

Contribuição para a história da Nefrologia em Portugal

Jacinto Simões

Em 1985 um editorial do Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa dedicado à Nefrologia¹ lembrava que esta especialidade em Portugal tinha nascido da clínica, essencialmente da Medicina Interna e não da Fisiologia renal pura ou da Morfologia. Destas, a primeira é praticamente inexistente em Portugal ainda hoje não sendo mau lembrar que os conhecimentos básicos do funcionamento do rim surgiram nos últimos anos do século XIX e nas primeiras décadas do século XX^{2,3} e ainda hoje estão na sua essência válidos. Quanto à segunda, no nosso País as contribuições de Virchow foram conhecidas precocemente mas como é pecha do nosso conservadorismo permaneceu por muito tempo o padrão da interpretação dos casos de patologia renal

seguido por Volhard e Fahr –1913⁴ numa altura em que vários trabalhos experimentais e outros começavam a contribuir para mais rigoroso conhecimento da morfologia das doenças renais, o que em Portugal só se verificou nos anos cinquenta e sessenta.

Aliás, a curiosidade dos clínicos para esse órgão elegante mas modestamente oculto no seu esconderijo retro peritoneal foi despertada no nosso país só em 1854 – 27 anos após os trabalhos clínicos e morfológicos de Bright – por Bernardino António Gomes⁵, médico do Hospital de São José de Lisboa. Bernardino apresentou vários casos de patologia do rim extraídos do complexo grupo das hidropsias, nessa época em que a escola Médico Cirúrgica de Lisboa começava a ser reconhecida oficialmente pelos poderes – os doentes já a apreciavam de mais recuada data. Bernardino, que deixaria o seu nome a uma enfermaria e serviço desse hospital – aliás rapidamente conhecido mais pelo número que a onnipotente burocracia lhe tinha atribuído do que pelo nome

Recebido em: 27/01/2004

Aceite em: 09/02/2004

do patrono – chamava a atenção para a aparente raridade desses casos atribuindo-a a factores epidemiológicos ou a simples ignorância dos colegas.

Seja como for, no nosso país os “nefrófilos”, para usar a expressão de Jean Oliver, nunca foram muito abundantes ao contrário dos urologistas que fundaram uma das hoje mais antigas sociedades médicas portuguesas. O nascimento da Nefrologia como filha da Medicina Interna deu-se aliás de um modo que confirmou aquilo que ouvi tantas vezes Reinaldo dos Santos numa das suas admiráveis sínteses dizer: as especialidades nascem através da introdução de técnicas novas.

REANIMAÇÃO E MEDICINA INTERNA

Em finais de 1940 começos de 50, grosso modo, surgiu a nível hospitalar aquela grande e ambiciosa área do conhecimento médico a que os latinos chamaram romanticamente Reanimação e que os empíricos americanos crismaram de Cuidados Intensivos, designação menos ambiciosa, sem qualquer resquício místico ou filosófico que haveria de fazer fortuna. O cariz fisiopatológico que a medicina estava a exhibir nos anos cinquenta invadia cada vez mais todos os campos, entrando finalmente na área proibida até aí da substituição das funções de um órgão temporariamente incapacitado de contribuir para a homeostasia do organismo. A Reanimação, nasceu em termos práticos nos países escandinavos em 1952 na altura da epidemia de poliomielite nos anos 40-50 que neles se espalhou como um incêndio que também tinha atingido os Estados Unidos em 1950. A substituição temporária da ventilação pulmonar por aparelhos que muitas vezes, na saga escandinava, não eram mais do que o

prestável Ambu manipulado por sucessivos voluntários escalonados entre si, deu-se a partir daí, levando ao desenvolvimento de toda a tecnologia da ventilação artificial da determinação indispensável dos gases do sangue. São bem conhecidas neste campo as contribuições de Astrup com quem directamente trabalharam médicos da equipa do Hospital Curry Cabral no princípio dos anos sessenta. Nesta altura outras doenças infecciosas – felizmente a poliomielite já estava a desaparecer no mundo ocidental depois da vacina de Salk e da de Sabin – apresentavam também na sua história natural súbitas falências de órgãos vitais, quer do aparelho respiratório: meningites, encefalites, tétano, quer do aparelho urinário fazendo parte da sua história natural como nas leptospiroses ou ocorrendo nas múltiplas sequências fisiopatológicas da própria doença modificada por medicamentos dotados de toxicidade renal. A Reanimação estendeu-se progressivamente a todos os campos da medicina e as doenças infecciosas não podiam estar afastadas desse movimento sobretudo na altura em que se verificou que os antibióticos que tinham revolucionado o tratamento das infecções não podiam intervir com eficácia quando alterações fisiopatológicas rapidamente letais se tinham declarado.

