

DERMATOSES PROFISSIONAIS

HELÁDIO FRANCISCO CAPISANO *

As estatísticas de freqüência mostram a importância médico-social das dermatoses do trabalho.

Na Inglaterra, segundo publicação do International Labor Office¹, no período compreendido entre 1921 e 1929, havia média anual de 769 casos de dermatoses ocupacionais, cerca de 56% de tôdas as moléstias profissionais; já no período de 1930-1932 a média anual atingiu a 1.368 casos de dermatoses ocupacionais, cerca de 72% de tôdas as moléstias ocupacionais; em 1936 a média anual chegou a 1.771 casos, com adição de 142 casos de epitelomas ocupacionais e 84 casos de ulcerações crônicas. White², em Londres, entre 300.000 enfermos de pele, relata 25.000 dermatoses profissionais; êste autor estima entre 18.000 a 19.000 o número de casos ocorridos anualmente na Inglaterra. Overton³ acentua que, entre 1.395 casos de indenizações por enfermidades profissionais durante um ano, 879 o foram por afecção dermatológica, ou seja, em proporção superior a 60%.

Na Alemanha, Letter⁴, em 1935, entre 2.601 casos de moléstias ocupacionais, distingue 1.137 afecções dermatológicas. Na Itália, Levi⁵, em 1937, em um período de 6 meses, encontrou 50 casos de dermatoses profissionais entre 1.156 trabalhadores. Na França, Gross⁶ assinalou 55% de dermatoses entre as moléstias profissionais. Nos Estados Unidos, Schwartz⁷ demonstrou, entre 8.875 casos de moléstias profissionais, a presença de 5.787 dermatoses ocupacionais (cerca de 66%); nos Estados de Connecticut, Massachusetts, Nova Jersey, Ohio e Nova York a freqüência das dermatoses profissionais aumenta, chegando, em 1934, a 70% do total das moléstias ocupacionais.

Bernard⁸ apresenta várias estatísticas, entre as quais a de Mac Cornel, que encontrou 25% de dermatoses profissionais entre 20.000 trabalhadores doentes; a de Mac Cord, com 36% de dermatoses ocupacionais entre todos os operários de uma fábrica de inseticida; a de Knowler, onde são registrados 5% de dermatoses profissionais em 37.000 trabalhadores; a de Gardiner, que encontrou 7,2% em 12.000 enfermos de pele. Oppenheim⁹, em 13 anos de trabalho, re-

* Assistente extranumerário da 3ª Clínica Médica da Fac. Med. da Univ. de São Paulo (Dr. Otávio Augusto Rodovalho). Médico do Serviço de Higiene e Segurança do Trabalho da Secretaria do Trabalho do Estado de São Paulo.

gistrou, entre 27.500 casos de moléstias da pele, 5.334 casos de eczemas profissionais.

No Brasil, Peixoto¹⁰, estudando a elaioconiose folicular entre trabalhadores de garages de ônibus, no Distrito Federal, encontrou índices de morbidade que chegaram a 43,7%.

LOCALIZAÇÃO E FORMAS CLÍNICAS

Característica mais sugestiva das dermatoses profissionais vem a ser a localização nas partes descobertas, pois o agente causal nocivo, com grande freqüência, entra em contacto direto com a pele desprotegida. Quando as dermatoses se localizam em zonas abrigadas é porque as vestimentas ficam envolvidas pelas substâncias responsáveis.

As regiões particularmente expostas são: mãos, antebraços, braços, face e pescoço; em proporção menor, os membros inferiores. A distribuição da localização, segundo Eiris¹¹, pode ser assim esquematizada: a) *mãos* (dorso, dedos, unhas e mão integralmente); b) *punhos e antebraços*, com lesões do mesmo tipo que nas mãos, podendo estender-se aos braços, ou pela lesão em si, ou pelas características do agente causal, ou através da vestimenta; c) *face e pescoço*, que são atingidos, particularmente, nos trabalhadores que manipulam com substâncias voláteis ou com produtos que irradiam calor; d) *membros inferiores*, sendo afetados os operários que labutam com os pés e pernas sem qualquer proteção; e) *tronco e escrôto*, regiões atingidas em geral secundariamente por extensão das lesões primitivas.

