

# Étude sur un nouveau cathéter cannelé et une nouvelle méthode pour la tailler périnéale / par M. le Dr Gritti.

## Contributors

Gritti, Rocco, 1828-1920.  
Marshall, John, 1818-1891  
Royal College of Surgeons of England

## Publication/Creation

Genève : [publisher not identified], 1877.

## Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/w4h4brb5>

## Provider

Royal College of Surgeons

## License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome  
collection**

Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>





CONGRÈS

PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

5<sup>ME</sup> SESSION

GENÈVE (AU 15 SEPTEMBRE 1877)

*Un nouveau cathéter bannelié*

*par*

*Dr Gritti*

EXTRAIT



GENÈVE

1877

876100

# CONGRÈS

PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DES

# SCIENCES MÉDICALES

5<sup>me</sup> SESSION

GENÈVE (9 AU 15 SEPTEMBRE 1877)



ÉTUDE

## SUR UN NOUVEAU CATHÉTER CANNELÉ

ET UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR LA TAILLE PÉRINÉALE

Par M. le D<sup>r</sup> GRITTI, de Milan.

La sicurezza maggiore o minore nella esecuzione della cistotomia sottopubica, qualunque sia il metodo e il processo praticato, è riposta unicamente in quel prezioso strumento (catetere scanalato), vera bussola della cistotomia. LANDI.

Le cathéter ou itinéraire est un instrument chirurgical qui a donné lieu à bien des études de la part de toutes les générations de médecins qui se sont suivies depuis le XVI<sup>me</sup> siècle jusqu'à nos jours.

La littérature qui le concerne remonte à Marianus Sanctus, de Barletta, qui en parla dans son livre *Libellus aureus* imprimé à Venise en 1535.

Depuis Celse jusqu'à Marianus Sanctus l'histoire ne sait rien dire d'absolu sur l'origine de cet instrument : on ignore le nom de celui qui l'a inventé et de celui qui l'a introduit dans la pratique.

Berengarius Carpi dans son Commentaire de l'Anatomie de la vessie par Mundini (1521) nous apprend que bien des années avant Marianus était en usage une nouvelle méthode de lithotomie. Il faut en déduire que cette nouvelle méthode était celle décrite par Marianus Sanctus dans son « *Libellus aureus*. » On y trouve (1) pour la première fois décrit et dessiné le cathéter cannelé et l'auteur en parle comme d'une chose déjà en usage sans y ajouter l'importance de la nouveauté.

La découverte de la méthode médiane et bien vraisemblablement aussi du cathéter cannelé doit être attribuée à Jean de Romanis et nous devons

(1) Cap. V. de Itinerario.... verum a dimidio suo, usque ad extremum quod virgam ingreditur in sua convexitate concavum esse oportet : cujus nomen itinerarium dictum est, eo quia super ipsum incisio facienda est, quoniam ipsa quo usque protenditur, nobis fidelissime collum vesicæ patefacit unde sibi tale nomen assumpsit, Concavum habeat dorsum ad hoc ut incidatur talem novacula convexitatem ingressa completam incisionem usque ad canalem vesicæ impressam emoliat.

l'admettre d'après une lettre familière du même de Romanis de l'an 1507, citée par le philologue Romanis et dans laquelle on lit : qu'il ne pouvait se rendre de Rome à Casalmaggiore parce qu'il y était occupé particulièrement de sa manière de soigner les calculs vésicaux et il ajoute *quam ego unus ut inventor exerceo lapidis sectionem*.

Le cathéter cannelé s'est frayé son chemin partout, aidé par les contemporains de de Romanis, par ses élèves Jean Antracino et Villa Ottaviano, ainsi que par les différentes éditions des œuvres de Marianus, parmi lesquelles celles de Paris de 1540.

Cet instrument si précieux nous parvint avec de si légères modifications dans sa forme que celui de de Romanis diffère de bien peu de ceux qu'on emploie de nos jours.