O CENTRO DE REANIMAÇÃO DO HOSPITAL CURRY CABRAL

O Serviço de Medicina interna do Hospital Curry Cabral, com a subespecialidade de “Doenças Infecciosas” era um manancial riquíssimo de toda a patologia médica e mesmo cirúrgica. Desde os anos cinquenta muitos casos que entravam pela urgência de S. José com quadros clínicos mal definidos e o diagnóstico simplificado de síndrome febril

indeterminado eram admitidos para essa unidade onde fui colocado como chefe de serviço, após concurso de provas publicadas em 1960.

Nesse Hospital no qual trabalharam alguns dos mais notáveis médicos portugueses como Fernando Fonseca, Oliveira Machado, Cristiano Nina, Frederico Madeira, Iriarte Peixoto, o apoio laboratorial era muito insuficiente. O laboratório efectuava até 1960 como pesquisa inicial nos casos cujo diagnóstico clínico não fosse óbvio, como nas doenças exantemáticas, a reacção de Widal e a hemocultura de Kayser que permitiam fundamentar ou infirmar o diagnóstico, de modo simplificado e dicotómico, de febre tifóide: a grande ameaça. A partir daí o doente tinha ou não uma febre tifóide mas, quando não a tinha a escassez de apoio dos exames complementares era insuperável. Por isso o diagnóstico de saída mais frequente era síndrome febril indeterminado. Como exemplo lembra-se que a realização de um doseamento de sódio e de potássio era uma aventura laboratorial numa altura em que o fotómetro de chama era uma banalidade em qualquer hospital europeu.

Esta situação era um exemplo clamoroso do estado em que se encontravam na época os serviços hospitalares segundo a opinião do próprio Enfermeiro-Mor expressa num relatório que em 1959 enviou ao ministro da Saúde e Assistência⁶ "... as situações deprimentes em que os hospitais se encontram ... as deficiências estão bem patentes a todos... sobretudo nas últimas décadas quando o progresso da medicina e das especialidades tanto se acentua no estrangeiro sem que as condições dos nossos hospitais acompanhem esse progresso nas instalações e no funcionamento, pela deficiência do equipamento técnico...".

O documento resumia de maneira concisa

e para a época, corajosa, o estudo dos HCL "... más ou péssimas instalações salvo algumas excepções, deficiente equipamento e apetrechamento técnicos, escassez de pessoal médico, de enfermagem, administrativo e auxiliar, a maior parte muito mal remunerado, acumulação de doentes muitos dos quais não devem permanecer nos HCL mas sim em asilos, hospícios e hospitais de convalescença e de incuráveis."

Em breve se tornou óbvio que era necessário modificar as condições em que o hospital funcionava. Tentar modificá-lo no seu conjunto implicaria contudo uma luta certamente destinada ao fracasso numa organização mais vasta já de si defeituosa. Seria indispensável criar-se uma unidade clínica independente dentro do serviço, com laboratório próprio e directamente ligado a ela que deveria ser um centro bem equipado capaz de apoiar o tratamento de falências de órgãos vitais. Essa unidade viria a chamar-se Centro de Reanimação do Hospital Curry Cabral. Esta era aliás, como em breve verifiquei, uma solução adoptada em todos os países que tinham encarado estes problemas, e que seria utópica em Portugal se não existisse já nesse momento a Fundação Calouste Gulbenkian à qual pedi auxílio. O Enfermeiro-Mor em exercício na época, o Dr. Mário Carmona, compreendeu a importância deste assunto e, como era exigência da Fundação, comprometeu-se a manter a nova unidade à custa do orçamento do HCL logo que ela estivesse funcional. Além do equipamento indispensável para o laboratório: fotómetro de chama, aparelhagem para a determinação do Ph, do Pco₂, do Po₂ do sangue, etc, era necessário adquirir aparelhos de respiração artificial e de hemodiálise, e ainda enviar para estagiar em centros do estrangeiro de reconhecida competência nessas áreas, médicos e enfermeiras durante o tempo neces-

