

Creemos ser desnecessário aconselhar que sejam tomadas as devidas precauções assépticas e antissépticas na extração do berne do aparelho ocular. Essa extração varia com a sua localização, ora extremamente simples, ora apresentando dificuldades realmente sérias. O oculista apresado, feito o diagnóstico, procura desde logo proceder à expressão do berne, tentando, pela pressão bi-digital, obrigá-lo a sair pelo orifício de penetração. E' processo, a maioria da vezes, traumatizante em demasia, perigoso e, por isso mesmo, condenavel.

Exporemos, em seguida, os processos que temos empregado em cerca de 40 casos da nossa clínica, e com os quais sempre nos demos bem. São processos que estão mais ou menos de acôrdo com a técnica aconselhada pelos autores brasileiros há pouco citados.

O número de casos observados dá bem idéia da raridade da afecção, porque corresponde a uma estatística de 100.000 fichas da nossa clínica particular e hospitalar somadas. Essa raridade, porem, se refere ao que

se observa nos grandes centros, porque no interior do país as observações são mais frequentes.

As vítimas do berne são principalmente as crianças, e, felizmente, nelas a localização mais frequente da larva é a pálpebra, ora superior, ora inferior, justamente os pontos em que a extração é mais fácil.

Berne na pálpebra superior.

Feita a lavagem antisséptica da região, instila-se no saco conjuntival a solução adrenalinada de cocaina, de 2 a 5 %, bastando a de 2 %.

A anestesia por instilações repetidas é, as mais das vezes, suficiente, concorrendo por si só para uma relativa imobilidade da larva.

Procede-se então à inversão da pálpebra. Às vezes, o reviramento é fácil; outras vezes, devido ao edema e à inflamação dos tecidos, a manobra se torna mais penosa, sendo então facilitada pelo auxílio duma espátula comum. Nos casos felizes, a simples inversão da pálpebra, pela pressão que exerce sobre a larva, fá-la escapar-se espontaneamente pela folha tarso-conjuntival que se acha friável. Outras vezes, essa expulsão não se dá, podendo-se apreciar a saliência tumoral parasitária pela face conjuntivo-palpebral exposta. Uma ligeira incisão, feita com pequeno bisturi ou com uma faquinha de catarata, na parte mais saliente da elevação, faz saltar o berne. Cicatriza-se a incisão espontaneamente, em pouco mais de 24 horas.

Berne na pálpebra inferior.

Neste caso, depois das lavagens e da anestesia por instilações, a pálpebra será repuxada fortemente para baixo e a incisão já referida é indispensável, devendo ser feita na porção mais elevada da conjuntiva palpebral inferior. Não há mal algum em completar-se a anestesia, tanto na pálpebra superior como na inferior, com uma injeção de novocaina a 4 %, procurando-se, tanto quanto possível, introduzir o líquido em plena bolsa parasitária, mesmo que a agulha transfixe a larva, como aliás é a técnica deliberada de EDILBERTO DE CAMPOS. O uso dessa injeção deve ser a regra, quando o berne ocorre nos adultos.

Berne na região do saco lacrimal.

Verificado o orifício de respiração da larva, por êle se injeta a solução adrenalinada de novocaina. EDILBERTO DE CAMPOS prefere, para imobilizar a larva, a água oxigenada, depois de dilatado o orifício. Nunca empregamos êsse metodo, que foi também usado com êxito pelo DR. CERQUEIRA FALCÃO, de Santos.

Injetada a novocaina, e esperados alguns minutos, dilata-se a abertura do ponto de penetração, apreende-se a larva, em seguida, com uma pinça pequena de fixação ou com a de iris. Já empregamos, com o mesmo resultado, a simples cureta de DAVIEL, introduzindo-a na loja da larva, cercando-a e tirando-a em seguida. Nem sempre as coisas se passam com essa facilidade, sendo necessário agir com paciência e habilidade, em sucessivas e delicadas tentativas, para não lesarmos sobremaneira os tecidos atingidos.

Berne da região superciliar.

O mesmo processo que acaba de ser descrito é aqui aplicável. Imobiliza-se a larva pela injeção, dilata-se o orifício cutâneo por onde a larva respira, e apanha-se esta com a pinça, desinfetando-se a região antes e depois da extração.

Berne da região orbitaria.

E', felizmente, a localização mais rara. Com orifício cutâneo e excepcionalmente conjuntival, o processo consiste nas mesmas manobras atrás citadas. Nessa localização, porém, o berne mais facilmente escapa à apreensão pela pinça. Si as tentativas repetidas forem infrutíferas, será aconselhável adiar-se a operação para o dia seguinte, mantendo-se o olho afetado com curativo oclusivo, prévia e amplamente recoberta a região atingida com pomada de óxido amarelo de mercurio a 1 ou 2 %.

Os tecidos da região apresentam-se, em regra geral, menos inflamados no dia seguinte, procedendo-se então ao tempo da extração com menos dano para o paciente. DEOCLECIO RAMOS, de Mirassól, no excelente trabalho que apresentou na Semana Neuro-Oftalmológica, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 1927, refere-se a um caso fatal produzido nessa localização. Tratava-se de uma criança de 18 meses, paciente de outro colega, de Bebedouro, em que o mal terminou por pan-oftalmia e morte.

