



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 20 • Março 2012

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Colecistectomia Laparoscópica

A passagem do Rubicão

Henrique Bicha Castelo

Presidente da SPC

Professor Catedrático de Cirurgia, FMUL

Director do Departamento de Cirurgia, CHLN

Em Janeiro de 2011 celebraram-se **20 anos de Colecistectomia Laparoscópica em Portugal**.

Sem efusivas celebrações, que essas fazemo-las no dia-a-dia, julgo adequada a prestação de um tributo que, além do *Caderno* editado pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, se cumpra através de um breve *exercício de memória*.

Memória de *caminhos*, atribulados de início e fantásticos depois, de *caminhantes* que os percorreram de forma única na História, sobre a *vertigem dos tempos* em que foram vividos e as *atitudes* que mudaram, radicalmente, perspectivas e paradigmas da **Arte Cirúrgica**.

Porque é de Portugal que falamos não quero ignorar os nossos múltiplos e diversos pioneirismos que, ao longo da História, foram fulcrais para o desenvolvimento do Conhecimento e da Humanidade. Também assim aconteceu no domínio da Cirurgia em que, como mera referência exemplificativa, não citarei mais que a angiografia cerebral de Egas Moniz (1), bem como a aortografia de Reynaldo dos Santos (2) e a endarteriectomia de João Cid dos Santos (3), que mereceram de René Leriche o comentário de que « ... *avec les Dos Santos est naître à Lisbonne la Moderne Chirurgie Vasculaire...* » (4).

Todavia, apesar honrossíssimos, estes casos não têm passado de excepção, razão porque a **Cirurgia Laparoscópica** assume posição de particular relevo, na medida em que foi responsável por, pela primeira vez,

a **modernidade cirúrgica** ter chegado, sem atrasos, ao nosso País.

Na verdade, logo no ano em que foi aceite pelas grandes Sociedades Cirúrgicas – AFC, SAGES e ACS – e um ano antes do reconhecimento pela Comunidade Científica Internacional como terapêutica *gold standard* da litíase vesicular sintomática (5), a Cirurgia Laparoscópica era uma realidade, cumprida através de Programas sustentados, em vários Centros Nacionais.

Sendo que a Cirurgia Portuguesa está, técnica e cientificamente, na linha da frente da cena internacional, entre as áreas em que estamos efectivamente *à la une*, porque soubemos criar meios, ambientes e competências *para cavalgar a contemporaneidade*, a **Colecistectomia Laparoscópica** é, sem qualquer margem para dúvidas, o exemplo mais emblemático.

Vejamus então, em síntese, como foram vividos *esses tempos* de há 23 anos do Mundo para chegar, depois, aos de há 20 anos em Portugal.

Proponho-vos que iniciemos esta viagem por uma reflexão simples.

Sendo que a *laparoscopia* era uma técnica que desde as décadas de 60 e 70 do século passado, era uma metodologia diagnóstica comum regularmente utilizada em Gastrenterologia e Ginecologia, esta já com a dimensão terapêutica, porque é que só na transição dos anos 80/90, ocorreu o tsunami desencadeado pela Colecistectomia?

Como todos sabemos, a resposta é simples.



A *laparoscopia clássica*, efectuada através da observação directa pelo laparoscópio e envolvimento exclusivo do *operador*, não permitia mais que gestos simples e elementares.

Com o progressivo reforço de vários procedimentos ginecológicos, o facto é que a Cirurgia Geral não foi terreno onde *aquela* laparoscopia tivesse podido ter medrado.

Compreende-se que assim fosse, como justificou Kurt Semm, ginecologista alemão de reconhecimento internacional, quando em 12 de Setembro de 1980, depois de ter efectuado *a primeira Apendicectomia Laparoscópica com sutura a base apendicular*, afirmou que *a grande complexidade da técnica* não lhe permitia antever grandes condições de sucesso (6).

Contudo, nos *acazos da Vida, as coisas* sempre acontecem quando ao **passado**, que se interioriza, se associa a **experiência**, que se fez conhecimento, e à **prática**, definidora de competências, se associa um pequeno **detalhe** que, transfigurando o comum, faz o **particular**.