sário para a aprendizagem dos novos métodos. Quanto ao tratamento da insuficiência respiratória nas doenças infecciosas, a unidade mais credenciada na Europa era a do Hospital Claude Bernard dirigida por Pierre Mollaret, em Paris. A França apesar de o seu estado sanitário ser melhor do que o de Portugal tinha ainda muitos doentes de tétano e um resíduo de poliomielites graves com paralisia respiratória irreversível, complicações que por razões epidemiológicas próprias do nosso país não assumira no período pré-vacina anti-poliomielite uma importância comparável entre nós, e, portanto não ia constituir preocupação para os nossos serviços. Além da insuficiência respiratória, a insuficiência renal era uma ocorrência frequente na patologia infecciosa, como já se disse atrás.

A unidade escolhida para o tratamento da insuficiência renal aguda foi a do serviço de Nefrologia do Hospital Necker dirigida por Jean Hamburger, que estava na linha da frente em todo o mundo ocidental na nova disciplina médica que se chamava Nefrologia. Às reuniões anuais desse serviço acorriam a Paris uma grande parte dos “amigos da patologia” do rim, da Europa e dos Estados Unidos.

Em Portugal a preocupação com as doenças renais tinha-se reactivado nos anos cinquenta, após terem sido publicados livros sobre a patologia renal que ainda hoje são modernos. Refiro-me entre outros aos hoje clássicos de Homer Smith já citados e ainda aos de Arthur Fishberg⁷.

Em 1961 Adolfo Coelho tinha começado a fazer biópsias renais e num curso organizado para internistas pela Sociedade de Medicina Interna, a insuficiência renal aguda tinha sido objecto de uma lição teórica que me coube a mim.

Em toda a Europa desenhava-se de facto um grande interesse pela patologia do rim. Expressão dessa tendência foi em França a mudança do título do velho *Journal d'Urologie*

Médicale et Chirurgicale, para em 1960, *Journal d'Urologie et Nefrologie*.

Após os estudos preliminares efectuados que permitiram estabelecer o programa dos estágios de preparação técnica e clínica do pessoal que iria trabalhar na nova unidade polivalente de reanimação foi reunida uma equipa que recebeu bolsas de estudo da Fundação Calouste Gulbenkian segundo o plano acordado.

A importância de lembrar estes pormenores é esta: nós portugueses temos tendência para deixar passar os acontecimentos em que participamos como se eles tivessem sucedido meramente por acaso não procurando o seu enquadramento na circunstancialidade da ocasião ou, como disse Ortega Y Gasset, no homem e na sua circunstância, o que tem o inconveniente de não aprendermos nada com a experiência vivida e de pretendermos que tudo comece de novo. Nesta memória do nascimento da Nefrologia em Portugal como disciplina clínica, não posso deixar de falar daquilo que se fez no Centro de Reanimação do Hospital Curry Cabral mas quero acentuar que nada podia ter sido realizado por uma só pessoa. O chefe de serviço não conhecia sequer de parte alguma, a não ser do próprio serviço, os médicos e enfermeiras que fizeram parte do grupo inicial do Centro de Reanimação. Tinham-se encontrado todos naquela esquina do destino. A única coisa que pode oferecer-se aos que seguiram este caminho foi a miragem do desconhecido e a oportunidade de aprender.

A equipa que escolhi era toda dos HCL e constituída por internos ou chefes de serviço de Medicina, de Anestesiologia, de Otorinolaringologia e de Cirurgia. Os estágios iniciaram-se em 1962. Entretanto, procedia-se à escolha do material necessário e à instalação do Centro de Reanimação num pavilhão que tinha sido previamente construído. Em fins de 1962 antes de serem terminados os trabalhos no edifício

novo começaram as actividades noutra. Os tétanos, tanto os de adulto como o neo-natal, eram os casos de doenças infecciosas mais exigentes no seu tratamento⁸.