Miíase cavitaria.

A palavra miíase, de *myia*, mosca, é muito antiga e foi criada por HOPE, para designar as afecções parasitárias do homem, produzidas pelo desenvolvimento de larvas de moscas. Além da miíase cutânea, há que considerar, também, as miíases cavitárias, a vulgarmente chamada *bi-cheira* e as intestinais.

Embora sejam numerosos os casos de miíases cavitárias observadas entre nós, poucos foram os trabalhos publicados neste sentido, sendo escassa a literatura nacional respectiva, mormente no que respeita à classificação de todas as espécies responsáveis por essas graves afecções, que às vezes terminam pela morte dos doentes.

O conhecimento das espécies parasitárias é indispensável, sendo variável o prognóstico das miíases, conforme a classificação das larvas responsáveis. As larvas atacam diversas partes do corpo humano, havendo predileção por determinadas regiões, conforme a espécie atacante.

São responsáveis, entre nós, pela miíase cavitaria, a naso-miíase, a oto-miíase, a oftalmo ou órbito-miíase, a miíase conjuntival, ou a miíase simultânea das cavidades externas da face, a *Chrysomya macellaria* (Fabricius, 1794), também chamada *Lucilia hominivorax* (Coquerel, 1858), contando esta espécie com a maioria das observações; a *Oestrus ovis* (caso de miíase caruncular, de PEREIRA GOMES e GASTÃO FLEURY DA SILVEIRA); a *Sarcophaga carnaria* (observação de SOUSA QUEIROZ, do Instituto Penido Burnier) e, conforme o PROF. CESARIO DE ANDRADE, mais a *Stomoxys calcitrans*, a *Sarcophaga lambens* e as Lucilias, segmen-

taria e *eximia*. Como responsáveis pela miíase intestinal, foram descritas por SPLENDORE as larvas pertencentes ao grupo das *Calliphoniae*.

BELFORT MATOS, na sua monografia de tese, trabalho de primeira ordem, documentado e experimental, *Sarcophagas de S. Paulo*, acredita que algumas destas também sejam responsáveis pelas nossas miíases.

Sabendo-se, como se sabe, que a classe dos insetos representa o grupo mais numeroso do reino animal, para mais de 180.000 espécies, compreende-se facilmente quão difícil é a identificação exata de cada exemplar em estudo. A entomologia constitui por si só uma especialização em que nós, os oftalmologistas, não podemos dar opinião. E' aconselhável portanto, que, toda vez que ocorram essas miíases entre nós, sejam as larvas imediatamente remetidas aos técnicos do Instituto Biológico ou da Universidade, para a devida classificação.

As oftalmo-miíases puras são raras. Geralmente, são a continuação gravíssima da naso-miíase, conseguindo as larvas penetrar na órbita após tremendas destruições dos tecidos interponentes da região.

Já observamos, entretanto, num leproso do antigo Asilo de Guapira, em paciente ao mesmo tempo acometido de pneumonia, uma oftalmo-miíase pura, achando-se o globo ocular infestado por mais de 50 larvas, que haviam penetrado no seu interior através de um leucoma ulcerado da córnea.

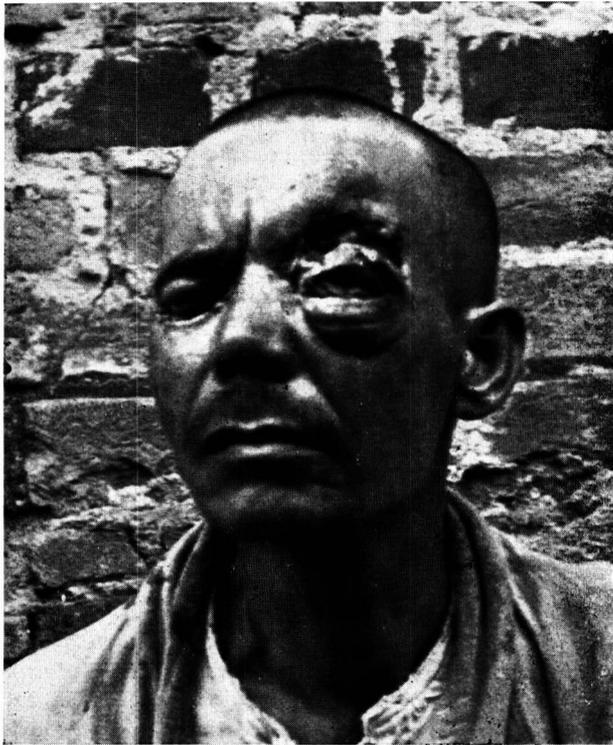
O mais grave caso, porém, que já vimos, foi o do indivíduo Quirino L. S., brasileiro, branco, de 43 anos, viúvo, lavrador, procedente de Arujá, na zona da Central do Brasil. Entrou na nossa enfermaria, da Sta. Casa desta Capital, em 1937, onde permaneceu até 23 de abril desse ano, sendo em seguida removido para o Asilo de Inválidos, onde se acha presentemente.