A centelha da inovação foi a **câmara de vídeo**, fruto da investigação da bio-engenharia, que acoplada ao **laparoscópio**, constituiu um sistema integrado de vídeo que, afirmando-se como um verdadeiro *toque de Midas*, capta as imagens intra-abdominais transmitindo-as para um **monitor**. O procedimento deixou, assim, de ser um acto de isolamento técnico para se transformar num efectivo *exercício de grupo cirúrgico*, permitindo que todos os elementos passassem a trabalhar em Equipa, de forma concertada e cooperativa.

A visualização uniforme do gesto cirúrgico por todos os elementos da equipa consubstancia uma relevante mais-valia em relação à *cirurgia clássica*, não só em termos formativos como, factor não dispiciendo, a propósito da segurança e minimização de iatrogenias. Estavam assim criadas as condições que, revolucionando atitudes, favoreceram a progressiva diferenciação técnica que fazem da **Cirurgia de Acesso Mínimo** a via de eleição para a generalidade de patologias e órgãos abdominais.

Como sabemos, tudo isto convergiu em 17 de Março de 1987, com Philippe Mouret, quando efectuou a **sua primeira** Colecistectomia Laparoscópica.

Cirurgião Geral de Lyon, com actividade em Clínica Privada, *respeitado na Cidade* pela grande experiência adquirida em cirurgia ginecológica e laparoscopia, em Março de 1987, P. Mouret já tinha efectuado “... *mais de 8000 intervenções ginecológicas* e, depois de começar a utilizar este sistema de vídeo-cirurgia, *mais de 100 apendicectomias* ...” (7).

Segundo o relato de P. Mouret a história da intervenção é simples porque “... *the first cholecystectomy was performed quite naturally, without premeditation...*” (7), numa doente de 50 anos com dor pélvica persistente e que lhe foi referenciada para exploração laparoscópica e, eventual, lise de aderências. Porque a doente apresentava litíase vesicular sintomática, P. Mouret decidiu tratar ambas as situações no mesmo tempo operatório, não constando no Registo Operatório nada mais que “... *laparoscopy, gynecological adhesiolysis and cholecystectomy* ...” (7).

François Dubois, de Paris e Jacques Périssat, de Bordeaux, confrontados com os vídeos de 8 casos de P. Mouret e com as suas próprias experiências, com instrumentos adequados à realização de mini-laparotomias (8) e de litotricia (9), perceberam que a proposta de Mouret era o caminho de desenvolvimento que procuravam.

Acordaram que as experiências seriam apresentadas em conjunto e que Jacques Périssat promoveria a técnica nos EUA, enquanto Dubois e Mouret o fariam na Europa (10).

Dois episódios, bem conhecidos, e tão relevantes quanto curiosos.

Jacques Périssat viu recusada a apresentação da técnica ao Congresso da SAGES, em Abril de 1989 em Louisville. Todavia, conseguiu que um pequeno Stand da Área de Exposições passasse o vídeo *The Technique of the New Laparoscopic Cholecystectomy*, com tal sucesso que, frequentemente, era maior o número de presenças no Stand do que nas Salas de Conferências (11).

Nesse mesmo ano, a Comunicação foi aceite no Congresso Anual do American College of Surgeons, tendo na discussão a intervenção sido considerada como **no safe, non ethical and no practical** (9).



Nota complementar relevante a este propósito, por reforçar o descrédito inicial que a técnica mereceu das comunidades científicas, foi o verificado com Erich Muhe na Alemanha quando apresentou, em 1986, no Congresso Nacional a sua experiência com a Colecistectomia Laparoscópica que tinha começado a efectuar em 1985 (12). Além da violência das críticas, Muhe constatou que a sua comunicação não foi incluída Livro de Resumos do Congresso (13). Além do impacto pessoal, este facto fez com que o acto pioneiro de Erich Muhe tivesse permanecido ignorado até Março de 1999 quando, no Congresso da SAGES, foi convidado para proferir a *Main Conference*, justamente, intitulada *The First Laparoscopic Cholecystectomy* (14).