Em breve começaram a surgir pneumonias graves, bronquites crónicas vindas de outros serviços do Hospital Curry Cabral ou de outros hospitais e outras patologias como por exemplo as intoxicações por barbitúricos que o serviço de urgência do Hospital de São José que não estava equipado para tratar a insuficiência respiratória causa de morte principal destas situações, passou a enviar ao Centro de Reanimação que tratou muitas dezenas de casos dessa etiologia. A insuficiência renal aguda ocorre também em nefropatias primárias que começaram a procurar o Hospital Curry Cabral.

A INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

Scribner tinha iniciado em 1961 em Seattle o tratamento da insuficiência renal crónica graças à possibilidade que o shunt de Quinton recentemente introduzido oferecia para a utilização prolongada do rim artificial.

Até essa altura a insuficiência renal crónica era uma das sombras negras da medicina interna e a introdução do rim artificial no seu tratamento que não era mais que a substituição de um órgão destruído, foi de facto uma revolução que permitiu a criação de uma nova especialidade: a NEFROLOGIA, que foi de facto um desenvolvimento da Reanimação entre nós e da Medicina Interna.

Em 1965 foi introduzido no Centro de Reanimação do Hospital Curry Cabral o tratamento da insuficiência renal crónica^{9,10}, o que ultrapassava o projecto inicial mas se inseria numa lógica de aproveitamento de recursos.

A maior parte dos médicos em todos os países e sobretudo no conservador Portugal,

não compreendia bem tratar não uma doença mas uma fisiopatologia complexa e uma sintomatologia. O objectivo novo era de facto a substituição de um órgão numa perspectiva de tempo indefinido o que não sucedia no caso da insuficiência renal aguda desde logo temporária. Na insuficiência renal crónica reconhecia-se que os rins estavam definitivamente destruídos, mas graças a progressos técnicos a medicina lançava-se na ambiciosa via da substituição artificial de um órgão. As características do funcionamento dos rins permitiam a sua substituição de modo intermitente.

Estava-se na fase inicial de uma arrojada aventura. Não se sabia qual era a frequência óptima das diálises em cada doente, as características técnicas das membranas a utilizar e dos aparelhos de hemodiálise que estavam em constante mudança. Todos estes problemas eram discutidos nos Estados Unidos e na Europa onde tinha sido criada a EDTA a sociedade científica que era o ponto de convergência dos que ousavam lançar-se nesta aventura.

Em Portugal a maioria dos médicos tinha uma posição abstencionista perante o tratamento novo dos doentes renais crónicos. O motivo da hesitação era também o seu custo necessariamente elevado e a sua repetição indefinida que se afigurava um empreendimento quase insensato. Contudo, progressivamente, na Europa ele começava a estender-se com bom ritmo, mas a assunção da sua responsabilidade, pela comunidade, dado o seu custo foi lenta em todos os países. Em Portugal o tratamento dos primeiros doentes no Hospital Curry Cabral foi possível graças à Fundação Gulbenkian. O custo da diálise contudo cobria unicamente o material necessário para cada sessão; os médicos e as enfermeiras incluíam no seu trabalho hospitalar o novo método – que para eles começou a ser normal como qualquer outro. O tratamento efectuava-se no Centro de

Reanimação que funcionava 24 horas. A capacidade máxima da sala de hemodiálise era de 20 doentes.

Ao lado da hemodiálise usou-se no Hospital Curry Cabral a diálise peritoneal intermitente que permitia receber doentes crónicos que já não cabiam na sala de hemodiálise. Várias dezenas de doentes foram compensados durante muitos meses com essa técnica. A panorâmica geral dos doentes que no Hospital Curry Cabral foram mantidos em hemodiálise regular entre 1966 e 1975 é apresentada nas figs. 1 e 2.

Entretanto o n.º de casos tratados em todo o mundo foi subindo regularmente. Mesmo assim durante bastantes anos só os grupos etários compreendidos entre os 15 e os 45 anos, o que excluía as crianças, eram abrangidos; os casos em que a insuficiência renal era devida a doença sistémica como o Lupus Eritematoso Disseminado ou o Mieloma Múltiplo só muito mais tarde foram admitidos. Em todos os países o grande óbice ao tratamento era o seu custo insuportável o que implicava o seu pagamento pelos serviços públicos de cada país. Escusado será dizer que em Portugal a resistência destes a assumi-lo foi quase inaba-

lável até ao 25 de Abril de 1974, tendo sido possível iniciar e manter o tratamento só graças à Fundação Gulbenkian e a algumas entidades privadas beneméritas.