Didaticamente, o estudo da localização das dermatoses profissionais pode obedecer à seguinte orientação: membros superiores, membros inferiores, face e tronco.

Membros superiores — Sendo a atividade profissional exercida com predomínio dos membros superiores, serão êstes os mais atingidos na ordem de freqüência. É tão grande a importância da localização das dermatoses profissionais nos membros superiores, que, na Inglaterra, são consideradas como indenizáveis.

Na ordem de freqüência, as partes atingidas nos membros superiores, são: mão, punho, antebraço e braço. Segundo Petri¹², as dermatoses profissionais, em dois terços dos casos, têm sua sede nas mãos.

Os trabalhadores que lidam com cimento apresentam lesões que se iniciam nos dedos, passando a seguir para os espaços interdigitais, atingindo, depois, as faces palmar e dorsal das mãos, acompanhadas de prurido intenso, que se agrava particularmente com o calor da cama. Entre as lavadeiras, o início das lesões ocorre na região carpometacarpiana, sendo produzida pela soda e sabão em combinação com a água. Os trabalhadores que manipulam petróleo apresentam lesões que se iniciam no dorso das mãos (*dermatite psoriasi-*

forme). Operários que labutam com o cromo e seus compostos apresentam lesões de caráter ulcerativo nos dedos das mãos.

Confeiteiros e trabalhadores em fábricas de açúcar apresentam lesões nas mãos pela ação de fatores físicos, mecânicos, químicos e vegetais; entre os agentes físicos destaca-se a ação do calor dos fornos ou o contacto com utensílios de trabalho aquecidos; os efeitos mecânicos podem ser ocasionados pelo uso repetido do instrumental de trabalho e pela frequência dos ferimentos; entre as substâncias químicas nocivas, destacamos o ácido cítrico, óleos e sucos de frutas; entre os elementos vegetais, as farinhas de naturezas diversas. A enumeração desses fatores justifica a referência especial que se deve fazer ao *eczema dos confeiteiros*; Turner e Tackeray relacionaram, pela primeira vez, em 1832, essa afecção com o açúcar. Existe outra forma de *dermatite eczematosa*, aliás não muito freqüente, entre operários que têm contacto com massas úmidas. Trata-se de tipo especial de *eczema numular*.

Todavia, as mais típicas lesões apresentadas pelos confeiteiros são encontradas nas unhas e tão grande é sua importância que a escola francesa designa como moléstia dos confeiteiros, aquela cujas lesões fundamentais são constituídas por *onix* e *perionix*. Inicialmente, surgem erosões e fissuras periungueais, que sofrem processo inflamatório agudo, seguido de infecção secundária, ocorrendo, depois, *ulcerações vegetantes* por onde tem emissão enorme quantidade de pus; em consequência, as unhas se desprendem ou se destroem; após a queda da unha, a extremidade distal dos dedos toma aspecto de espátula, o que persiste por muito tempo; os dedos mais atingidos são o médio e o anular, embora todos possam ser envolvidos pelo processo, cuja evolução é crônica, com surtos agudos e subagudos.

Os trabalhadores que preparam doces manipulando canela são vítimas de *dermatites* com lesões localizadas preferencialmente na face palmar da mão e dos dedos. Os trabalhadores que descascam e cortam frutas, especialmente as cítricas (laranja, limão e tangerina), podem apresentar lesões nas unhas (*paroníquia*), com pequenos focos supurados e erosões periungueais com *ulcerações secundárias* de evolução muito tórpida.