Les modifications apportées au cathéter se rapportent à sa courbure. Celui de de Romanis a une courbe modérée : frère Jacques a un premier modèle non cannelé avec une grande courbe fixée sur un manche droit ; son second modèle est cannelé ; Moreau adopta une grande courbe ; Dupuytren dit que le cathéter doit être courbé un peu plus que les sondes ordinaires et Landi que la courbure ne doit pas s'écarter de la normale de l'urèthre et il établit après des calculs mathématiques qu'un cathéter doit avoir une courbure de 107 degrés. Erichsen coula à angle droit l'extrémité du cathéter et creusa la cannelure sur la surface dorsale bornée à la partie coudée.

Ciniselli introduisit le cathéter droit coudé et cannelé sur la surface dorsale de la tige droite.

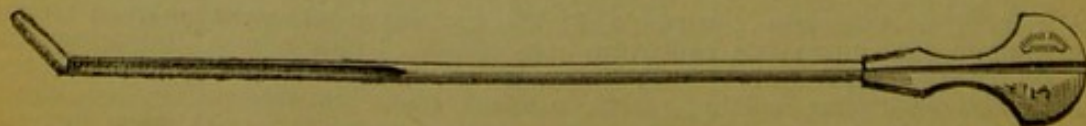
Cet habile auteur et opérateur supprima donc la courbure du cathéter que les autres ont cherché à suivre avec autant d'empressement.

Il n'y a que les cathéters simples qui ont résisté à la pratique. Tous les autres, — il y en a beaucoup, — dont on voulut compliquer la structure tombèrent bientôt dans l'oubli — tels que les cathéters à compas de Earle, celui de Klein, de Pauteau, de Biagini, de Atti et de bien d'autres et la même chose arrivera de tous ceux dont on compliquera la structure ou qui ont pour but de borner l'action savante de la main du chirurgien.

Or, Messieurs, je viens vous présenter un nouveau modèle de cathéter simple qui ne diffère pas essentiellement de tous les autres, mais qui modifie et simplifie d'une manière remarquable le procédé opératif.

Aura-t-il aussi la destinée de bien d'autres instruments ? Mon illusion sera-t-elle aussi du nombre de celles que le chirurgien se crée à lui-même sur la supériorité de ses instruments et de ses méthodes ? C'est ce que vous aurez à juger, Messieurs.

Mon cathéter est en acier, il a la forme d'une sonde coudée Mercier avec la rainure sur la partie droite du côté qui répond à l'angle du bec du cathéter, au lieu de l'avoir comme tous les autres sur la surface convexe. La rainure commence vers la moitié de la tige et s'arrête au point où commence l'angle de l'instrument : sur son pavillon est gravée une rainure longitudinale du côté où correspond la rainure de la tige. Cela sert à en montrer la position lorsque l'instrument est caché dans la vessie (Fig. 1).



(Fig. 1)

Dans l'étui sont renfermés trois cathéters n° 1, 2, 3, d'une grandeur différente pour qu'ils puissent s'adapter aux divers âges des malades.

Le n° 1 est le plus petit, sert pour les enfants et a les proportions suivantes :

Longueur . . . . .	20 centim.
Diamètre . . . . .	4 <sup>2</sup> / <sub>10</sub> millim.
Gouttière (longueur de la) . . . . .	7 centim.
Partie coudée . . . . .	15 millim.
Angle d'inclinaison . . . . .	120°

Le n° 2 :

Longueur . . . . .	20 centim.
Diamètre . . . . .	5 millim.
Gouttière (longueur de la) . . . . .	8 centim.
Partie coudée . . . . .	2 centim.
Angle d'inclinaison . . . . .	120°

Le n° 3.

Longueur . . . . .	22 centim.
Diamètre . . . . .	5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> millim.
Gouttière (longueur de la) . . . . .	9 centim.
Partie coudée . . . . .	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> centim.
Angle d'inclinaison . . . . .	120°

Il y a deux cystotomes qui peuvent servir comme instruments de rechange, l'un d'eux est plus court (bistouri Liston) pour être employé dans la cystotomie des enfants et des sujets très-maigres.

Je fus amené à imaginer cet instrument et la manière de l'employer, par la crainte qu'a le chirurgien (pendant la cystotomie) de perdre la rainure du cathéter et de couper le corps de la vessie et le rectum dans le moment où le couteau quitte la rainure du cathéter pour couper la prostate : enfin j'étais préoccupé par la pensée que le chirurgien n'a pas de moyens pour déterminer où est la pointe de son cystotome ou celle de son cathéter, lorsque ces deux instruments se trouvent masqués dans la vessie.