Apesar de marginalizada pelo ACS em 1989, alguns grupos americanos, de que se destacaram, em primeiro lugar, J. Barry McKernan and William B. Saye, de Marietta, Geórgia (15), seguidos por Eddie J. Reddick and Douglas O. Olsen, em Nashville, Tennessee (16), perceberam o significado e o alcance do procedimento, iniciando a sua prática, introduzindo apenas alguns detalhes, como a posição do doente na mesa operatória e a energia laser, abandonada logo depois, que diferenciaram a *posição americana* da *posição francesa*.

Todavia, em 1991, ou seja, apenas dois anos depois de *proscrita*, a Colecistectomia Laparoscópica foi o tema central do Congresso Anual do ACS, com tal sucesso que Sir Alfred Cuschieri não hesitou em chamar-lhe *The Second French Revolution* (17).

No ano seguinte, na Conferência de Consenso sobre *Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy* organizada, em Setembro de 1992, pelo National Institute of Health, em Bethesda, John Gollan, Chairman da Conferência, concluiu com a interrogação “... *why punish the skin, the muscles and the fat, when all you want is the gallbladder?*... e a afirmação, definitiva, que a “... *Laparoscopic Cholecystectomy is, nowadays, the Gold Standard treatment for symptomatic conditions of gallbladder stones.*...” (5)

As razões de Cuschieri para a adjectivação de *Revolução* foram múltiplas e diversas.

Desde logo, o **intervalo de tempo** necessário para a aceitação universal do procedimento, de que os 2 anos de intervalo entre *proscrição* e *eleição* são facto único na História da Cirurgia.

Depois, o **modo** de cumprir a componente artesanal da arte cirúrgica. Do exercício manual directo, o cirurgião passou a operar à *distância de 50 cm*, sob uma diferente coordenação oculo-motora que, ao contrário da coordenação directa do gesto, impõe a *triangulação monitor-cérebro-mãos*.

A esta radical mudança de **atitude**, as especificidades subjacentes a esta *Revolução* imporiam, naturalmente, igual mudança de **mentalidades**.

Mudança de **mentalidades** porque era indispensável compreender que os aforismos de Charles Mayo, quando dizia que “*the larger the cut, the better the surgeon*”, e de Lord Mohynyan, para quem “*the way to the hell is paved by small incisions*” (18), tinham por base a necessidade de um amplo campo de visão, fundamental para o, rigor a segurança, do exercício cirúrgico. Mantendo o primado inalienável da visão adequada do campo operatório, *a mudança dos meios* própria dos *novos tempos*, impunha que se *mudassem as vontades*.

Ou seja, mantendo-se intocáveis as indicações, os princípios, apenas se alterava o *acesso* que, permitindo *operar mantendo a cavidade abdominal fechada*, condicionou uma mudança radical do paradigma cirúrgico. Este facto, a que se associava o recurso a novas tecnologias, era bastante para a imposição de um período de treino específico.

Esta questão que veio a constituir-se como um dos pontos mais delicados de todo o processo, face às grandes resistências que suscitou em muitos dos *Grands Patrons* da época que, persistindo em manter como verdade inquestionável os dogmas de Charles Mayo e de Lord Mohynyan, *viram os seus espíritos violentados por tão irresponsável ousadia*. Outro ponto, em meu entender não menos relevante, era o facto de não *ser concebível* que, depois de longas e muito sólidas experiências cirúrgicas, tivessem que regressar a uma fase de treino básico.

Por isso, não foi fácil que compreendessem a **modernidade dos tempos**, em que a tecnologia nos



faculta instrumentos de elevada potencialidade que, introduzidos na cavidade abdominal através de *pequenas incisões*, nos permitem ver melhor e operar em espaços mais limitados para, respeitando os princípios invioláveis da indicação e do rigor da técnica, nos permitem fazer *tão grandes*, complexas e avançadas *intervenções* como as efectuadas através das *grandes incisões*.