Entre os cabeleireiros é encontrada uma *dermatite eczematosa*, sem caracteres próprios, produzida lentamente; no entanto, alguns autores referem casos de aprendizes que apresentaram lesões cutâneas nos primeiros dias de trabalho. A precisão do agente causal é difícil. Uma anamnese cuidadosa, a localização das lesões na face palmar das mãos e dedos, as deduções do interrogatório e a utilização de testes cutâneos permitirão ao dermatologista a elucidação causal.

Os profissionais de salão de beleza podem apresentar *dermatites* provocadas pelo quinino, que entra na composição de tônicos capilares, perfumes e loções. Os cosméticos¹⁴, pela composição variada

que possuem, podem acarretar *dermatites*. Ingrediente comum da maioria das tinturas de cabelo, dos esmaltes de unhas, de cremes perfumados e de removedores de esmalte é a parafenilenodiamina, causadora de dermatites entre profissionais que lidam com êsses preparados.

As *radiodermatites* profissionais são observadas com maior frequência com os raios X que com o rádio e substâncias radiativas; as lesões dos trabalhadores de rádio são idênticas às lesões dos manipuladores de raios X. As primeiras são encontradas com maior frequência na face palmar dos dedos, enquanto as lesões determinadas pelos raios X ocorrem com maior predomínio no dorso das mãos, principalmente no dorso da mão esquerda. Devemos chamar a atenção para um fato curioso: as lesões determinadas pelos raios X respeitam particularmente o polegar.

Os médicos são sujeitos, devido ao contacto com os doentes, a moléstias infecto-contagiosas e aos inconvenientes dos materiais de tratamento e desinfecção. Schwartz e Tulipan¹⁵ fazem referência à contaminação acidental pela blastomicose quando um médico realizava uma autópsia.

E' alta a incidência de moléstias da pele entre médicos, apesar do uso de luvas de borracha e outras medidas de proteção. Entre oculistas e dentistas não são excepcionais as *dermatites* determinadas pela novocaína e pantocaína; Costa^{16a} tem estudado bastante as dermatites por contacto em dentistas, determinadas pelo formol, tricresol e piocidina. Anatomistas e patologistas manipulam e mantêm contacto prolongado com formalina, disso advindo *oníquia* ou autêntica *dermatite*.

Os enfermeiros freqüentemente mantêm contacto com soluções diversas contendo mercúrio, sais de arsênico, cromatos, formaldeído, etc., podendo ser vítimas de *dermatites* profissionais.

O giz utilizado nas escolas pode, pelo seu uso prolongado, determinar dermatites. A êsse propósito, é interessante a observação de Foerster e Wieder sôbre um professor que, utilizando continuamente giz colorido, acabou sendo vítima de dermatite na face dorsal das mãos e dedos.

Nos maquinistas que mantêm contacto diário e contínuo com substâncias utilizadas para lubrificação de máquinas, podemos encontrar lesões atingindo de modo particular a face palmar das mãos e dedos, caracterizando uma dermatite ocupacional por graxa e óleo. Segundo Peixoto^{10b}, a *elaioconiose folicular* ou botão de óleo é a dermatopatia ocupacional mais freqüente em nosso meio, figurando em primeiro lugar em estatística por êle elaborada na Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho, no Distrito Federal; ela acomete profissionais que manipulam óleos lubrificantes, particularmente os já servidos cheios de poeiras metálicas. Essa ergodermatose parece ser determinada pelas palhetas metálicas contidas no óleo ou nas vestes, raramente lavadas e atingidas por óleo sujo; contribuem tam-

bém estopas, panos e fios oleosos, cheios de poeira. Entre as ocorrências predisponentes são referidos o acne, a seborréia e a hipertricose; são atingidos, particularmente, os membros superiores, sobretudo antebraços e braços; podem ser encontradas lesões nas mãos, côxas, pernas, tórax, nádegas e, mais raramente, no pescoço e na face. Peixoto estudou 85 casos de *elaioconiose folicular*, a maioria dos quais em garages de ônibus, assinalando o índice de morbidade de 43,71%, sendo a profissão de mecânico a mais atingida.