Contudo, a pressão exercida a partir dos anos sessenta pelos médicos que estavam a tratar doentes renais crónicos e pelos doentes, levou o Ministério da Saúde a nomear uma comissão que elaborou um tímido relatório sobre esse tratamento em Portugal de que Jacinto Simões foi o relator e que foi publicado em 1973¹¹.

O número de doentes a tratar era muito superior obviamente ao desejo da administração dos serviços de saúde.

TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Do programa delineado para o tratamento da insuficiência renal crónica fazia parte desde o início, a transplantação renal.

As várias fases desse empreendimento foram cuidadosamente preparadas pelo grupo do Hospital Curry Cabral: o objectivo era iniciar uma actividade regular que completasse a oferta

HOSPITAL CURRY CABRAL					
ANOS	1966	1967	1968	1969	1970
N.D.	2	7	10	9	11
D.H.R.	2	7	11	8	8
Falecidos H. D.	1	1	3	1	1
Transplantados	1			2	3

Fig. 1

HOSPITAL CURRY CABRAL					
ANOS	1971	1972	1973	1974	1975
N.D.	9	6	9	2	2
D.H.R.	15	14	18	18	18
Transplantados					
Falecidos	1	3	3	2	

Fig. 2

da diálise. A equipa que se preparou compreendia internistas, nefrologistas, cirurgiões e imunologistas e enfermeiras.

Os primeiros tinham de se familiarizar com as várias fases clínicas do processo, desde a preparação do doente até à compreensão dos vários tipos de rejeição e das acções dos medicamentos immunosuppressores indispensáveis.

Para os aspectos cirúrgicos foram escolhidos três cirurgiões, um cirurgião geral que chefiava a equipa e dois urologistas jovens mas já chefes de serviço. Os drs. João Viana Barreto, Alberto Matos Ferreira e José Pires Pereira foram os indigitados não só pela sua elevada craveira científica e técnica como pelo perfil moral e profissional. Todos eles estagiaram por vários períodos nos serviços de Jean Hamburger, de Calne, de Shakman, em Paris, Cambridge e Londres em 1967,68 e 69.

A preparação do grupo de Imunologia que era constituído por duas biologistas – o que também era uma inovação nos HCL – foi feita no H. St. Louis em 1968 no serviço de Dausset no qual estagiaram durante dez meses. Quando regressaram a Portugal já estava instalado o laboratório por elas planeado e o bloco operatório onde as transplantações iriam ser efectuadas tinha já sido construído no Centro de Reanimação obedecendo a todas as recomendações de assepsia que se exigiam na altura. A instalação do bloco cirúrgico no próprio Centro dava uma independência total à equipa médica e cirúrgica e libertava-a de intervenções burocráticas exteriores que, como se previa, se esboçaram mas ficaram sem suporte no terreno. Como é sabido a lei das transplantações existente em Portugal era antiquada, retrógrada e medíocre exigindo uma paragem cardíaca de quatro horas antes de ser autorizada a colheita de órgãos de cadáver. Tinha sido feita exclusivamente para a transplantação de córnea e só era possível portanto efectuar transplan-

tações renais de dador vivo. Em Dezembro de 1969 realizou-se a primeira transplantação renal em Lisboa poucos meses depois de Linhares Furtado ter feito uma em Coimbra. Teria sido possível transplantar mais cedo em Lisboa se não se tivesse desejado montar uma unidade que fosse cientificamente independente nos aspectos imunológicos. Efectuaram-se cinco transplantações de dador vivo nos anos de 1969 e 1970 com resultados satisfatórios. Numa das doentes teve de proceder-se à ablação do rim transplantado por complicação vascular irreversível. Essa doente viveu mais 20 anos depois desse incidente, mantida em hemodiálise.