As consequências destas posições não foram simples.

Dois exemplos clássicos.

Rapidamente generalizada em França com o argumento de que *a visualização de uma intervenção era bastante para a aprendizagem dos cirurgiões mais experientes* teve como consequência o problema das Lesões da Via Biliar Principal, incidente quase desaparecido das séries hospitalares e que reapareceu com números a traduzirem clara *má prática* cirúrgica. O problema teve tal repercussão que impôs da parte da Association Française de Chirurgie uma tomada de posição firme quando, pela palavra do seu Secretário-Geral, Gerard Champault, publicou o Editorial intitulado *Attention Danger*.

Com o *dedo claramente posto na ferida*, Gerard Champault dizia que o facto era consequência de impreparação não sendo, ética e moralmente, legítimo que qualquer cirurgião, independentemente da sua posição e experiência, se iniciasse nesta nova técnica cirúrgica sem um indispensável e adequado treino cirúrgico específico (19).

O outro exemplo foi a referência à *inaplicabilidade* da cirurgia laparoscópica a outros órgãos e patologias, de que eram particular exemplo as do cólon e do recto.

Apesar das repetidas chamadas de atenção para a necessidade do cumprimento, com absoluto rigor, da técnica e não manipulação do tumor (20), foram vários os registos oriundas de Centros de Referência, como a Cleveland Clinic, invocando a sua ineficiência (21,22), com particular ênfase para o tratamento do cancro, face aos *inaceitáveis números de metástases nas portas* (23). Foi demorado o período necessário ao reconhecimento de que o problema *é do técnico e não da técnica*, para que a questão fosse interiorizada e ultrapassada (24).

A grande influência que, à época, a Escola Francesa exercia na *Cirurgia Portuguesa* fez com que, logo em Outubro de 1988, tivéssemos tido conhecimento da técnica quando Mouret, Périssat e Dubois a apresentaram ao Congresso Anual da AFC em Paris. Pelo imediato interesse que despertou, a AFC realizou, em Outubro do ano seguinte, um Workshop dirigido por Pierre Testas que frequentei e me possibilitou, depois, um adequado período de treino no seu Serviço no Hôpital de Bicêtre.

Os aliciantes da diferença técnica, a sedução da tecnologia, a minimização da agressão cirúrgica, com todas as vantagens daí advindas para os doentes, eram entusiasmantes, razão porque alguns Grupos Cirúrgicos nacionais, concretamente do Porto, Coimbra e Lisboa, tivessem iniciado o treino e requerido, junto das Administrações Hospitalares e da Fundação Calouste Gulbenkian, o equipamento necessário.

E, numa manhã de Janeiro de 1991 a sociedade portuguesa foi *assaltada* com a divulgação pela televisão, que o Prof. Doutor Carlos Alves Pereira estava a realizar no Hospital Militar Principal, em Lisboa, *uma intervenção cirúrgica tão inovadora que, pela sofisticação dos recursos tecnológicos e atitude técnica, era absolutamente revolucionária*.

E, *viu-se* pela primeira vez em Portugal que era possível fazer operações dentro da cavidade abdominal, *através de buraquinhos e sem abrir a barriga dos doentes*. Soubemos que a intervenção foi um sucesso e espantosa a recuperação do doente.

Deve-se, pois, a Carlos Alves Pereira e à sua Equipa a iniciativa e capacidade mobilizadora de influências para concertar sinergias e vontades no Hospital Militar Principal que lhes permitiram dar o primeiro passo em território nacional da **Nova Era** da *modernidade cirúrgica*.

Esta iniciativa foi fulcral para incentivar Instituições ainda hesitantes favorecendo que, face ao treino adquirido, nos primeiros 4 meses de 1991 já houvesse 8 Grupos a fazer regularmente a Colectectomia Laparoscópica no nosso País. 3 Grupos em Lisboa – C. Alves Pereira, José Schiappa e H. Bicha Castelo – , 2 em Coimbra – F. Castro e Sousa e Augusto Moreira



– e 3 no Porto – A. Araújo Teixeira, Victor Ribeiro e Jorge Maciel –.