Costa^{16b}, em Belo Horizonte, teve oportunidade de apresentar um caso de *elaioconiose folicular* em empregado de serviço de lubrificação de ônibus, mostrando lesões nas pernas, nas côxas e no joelho esquerdo. Silva¹⁷ refere o caso de um jovem de 23 anos de idade, lubrificador de automóveis, que apresentou, no início, *lesões acneiiformes* no antebraço e braço, difundindo-se as lesões posteriormente para a parte anterior do tórax, pernas e côxas.

Membros inferiores — Menos freqüente, a localização nos membros inferiores ocorre entre trabalhadores que efetuam suas atividades profissionais com pés e pernas descobertos, sem qualquer proteção.

O cimento em ação sobre a pele determina lesões de aspecto diverso e com características evolutivas também diferentes. Bona¹⁸ descreve a ocorrência de úlceras localizadas na planta e no dorso dos pés determinadas pelo cimento em operários que trabalham com os pés descalços.

As estatísticas das comissões de trabalho de Ohio e Nova York revelam que, em 1934, de 1.600 casos de *dermatites* ocupacionais, 45 eram devidos a manipulação exercida em fábricas de substâncias corantes. Nas indústrias de tinturas têm sido observados casos de *dermatites* nos operários que trabalham com vestidos, meias, colares de seda, algodão, rayon, lã, etc. Simon e Rackermann¹⁹ fazem referências, em trabalho publicado em 1934, à dermatite devida a tinturas empregadas na lã, especialmente por aquelas nas quais entram cromatos, antraceno e alizarina. Bonnevie e Genner²⁰ publicaram 15 casos de dermatites entre manipuladores de tinturas de tecidos. Sugestiva é a observação de Clark, relativa a um paciente com dermatite nos pés devida ao contacto das meias, procurando esse autor explicar que a dermatose fôra causada, não pela tintura das meias, mas simplesmente pelo contacto destas.

Do ponto de vista médico, a profissão de vidraceiro é perigosa. A síndrome do golpe de calor, febre reumática, saturnismo, intoxicações pelo arsênico e magnésio, catarata, etc., constituem os perigos a que estão sujeitos os profissionais que manipulam vidros. Os efeitos perniciosos da fabricação e manêjo profissional do vidro sobre o tegumento são vários: lesões traumáticas, queimaduras, *hiperidroses* e *hiperemia com pigmentação*, *eritemas*, *distrofias cutâneas*, *ulcerações*, *dermatites da palma das mãos*. Schwartz e Tulipan¹⁵ publicaram o caso de um operário encarregado da fabricação de vidros de se-

gurança apresentando foliculite devido ao contacto com vestimentas sujas de óleo.

Entre os que trabalham com borracha podemos encontrar dermatites nos membros inferiores, particularmente nos operários que pouco cuidam de sua higiene pessoal.

As *dermatites* determinadas pelo arsênico são, como diz Eiris¹¹, de incubação curta e sua freqüência tende a aumentar pelo emprêgo cada vez mais corrente dêste metalóide na indústria têxtil. O arsênico pode ocasionar o câncer profissional, de diagnóstico difícil em virtude de suas características clínicas complexas. As lesões podem-se localizar no dorso dos pés, pernas, órgãos genitais, tórax, braços, axilas, pescoço e face. O arsênico pode ocasionar verdadeiras ulcerações nos pés e nas pernas.

Dos sais de zinco, provávelmente o mais irritante é o cloreto de zinco, o qual, entre produtos manufacturados¹⁵, foi causador de 49 casos entre 152 *dermatites* registradas; em 16 casos de queimaduras dos olhos, foi responsável por 6; é causador de úlceras no septo nasal, na bôca, no estômago e no duodeno, segundo observações de Cord e col.²¹.

Face — As dermatoses profissionais localizadas na face são, via de regra, devidas ao calor ou ao uso de substâncias voláteis.