O tratamento da insuficiência renal crónica em Lisboa esteve profundamente ameaçado paradoxalmente no 25 de Abril, e vários doentes foram enviados para Barcelona com as respectivas famílias, à custa do Estado Português como se Portugal não pudesse efectuar o tratamento e não se pudessem treinar médicos em maior numero para permitir a rápida expansão dos tratamentos de doentes. Só em 1978 se promoveu o alargamento da capacidade de tratar novos doentes com a abertura de um serviço de Nefrologia no Hospital de Santa Cruz criado como hospital central em 1977. Em 1983 o serviço de Nefrologia desse Hospital organizou um Simpósio sobre o tratamento da insuficiência renal crónica em Portugal de 1979 até ao primeiro trimestre de 1983 tendo-se encontrado uma espectacular subida do número de doentes e do número de centros hospitalares e extra hospitalares¹² (fig.3).

Em 1984 foi fundado o Registo Nacional de Insuficientes Renais Crónicos pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, tendo-se publicado os dados de 1984 e de 1985. Nos anos seguintes houve um lapso de tempo em que não saíram quaisquer informações do registo nacional que só mais tarde retomou a sua

actividade com outras características menos ambiciosas. Entretanto a EDTA recebia nesse período, desde 1966 a comunicação da colheita de dados feita em Portugal pelo delegado no nosso país que tinha o inesperado título de *key man* (guarda portão). O registo da EDTA com as características iniciais também foi extinto há poucos anos.

DA UNIDADE DA MEDICINA

A unidade da Medicina resulta essencialmente e forçosamente do seu objectivo: o Homem.

O conhecimento da doença e da saúde espalha-se por campos aparentemente separados entre si mas, paradoxalmente, a sua convergência repõe a unidade novamente: o que se passou com a Nefrologia, a Medicina Interna e a Reanimação.

A prática da Reanimação, por exemplo mostrou profundas modificações na etiologia da insuficiência renal aguda nos últimos 20 anos, de que uma das mais importantes é o desaparecimento das gestoses e dos abortos como sua causa como pode verificar-se nos quadros correspondentes a dois períodos em duas

data	c. hospitalares	c. extra-hospitalares	total
1979	6	3	9
1980	7	5	12
1981	9	12	21
1982	10	18	28
1983	12	22	34

Fig. 3

unidades de reanimação polivalente: no Hospital Curry Cabral e no Hospital Santa Cruz em 1966-75 no primeiro e em 1980-1989 no segundo. (figuras 4 e 5). Por outro lado nas unidades de doentes críticos o rim – isto é, a Nefrologia retoma a sua importância tantas vezes esquecida com o aparecimento das falências múltiplas de órgãos que já existiam nos anos sessenta, mas que alguns têm pretendido que só apareceram a partir de 1970¹³.

Através de análise discriminante correcta à insuficiência renal aguda em vários contextos pode verificar-se o peso relativo das falências de outros órgãos na mortalidade por exemplo o coração e o aparelho respiratório e ainda o papel da infecção (fig. 6). Aqui a Nefrologia foi invadida pela Medicina Interna.

Na insuficiência renal aguda o seu aparecimento como se sabe é sempre dramático, enquanto a insuficiência renal crónica surge em geral de forma inesperada e traiçoeira. Que factores extra renais terão influência neste comportamento? A diabetes aparece cada vez mais importante mas há outros cuja natureza é certamente mais difícil de identificar, entre os quais a hipertensão desempenha um papel fundamental.