Reafirmo o *cavalgar da modernidade* porque, como recordarão, entre Janeiro e Abril de 1991 a Colecistectomia Laparoscópica era uma técnica ainda muito contestada e não aceite universalmente.

O reconhecimento só veio a acontecer, como bem sabemos e referi, no Congresso Anual da American College of Surgeons, em Outubro de 1991 e, oficial e definitivamente, no ano seguinte em Bethesda, na Conferência de Consensus do NIH (5).

Seria legítimo esperar que o ambiente em Portugal não tivesse sido diferente do verificado nos restantes Países, com maior impacto nos EUA e na Alemanha, pelo que, também nós não estivemos imune àquele tipo de críticas, tendo a generalidade dos *Grands Patrons* nacionais reagido de forma dura à *insensatez, se não mesmo irresponsabilidade* que começava a grasar entre nós.

Desta atitude, própria da nossa tradição cultural proclamada pelo *Velho do Restelo*, emergiram duas Figuras Tutelares: Luís José Raposo, incentivando os seus Discípulos, e António Araújo Teixeira, assumindo o leme e conduzindo o processo.

Como foi bem vivido por todos, depois de C. Alves Pereira, Araújo Teixeira foi, por duas diferentes ordens de razão, a chave da concretização e do sucesso do Programa da Colecistectomia Laparoscópica entre nós.

A primeira é fruto do seu jovem espírito de cirurgião, sempre ávido de fazer mais, melhor e diferente.

Acreditou na Cirurgia Laparoscópica desde o início e, além da sua própria formação, criou condições para que os seus Colaboradores se treinassem com François Dubois, fazendo do seu Serviço no Hospital de S. João um dos Centros de Referência Nacionais.

A segunda razão, foram as Reuniões Internacionais de Cirurgia Digestiva, que traziam anualmente ao Porto as Grandes Figuras da cirurgia mundial. Foi aí que vimos operar os Mestres de referência e, a partir de 1991, também os que estavam a *fazer opinião e história* na Cirurgia Laparoscópica.

Com o seu exemplo, deu-nos estofos e suporte de

reação a comentários e críticas sobre a *insensatez reinante* na Cirurgia Portuguesa de então.

Outro tempo nuclear para a consolidação da qualidade da nossa actividade e resultados na Colecistectomia Laparoscópica foi a estratégia da Sociedade Portuguesa de Cirurgia quando, na Direcção de Francisco Castro e Sousa, desenvolveu um longo e sustentado Programa de Formação e Treino que, percorrendo todos os Grandes Centros do Continente, chegou aos Açores. Esta muito positiva e eficiente iniciativa, culminou com a Publicação, em 1995, da *Monografia sobre Colecistectomia Laparoscópica* (25).

Direi que os cirurgiões portugueses estiveram, mais uma vez, à altura das suas responsabilidades. É minha convicção que a iniciativa da SPC foi fulcral para o nosso sucesso, porque soubemos *ver e perceber* a essência do problema e adquirir capacidades e sólidas competências.

A qualidade do trabalho então desenvolvido foi objectivada pelos resultados do Inquérito Nacional efectuado no âmbito da SPC e publicado em 2000 (26).

Após 7 anos de prática regular da Colecistectomia Laparoscópica no nosso País, entendeu o Capítulo de Cirurgia Laparoscópica da SPC, como conveniente, conhecer a nossa realidade neste domínio, através da análise de respostas a um Inquérito enviado a todos os Directores de Serviço de Cirurgia dos Hospitais Públicos Nacionais.

Com um grau de adesão global ao Inquérito de 56,70%, a iniciativa permitiu-nos saber que, até Dezembro de 1997, tinham sido efectuadas 18.044 Colecistectomias por via Laparoscópica, em contraponto às 33.794 intervenções por via Aberta, efectuadas 1988 e 1997. Analisámos os resultados e procedemos a uma análise retrospectiva que, com as limitações próprias deste tipo de estudos, tem a particularidade de comparar a eficiência consolidada da Cirurgia Clássica, com a do início da Cirurgia Laparoscópica.