O cloro, elemento muito tóxico, exerce ação direta ou indireta sobre o tegumentò, ocasionando desintegração da epiderme com formação de produtos clorados. A manifestação dermatológica mais importante é o *acne clórico*, descrito pela primeira vez por Herxheimer, em operários de fábricas de cloro eletrolítico; inicia-se, habitualmente, de modo brusco, dando origem a tumefação difusa da pele; o aspecto conjunto das lesões no rosto dá impressão de tatuagem provocada pela explosão de cartucho de pólvora. O *acne clórico* é acompanhado de manifestações tóxicas gerais com cefaléia intensa e palidez exagerada da pele e mucosas. O prognóstico é grave, embora raramente mortal; um caso que culminou com a morte foi publicado por Lehmann.

A terebentina é causa freqüente de *dermatites*, sendo responsável por cêrca de 1% de todos os casos de dermatites ocupacionais; ocorre entre operários e pintores que a manuseiam¹⁴.

Entre os solventes orgânicos, o tetracloreto de carbono e o dicloretileno merecem certo destaque. O tetracloreto de carbono, além de ser usado como solvente de borracha, é utilizado na limpeza de tecidos a sêco; quando inalado por longo tempo é tóxico, mesmo na concentração de 1/10.000, determinando cefaléia, náuseas, irritação gastrintestinal, icterícia e distúrbios visuais; causa *dermatites* quando em contacto prolongado. O dicloretileno é líquido volátil menos inflamável que o álcool, sendo, por essa razão, usado freqüentemente na extração de perfumes; é também solvente de resinas; para operários com hipersensibilidade é irritante da pele.

A parafenilenodiamina é substância altamente irritante, muito empregada para tintura de cabelos e de cílios; se não fôr completamente oxidada produz extensa e persistente *dermatite* acompanhada de edema em tórno dos olhos; os manipuladores de preparados contendo essa substância também estão sujeitos a *dermatites*.

Tronco — As lesões no tronco são, via de regra, de caráter secundário, por extensão de lesões primitivas situadas em partes descobertas.

As enfermidades profissionais produzidas pelo cimento despertam a atenção de clínicos e investigadores em tôdas as partes do mundo, sendo tão grande sua importância que os distúrbios por êle ocasionados constituíram um dos temas do VI Congresso Internacional de Acidentes e Enfermidades do Trabalho, realizado em 1932.

O cimento pode ocasionar rinites com exsudação abundante, otites, bronquites, faringites, lesões oculares e, particularmente, *manifestações cutâneas*. Michenine e Sweinek²² observaram, em operários que manipulam o cimento, um aumento do cálcio sangüíneo, aumento que pode atingir em certas ocasiões até 18,8 mg/100 ml. É enorme a freqüência das manifestações tegumentárias produzidas pelo cimento; na Suíça, elas representam a quarta parte no conjunto das dermatoses profissionais.

Feil²³ fêz interessante estudo sôbre os efeitos do cimento em vultoso grupo de operários encarregados de estabelecer as qualidades dêsse importante material de construção. Ao iniciar-se a investigação todos se encontravam em perfeitas condições de saúde e trabalhavam nas melhores condições higiênicas possíveis; 20% dos operários acabaram apresentando lesões cutâneas localizadas nas partes descobertas devido ao contacto direto com êsse material; 80% dos observados se queixava de tosse passageira não muito intensa, que desaparecia quando deixavam o trabalho.

O cimento produz, na pele, lesões de aspecto e características evolutivas distintas; entre as modalidades clínicas lesionais mais interessantes devemos destacar a *sarna do cimento*, as *formas ulcerosas* e as *formas foliculares*.

Muito sugestiva é a observação de Eiris¹¹, referente a um pedreiro de 31 anos de idade, no qual, durante o trabalho, o cimento salpicava sôbre quase tôda a superfície cutânea; após alguns meses surgiram lesões disseminadas na pele, respeitando o couro cabeludo, o rosto, e palma das mãos e a planta dos pés; acompanhadas de intenso prurido.