Ce cathéter est-il capable de vaincre les craintes ci-dessus, c'est ce que je viens vous exposer et démontrer. Pour mieux faciliter la description et l'exécution méthodique de cette opération, je l'ai divisée en trois temps. Il est bien entendu que je n'ajoute aucune importance à ces classifications artificielles qui sont du reste parfaitement inutiles pour un opérateur habile.

### *Cystotomie périnéale latéralisée.*

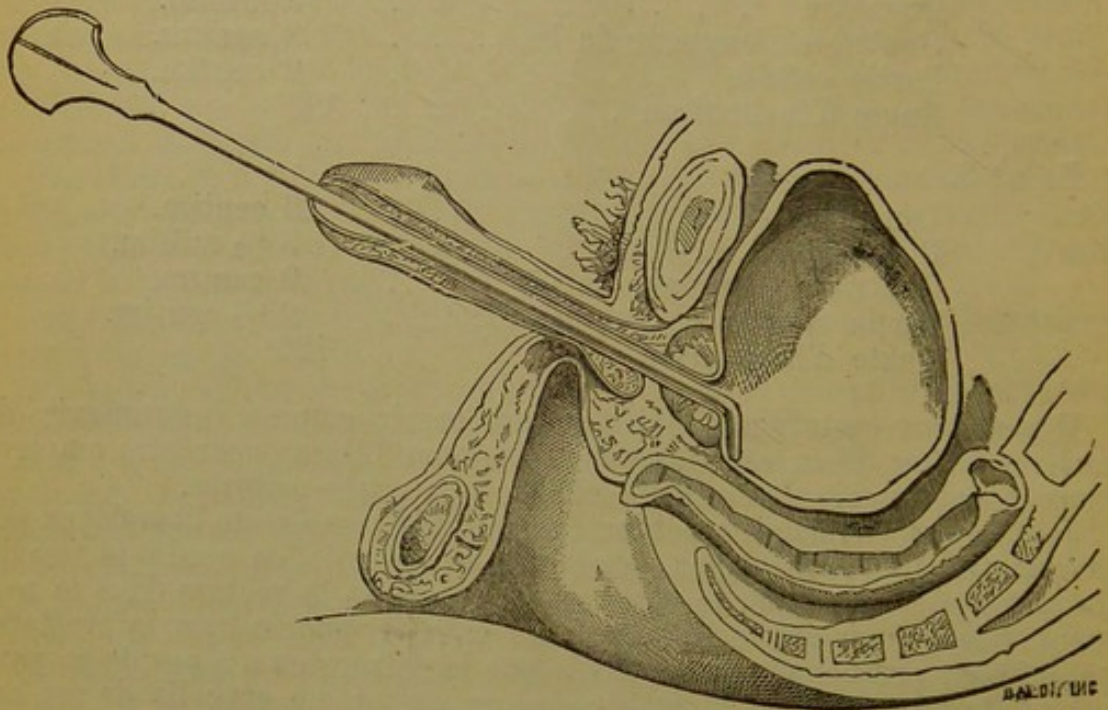
*Premier temps.* Il consiste à coucher le malade sur le dos sur le lit d'opération, — lier les mains aux pieds, — chloroformiser, — introduire le cathéter dans la vessie, ce qu'on fait comme si l'on avait une sonde coudée Mercier. Dès que le cathéter est dans la vessie, le chirurgien a redressé les courbes de l'urètre ; il a étalé sur une ligne droite tout le canal urétral comme si c'était la paroi d'un abcès sur une sonde droite.

Il n'y a rien de nouveau dans ce procédé de redressement de l'urètre, mais comme il n'est pas généralisé, c'est un de mes vœux de le voir adopté par les chirurgiens. De cette façon on simplifie le procédé opératoire technique de même que l'action intellectuelle qui dans l'exécution des autres procédés opératoires de cystotomie joue un rôle fort important.