Reportando-me apenas à incidência relatada de Lesões da VBP, recordo que esta foi de 0,55% na Cirurgia Aberta e de 0,25% na Colecistectomia Laparoscópica.



Comparando os nossos resultados com as Séries Europeia e Americana, ambas referentes a 1992 e analisadas, também, retrospectivamente, verificámos que os nossos resultados eram semelhantes aos 0,30% reportados na série americana e, significativamente, melhores que os 0,96% da série europeia (26).

Concluimos que estas diferenças eram consequência de dois factores que confluíam no período de análise – início da laparoscopia nas séries americana e europeia e o período de 1991 e 1997 da série nacional -. Este ponto é fulcral para a ponderada valorização crítica dos resultados porque, foi esse intervalo de tempo que nos permitiu, com atenção aos erros cometidos pelos que nos precederam, os tivéssemos podido evitar através do cumprimento de adequados Programas de Formação e de individualizados períodos de Treino específico (26).

Independentemente dos diversos factores veiculadores de interesses confluentes neste domínio (27), a razão fundamental para o extraordinário sucesso do desenvolvimento da *Cirurgia de Acesso Mínimo* foi a sua intrínseca potencialidade técnica, capacidade terapêutica e eficiência clínica.

A enorme vitalidade e espantosa velocidade com que se vive no mundo da investigação bio-médica permite-nos perspectivar que os avanços tecnológicos de que disporemos no futuro, tanto no domínio da robótica como no das nanotecnologias, sem poder perspectivar o horizonte, farão com que a *cirurgia de amanhã*, diferindo radicalmente nos meios e nos modos, apenas coincidirá com **a de hoje** nos domínios dos princípios e objectivos. Ou seja, com *outros meios e outros modos* julgo que apenas na procura de soluções técnicas adequadas às alterações anatómico-fisio-patológicas que se desenvolverão no componente biológico do Homem, haverá coincidência com a forma como hoje cumprimos o nosso ofício para, então, com mais eficientes soluções e muito baixos, visando a anulação, custos em termos de morbilidade e mortalidade.

No âmbito da prática cirúrgica são exemplo claro dessa situação os exemplos de hoje, com o SILS, a controversa abordagem *NOTES* e os casos da **Teleci-**

rurgia, com os primeiros casos realizados em 2001, quando um doente em New York foi submetido a uma Funduplicatura de Niessen a partir de Strasbourg, seguido de idêntico procedimento em circuito inverso (28).

A *colecistectomia* não foi, neste caso, mais que o *instrumento* usado pela capacidade imaginativa e audácia do Homem, bem como pela ambição do Espírito Cirúrgico para, servindo-se das inovações tecnológicas, criar e desenvolver soluções menos agressivas, mais eficazes, com menores repercussões bio-imunológicas que, mais facilmente toleradas, permitem uma mais simples e rápida recuperação social e profissional dos doentes.

Todas estas razões foram fundamentais para a rápida difusão da técnica e ao alargamento do *acesso mínimo* a outros órgãos e novos procedimentos, incluindo a cirurgia oncológica, bem como à aorta e cavidade torácica (29).

Quanto à colecistectomia também muito precocemente a sua indicação foi sendo alargada, com as iniciais contra-indicação absolutas a passarem rapidamente a relativas, para depois deixarem de o ser. A generalidade dos casos de *colecistectomia aberta* é hoje decorrente de conversões e não de indicação *ab initio*. Por assim ser, é defendido que a adjectivação *laparoscópica* deverá ser considerada como um pleonasma, bastando simplesmente a designação de *colecistectomia* quando o procedimento é efectuado por via laparoscópica, impondo-se, ao contrário, manter a expressão *colecistectomia clássica* para definição, justificada, dos casos tratados *por via aberta* (30-32)

É nesta ordem de pensamento que entendo, hoje, como única contra-indicação absoluta para a Colecistectomia Laparoscópica a incapacidade do cirurgião. Porque a situação é fruto da indisponibilidade para um período de formação e treino, certificadores dessa competência, não é hoje legítimo pretender defender-se a Colecistectomia Clássica como alternativa *de princípio* à Laparoscópica. Atitudes deste tipo objectivam evidente colisão com as normas de boas práticas cirúrgicas e, por isso, com as *leges artis*.