O rim ao contrário do coração é um órgão

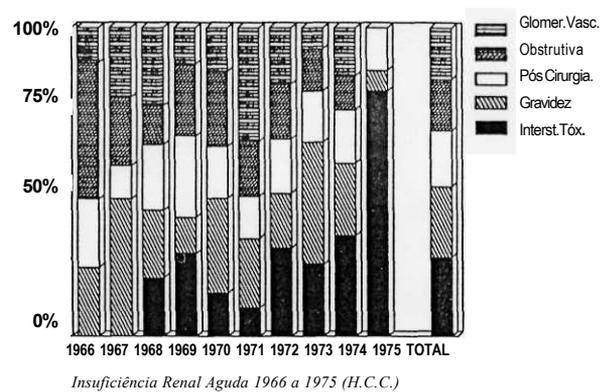


Fig. 4

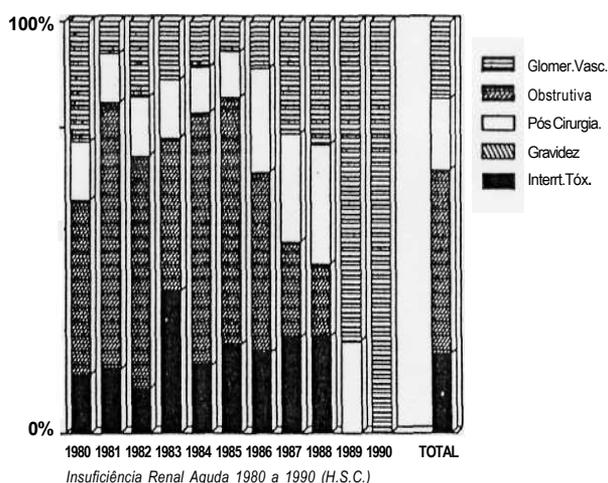


Fig. 5

Resultado da previsão com a regressão logística tendo os insultos séptico, respiratório, digestivo, hepático, cardíaco, SNC e hemostático como variáveis explicativas

Grupo previsto			
Grupo efectivo	Vivo	Morto	Total linhas
Vivo	168 [89,4%]	20 [10,6%]	188
Morto	27 [39,1%]	42 [60,9%]	69
Total colunas	195	62	257
- Especificidade e sensibilidade			
Especificidade	Sensibilidade	Previsões correctas	
89,4%	60,9%	81,8%	

Fig. 6

com pequena expressividade sintomática e em geral a insuficiência renal crónica não é precedida de um quadro de insuficiência renal aguda facilmente detectável. Sucede ainda que o seu aparecimento se verifica em grupos etários cada vez mais avançados e por ventura menos submetidos a cuidados regulares. A Nefrologia do nosso tempo está assim cada vez mais ocupada com o tratamento da insuficiência renal crónica terminal tantas vezes inesperada. Essa circunstancia não pode fazer abandonar a pesquisa de métodos de diagnóstico precoce e pré-clínicos que pelo contrário tem de ser um dos seus objectivos. Por outro lado não pode esquecer-se ainda que a doenças renais têm uma importância social enorme e são um grave ónus para a saúde pública nas sociedades contemporâneas.

Deve ser ambição da Nefrologia contribuir através da prevenção das fases terminais das doenças renais para a modificação desta situação.

Por tudo isto as tarefas que esperam os Nefrologistas são cada vez mais aliciantes e exigentes

Referências

1. SIMÕES, JACINTO. Progressos de Nefrologia em Portugal nas últimas décadas, Bol. Soc. Ciências Médicas de Lisboa, Editorial 1986.
2. SMITH, HOMER. The Physiology of the Kidney, Oxford University, New York, 1937.
3. SMITH, HOMER. Principles of renal Physiology, Oxford University, New York, 1956.
4. VOLHARD UND FAHR. Die Brightsche Nierenkrankheit, Berlin 1914.
5. GOMES, BERNARDINO ANTÓNIO. Notícia de alguns casos de mal de Bright, Academia Real das Ciências de Lisboa, 1854.
6. Relatório do Enfermeiro-Mor. Boletim Clínico dos HCL., 1959.
7. FISHBERG, ARTHUR. Hypertension and Nephritis, Lea and Febiger, 4th Edition, 1947.
8. SIMÕES, JACINTO. Notas sobre a actividade do Centro de

- Reanimação do Hospital Curry Cabral. Boletim Clínico dos HCL, 31, 1, 165.1967.
9. SIMÕES, JACINTO. Hemodiálise; estado actual e indicações. *Semana Médica*, 9, 431, 8, 10. 1967.
 10. SIMÕES, JACINTO. Insuficiência renal crónica, Fisiopatologia e princípios gerais de estratégia terapêutica. 165-184, *Bases da Nefrologia Clínica*, curso para pós-graduação, HCL. 1971.
 11. JOAQUIM ROSA PAIXÃO, JACINTO SIMÕES e outros, Tratamento da insuficiência renal aguda e crónica em Portugal – o médico, pp7280, vol. LXXXI . 1976.
 12. RIBEIRO, OCTÁVIO. Inquérito sobre a insuficiência renal crónica em Portugal, 5º Simpósio de Nefrologia, Lisboa, 1983.
 13. SIMÕES, JACINTO. Falências Múltiplas de órgãos, Tese, Lisboa, 1992