A forma crônica de intoxicação pelo cloro é a mais freqüente e a de maior interêsse dermatológico. O *acne clórico* se localiza na face, no pescoço, na espádua, no escrôto e nos membros. Quanto a sua etiopatogenia¹⁸, é provável que seja devida à ação própria do cloro e seus compostos. O início ocorre com brusca tumefação di-

fusa da pele, sobre a qual se instala verdadeiro acne, com aspecto clínico polimorfo.

O clorodifenil é usado em conjunto com o cloronaftaleno como isolante de condensadores e de fios elétricos; a fumaça desses compostos, bem como o contacto direto com essas substâncias, determina o aparecimento de um acne típico.

MEDIDAS DE PROTEÇÃO

A incidência das dermatoses profissionais pode ser controlada por um conjunto de normas que devem ser difundidas entre operários expostos a essas moléstias ocupacionais.

As dermatoses profissionais são verdadeiros "acidentes do trabalho", nos quais a atuação da legislação trabalhista se fez a posteriori, ocupando-se da enfermidade depois de exteriorizada, fornecendo-lhe medicação paliativa, indenizando o doente, mas não estabelecendo a obrigação de precauções para prevenir futuras enfermidades desse tipo, não suprimindo do meio de trabalho os fatores que a causam.

Há necessidade de conhecimento exato do valor físico e psíquico de uma dermatose profissional no presente e no futuro. É preciso valorizar as diferentes medidas de proteção, empregando-as com toda regularidade. É necessária a colaboração estreita e harmônica entre operário, patrão, médico, perito e juiz. Impõe-se a educação dos trabalhadores para os mesmos tenham conhecimento dos perigos a que estão expostos, bem como compreendam as vantagens dos diferentes meios de proteção. Essa ilustração de Higiene e Segurança do Trabalho deve ser feita através de palestras com projeção de filmes, diapositivos, figuras de livros, difusão de folhetos e de cartazes, etc.

Eiris¹¹ estima que, quanto aos responsáveis, as enfermidades profissionais e acidentes do trabalho guardam a seguinte proporção: 25% dos casos se dão por culpa dos patrões, 25% por culpa dos operários, classificando-se os 50% restantes entre casos fortuitos, de força maior ou de ocorrências ainda desconhecidas. Estas percentagens mostram a importância fundamental da cultura eficiente sobre profilaxia dos acidentes e moléstias decorrentes do trabalho.

Médicos e peritos devem intensificar cada vez mais o estudo destes problemas, a fim de elucidar as relações entre causa e efeito, para dar normas ao trabalhador, ao empregador, ao legislador e ao juiz. As autoridades sanitárias, com a aplicação conscienciosa das leis e regulamentações, estarão prestando serviços inestimáveis, contribuindo de modo precioso para a redução considerável da frequência das dermatoses ocupacionais. Nathan²⁴ e Eiris¹¹ muito têm cooperado para a difusão de medidas gerais e individuais de proteção aos trabalhadores que podem ser atingidos por dermatoses profissionais.

De maneira geral, a incidência e gravidade das dermatoses ocupacionais pode ser controlada com aplicação das seguintes medidas: 1) cuidadosa seleção de operários cujas atividades impliquem em exposição à ação de substâncias químicas; 2) eliminação dos portadores de doenças cutâneas ativas ou potenciais; 3) revisão médica periódica para determinar e afastar trabalhadores que apresentem lesões iniciais de dermatose ocupacional; 4) assistência médica quando a tolerância da pele fôr ultrapassada; 5) aprimoramento do diagnóstico de lesões pré-cancerosas; 6) retirada de todos os nevos situados em regiões aptas para serem irritadas; 7) tratamento dos focos infecciosos; 8) cuidados imediatos às menores lesões (ferimentos, fissuras e queimaduras) que podem ser porta de entrada de infecções, facilitando a ação de diferentes substâncias químicas; 9) transferência de função para os operários que apresentem lesões recidivantes; 10) análise de compostos químicos em relação às suas propriedades irritantes e antigênicas, testando-as em animais de laboratório; 11) substituição dos compostos químicos dotados de grande poder antigênico, sempre que fôr possível, por outros de menor potencialidade; 12) educação dos operários expostos à ação de substâncias químicas sôbre acidentes de sensibilização, aconselhando-os quanto aos perigos das exposições prolongadas ou indevidas; 13) instruções sôbre as vantagens do uso de cremes protetores, de máscaras, de uniformes defensivos, de luvas de borracha e de higiene corporal, que deve ser feita com substâncias que não constituam fatores desencadeantes ou determinantes de dermatoses.