Compreende-se que um experiente *cirurgião clás-*



sico, não se disponibilize para voltar a passar por nova fase de treino, não minimizável em *meios e tempos*. Poder-se-á compreender que assim seja. A atitude ética imporá, contudo, que essa informação seja passada de forma clara ao doente, não adulterada pela indevida valorização de números como acontece, em minha opinião, num *Artigo de Opinião* muito recentemente publicado na Revista da Ordem dos Médicos (33).

Quando em Março de 1987 decidi dar *aquele passo*, Philippe Mouret estava, seguramente, muito longe de imaginar que estava a iniciar a **Revolução da Cirurgia de Acesso Mínimo** e a inaugurar a *Era da Modernidade Cirúrgica*.

Numa abordagem sobre o que representou a **Colecistectomia Laparoscópica**, encontro dois exemplo na História que julgo definirão o *espírito, princípios e*

modo, do impacto para o *mundo da cirurgia* das consequências daquela decisão de P. Mouret.

Quanto *ao princípio e espírito* de iniciativa direi que, à semelhança de Niel Armstrong, *o pequeno gesto técnico* da **Colecistectomia Laparoscópica** constituiu *um passo gigantesco para a arte e ciência cirúrgica*.

No âmbito da determinação e do *modo*, pelos riscos e dimensão das consequências, há uma evidente semelhança entre a decisão de 17 de Março de 1987 e a de Júlio César quando, em 49 AC, *infringindo regras e violando normas*, com a determinação celebrizada pela sua *alea jacta est*, atravessou o Rubicão para mudar o rumo da História.

Também assim aconteceu com a Colecistectomia Laparoscópica até porque, no dizer de Philippe Mouret, “... *before that, there was nothing, after that was laparoscopic surgery...*”(7).

BIBLIOGRAFIA

1. E. Moniz. L'encéphalographie artérielle, son importance dans la localisation des tumeurs cérébrales. Revue Neurologique ; 1927 ; 2 ; 72-89
2. R. Santos. L'artériographie de l'abdomen et des membres et les horizons de la voie artérielle (conférence du 22 Mars 1929 à la Clinique Chirurgicale du Prof. R. Leriche, à la Université de Strasbourg). *A Medicina Contemporânea*, 47 (16), 21 de Abril de 1929;141-144
3. J. Cid Santos. Sur les désobstructions des thromboses artérielles anciennes. Bull. et Mém. de l'Académie National de Chirurgie. 1947; 409-415
4. R. Leriche. Rapport ANC ; 1947 ; Séance 4 Juin
5. National Institute of Health. Consensus Development Conference: Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy. JAMA; 1993; 269; 1018-1024
6. K. Semm. Endoscopic appendectomy. Endoscopy. 1983;15:59-64
7. P. Mouret. How I developed laparoscopic cholecystectomy. Ann Acad Med Singapore. 1996;25:744-747
8. F. Dubois, G. Berthelot, H. Levard. Laparoscopic cholecystectomy: A historical perspective and personal experience. Surg Laparosc Endosc. 1991; 1; 52-57
9. J. Perissat. Laparoscopic surgery; a pioneer's point of view. World J Surg. 1999; 23; 863-868)
10. G.S. Litynski, P. Mouret, F. Dubois, J. Perissat: The laparoscopic breakthrough in Europe (1987-1988). JLS; 1999; 3; 163-167
11. T.L. Dent. Framework for the future. The 1997 Gerald Marks Lecture. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES). March 22, 1997. Surg Endosc. 1997;11:975-978
12. W. Reynolds Jr. The First Cholecystectomy. JLS; 2001;5(1); 89-94 .
13. G.S. Litynsky. Erich Muhe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. JLS. 1989; 2; 341-346
14. M. G. Toneto, C. C. Mohr, M.W. Lopes. From Great surgical incisions to laparoscopic cholecystectomy: reflection on the impact of new technologies. Scientia Medica. 2007; 17; 1; 31-35
15. G.S. Litynski. The American spirit awakens. In: Litynsky GS, editor. ed. Highlights in the History of Laparoscopy. Frankfurt, Germany: Barbara Bernet Verlag; 1996;227-270),
16. E.J. Reddick, D. Olsen, A. Spaw, et al. Safe performance of difficult laparoscopic cholecystectomies. Am J Surg. 1991;161:377-381)
17. A. Cushieri. A New French Revolution. Editorial Arch Surg. 1990
18. S.J. Spaner, G.L. Warnock. A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparoscopic surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech. 1997;7; 369-373.
19. G. Champault. Attention Danger. Bull. AFC. 1991; Mars; 1
20. M.E. Franklin, R. Ramos, D. Rosenthal, W. Schuessler. Laparoscopic colonic procedures. Wors J. Surg. 1993; 17; 51-56
21. S.D. Wexner, S. M. Cohen, O. BO. Johansen, J.J. Noguera, Laparoscopic colorectal surgery: A prospective assessment and current perspectives. Br. J. Surg. 1993; 80; 1602-1605