Portador de miíase oftalmo-órbito-nasal, com destruição das bordas e paredes orbitárias, dos globos oculares e invasão das fossas nasais, o doente foi levado ao nosso serviço em estado desesperador. Não é possível descrever o aspecto miserável em que se apresentava, agonizando desprendendo, das órbitas e dos olhos convertidos em cloacas infectas e pútridas, uma fetidez nauseante e insuportável. O diagnóstico foi facilmente feito pela verificação de algumas larvas que se agitavam no meio do pús.

Julgando o caso irremediavelmente perdido, limitamo-nos a recomendar ao nosso prestimoso enfermeiro que fizesse a lavagem e a limpeza bi-cotidiana das partes afetadas, enchendo-as em seguida de pomada de óxido amarelo de mercúrio a 2 1/2 % e que sustentasse as forças do doente com altas e repetidas doses de óleo canforado.

Fato curioso; após as primeiras injeções de 20 c.c. de óleo canforado, remédio que, segundo acreditamos, nunca foi aconselhado para o tratamento das miíases, as larvas espontaneamente vieram, alvoroçadas e às centenas, à superfície, podendo ser em seguida eliminadas com a simples lavagem e extraídas com pinças. As melhoras do paciente não se

fizeram esperar. Em poucos dias, começou de novo a ganhar consciência e voltar à vida, com grande surpresa nossa. Em 3 de março, foi feita a enucleação dos restos do globo ocular esquerdo, e em 18 de março de 1938 a enucleação dos restos do globo ocular direito, sendo em seguida termo-cauterizados os tecidos esfacelados. A fotografia do paciente, depois de curado, a pesar da perda da maior parte das pálpebras, das bordas orbitarias e dos globos oculares, diz mais do que a melhor descrição do caso.



Na produção da naso-miíase como na oftalmo-miíase, a mosca não se introduz nas cavidades nasal ou conjuntival; depositam seus ovos ou, sendo vivíparas, suas larvas, na entrada das fossas nasais ou nas bordas palpebrais, principalmente quando ulceradas, e em poucas horas o trabalho de invasão e penetração começa, com destruição das mucosas, dos tecidos anexos, do periosteo e da trama ossea. Expelem as suas dejeções sob a forma de partículas negras, por entre os tecidos esfacelados, profundamente atingidos pelo edema e pela inflamação, em meio da secreção soro-sanguínea-purulenta que dêles se escapa.

Quando êsses fenômenos não cessam pela eliminação das larvas, o mal gradativamente se agrava, estabelece-se a inflamação de caráter erisipelatoso de toda a região, aparece e altera-se a febre, e o termo final é a morte.

Como se pode imaginar, as dores são tremendas. A princípio sob a forma de dolorosíssimo prurido ou de peso frontal incomportável, vão a pouco e pouco aumentando até se tornarem intoleráveis, provocando então graves perturbações nervosas, terminando, às vezes, pela meningoencefalite.

Os fatores da produção da miíase são múltiplos: a estação mais quente do ano, a falta de higiene individual, o dormir ao ar livre. São particularmente boas presas para as moscas os embriagados, os doentes depauperados ou em estado comatoso caídos nas estradas, os portadores de afecções desprendendo mau cheiro, como os ulcerados, os ozenosos, os cancerosos e os afetados de corisa crônico.

O tratamento da miíase cavitária é, ao mesmo tempo, médico-mecânico-cirúrgico. A terapêutica médica atende às condições gerais do paciente e pode agir mesmo como fator eficiente de expulsão das larvas, como as injeções de óleo canforado e as endovenosas de cianeto de mercúrio.

O tratamento pela eletricidade, recomendado por **VOLTOLINI**, foi empregado com êxito, no Brasil, por **HENRIQUE VAZ**. As correntes contínuas ou farádicas atordoam as larvas, obrigando-as a sair no sentido da direção da corrente, do naso-faringe para fora.

A aplicação não é fácil, mas é exequível: polo negativo na região frontal e positivo na mucosa do faringe, mantendo-se aberta a boca do paciente por meio de placas de cortiça, o todo contido por um bom ajudante.

O tratamento local consiste nos remédios preconizados pelo povo, muito conhecidos e também perigosos e tóxicos, como as insuflações de rapé e calomelanos. Mais aconselháveis são as pomadas mercuriais ou a de Reclus, que são eficazes e menos tóxicas, e as grandes lavagens antissépticas, compatíveis com as regiões atacadas: soluções fracas, a 1 %, de formol, a solução diluída de creolnia, e as de permanganato de potássio e de cianeto de mercúrio, nas taxas conhecidas.

As inalações de éter e clorofórmio, muito apregoadas, não produzem efeito apreciável.

Quanto ao tratamento mecânico-cirúrgico, pratica-se a extração das larvas com pinças, manobra muito facilitada pela instilação de cocaina na cavidade conjuntival e na órbita. A cocaina paralisa melhor as larvas do que as soluções cloroformadas. Além disso, deve ser de regra a limpeza bi-cotidiana das partes afetadas, só se retirando, cortando ou cauterizando os tecidos quando esfacelados.