Para que êste conjunto de medidas de proteção seja eficiente é necessário apôio legal que obrigue: a) à prevenção da enfermidade; b) ao contrôle das alterações orgânicas do trabalhador; c) à facilitação das investigações científicas por parte do empregador; d) ao empregador, prestar conhecimentos e fatos técnicos relativos ao ambiente de trabalho dos operários; e) ao médico, ter preparação profissional suficiente sôbre o tema; f) à justiça, ter conceito e noções fundamentais sôbre o assunto, a fim de julgar sem incorreções.

BIBLIOGRAFIA

1. International Labor Office — Occupation and Health, 2:861, 1934.
2. White, R. P. — The Dermatogoses, ed. 3. Lewis and Co. Ltd., Londres, 1928.
3. Overton, S. — Cit. por Bona¹⁸.
4. Letter — J.A.M.A., 108:741-742 (fevereiro) 1937.
5. Levi, I. — Considerazioni sugli eczemi professionali. *Dermatosifilografico*, 12:1-37 (janeiro) 1937.
6. Gross — Cit. por Bona¹⁸.
7. Schwartz, L. — Industrial Dermatoses. Simpósio apresentado no Congresso da American Medical Association and American Dermatological Association, junho, 1938.
8. Bernard -- *Dermatoses Professionnelles*. Bruxelas, 1933.

9. Oppenheim — Cit. por Oller, A.: Medicina do Trabalho, 1934.
10. Peixoto, G. P. — a) Ergodermatoses no Distrito Federal. An. Bras. Dermatol. e Sif., 21:51 (março) 1946; b) Elaiocniose folicular. An. Bras. Dermatol. e Sif., 23:1 (março) 1948.
11. Eiris, E. — Dermatoses Profesionales. Rosário (Argentina), 1943.
12. Petri, J. — Cit. por Fontana, A.: Dermatologia, Collezione Manuali di Medicina, 1936.
13. Hunter, D. — Occupational Diseases, 1935.
14. Johnstone, R. — Occupational Diseases. Diagnosis, Medico-Legal Aspects and Treatment, 1941.
15. Schwartz e Tulipan — Occupational Diseases of the Skin, 1939.
16. Costa, O. G. — a) Dermate profissional por contacto. Brasil-Méd., 1943, pág. 474; b) Elaiocniose folicular. An. Bras. Dermatol. e Sif., 18:107, 1943.
17. Silva, I. — Acne dos hidrocarburetos. An. Bras. Dermatol. e Sif., 23:225, 1948.
18. Bona, J. M. T. — Dermatologia de las Profesionales. Madrid, 1948.
19. Simon, F. A. e Rackermann, F. M. — Contact eczema due to clothing. J.A.M.A., 102:127-128 (janeiro) 1934.
20. Bonnevie, P. e Genner, V. — Eczema due to clothing. Arch. Dermat. a. Syph., 34:220-227 (agosto) 1936.
21. McCord, C. P. e Kilker, C. — Zinc chloride poisoning. J.A.M.A., 76:442, 1921.
22. Michenine e Sweinek — Médecine du Travail, 1934.
23. Feil — Progrès Méd., pág. 1169 (junho) 1931.
24. Nathan, F. — Industrial dermatites control. Ann. Allergy, 7:374 (maio-junho) 1949.

3ª Clínica Médica — Hospital das Clínicas — São Paulo.

* * * *