22. S.D. Wexner, S.M.Cohen, A. Ulrich, P. Reissman. Laparoscopic Colorectal Surgery Are We Being Honest with Our Patients? *Dis. Colon Rectum*. 1995; 38; 723-727
23. S.D. Wexner, S.M.Cohen. Port site metastases after laparoscopic colorectal surgery for cure of malignancy. *Br. J. Surg.* 1995; 82; 295-298
24. H.H. Chen, S.D. Wexner, A.J.N. Iroatulam, A.J. Pikarsky, O. Alabaz, J.J. Noguerras, A. Nessim, E.G. Weiss. Laparoscopic Colectomy Compares Favorably with Colectomy by Laparotomy for Reduction of Postoperative Ileus. *Dis. Colon Rectum*. 2000; 43; 61-65
25. Sociedade Portuguesa de Cirurgia; Monografias. I-Cirurgia Laparoscópica: F. Castro Sousa, A. Carlos Saraiva, H. Bicha Castelo, Jorge Maciel, Rodrigo C. Silva; 1995).
26. H. Bicha Castelo, A. Carlos Saraiva e I. Canaveira Manso. Colectistectomia Laparoscópica: Experiência Portuguesa. *Arq. Port. Cirurgia*; 2000; 9(1); 35-43 .
27. H. Bicha Castelo, Colectistectomia Laparoscópica. In:Doenças das Vias Biliares e Pâncreas. Ed. N. Grima, M. Ermelinda Camilo, A. G. Oliveira, A. Alberto Santos. 1996; 215-226
28. Marescaux J, Leroy J, Gagner M, et al. Transatlantic robot-assisted telesurgery. *Nature*. 2001;413(6854):379–380
29. Bitner R. Laparoscopic Surgery: 15 years after clinical introduction. *World J Surg*; 2006; 30; 1190-1203
30. Polychronidis A, Karayiannakis AJ, Simopoulos C. 'Laparoscopic cholecystectomy' or simply 'cholecystectomy'? *Med Princ Pract*. 2003;12:276
31. Slim K. When a surgical procedure loses its adjective "laparoscopic." A slow semantic evolution, scientifically justified. *Ann Chir*. 2004;129:191
32. Slim, K. La cholécystectomie: une opération centenaire mais toujours jeune. *J Chir*. Editorial. 2009 ; 146 ; 1 ;1-3
33. J. Esteves. Colectistectomia clássica – Uma perspectiva pessoal. *Rev. O.M.*; 2011; 27; 125; 69-71

Contacto

HENRIQUE BICHA CASTELO
hbcastelo@fm.ul.pt



Henrique Bicha Castelo