Dès que le cathéter est entré dans la vessie, le chirurgien reconnaît le calcul au moyen de cet instrument qui, grâce à sa forme jouit d'une supériorité incontestable sur tous les autres. Ensuite il procède aux temps spéciaux de l'opération que voici :

Il tourne le pavillon du cathéter en lui faisant faire un demi-tour sur son axe. De cette manière le bec du cathéter se tourne vers le bas et occupe le bas fond de la vessie. La longueur du bec et son angle d'inclinaison ( $120^{\circ}$ ) ont été combinés de manière qu'il puisse s'adapter dans l'espace qui y existe. Le chirurgien retire un peu en dehors le pavillon et le bec du cathéter s'arrête contre la portion prostatique : or donc il connaît où se trouve le bout de son cathéter, c'est-à-dire au col de la vessie qu'il touche (fig. 2). Ce temps préliminaire de l'opération, qui diffère de



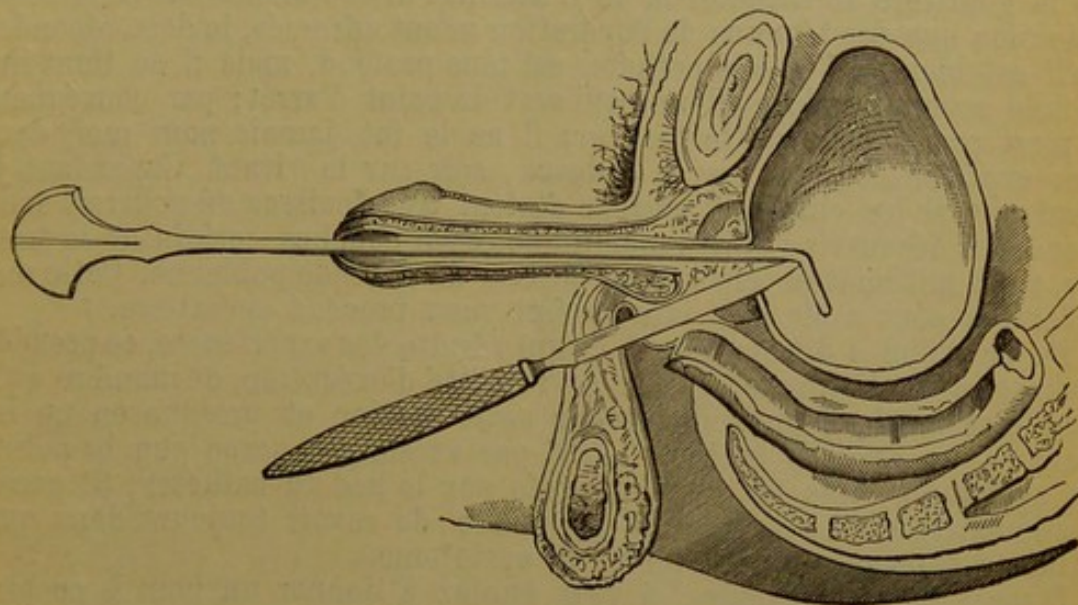
(Fig. 2)

tous les autres procédés opératoires, se complète de la manière suivante: Supposez le malade couché sur le dos, le chirurgien élève le pavillon du cathéter jusqu'à ce qu'il obtienne un angle droit sur l'axe du corps. Dans ce moment, comme l'on voit clairement dans la fig. n° 2, la tige droite du cathéter a son point d'appui sous l'arcade pubienne, où elle reste dans l'immobilité, et en agissant comme un levier de premier genre, elle oblige le bec de l'instrument à exercer sur le col de la vessie et sur la base de la prostate une pression par laquelle ces organes descendent au niveau de l'arcade pubienne. Au point de vue anatomique, il n'est pas difficile de comprendre cet abaissement du col vésical, lorsqu'on sait que l'orifice vésical se trouve plus haut que l'arcade pubienne, et que par conséquent cette distance disparaît sous la pression modérée du cathéter. Si l'on y ajoute la traction exercée vers le dehors sur le pavillon, on comprendra que l'on obtient non-seulement l'abaissement, mais encore un raccourcissement du diamètre longitudinal de la prostate et de toute la pyramide périnéale.

*Deuxième temps.* Dès qu'il a terminé ce premier temps, le chirurgien passe à l'autre bien plus important, caractérisé par la section des tissus. Il la pratique avec un seul cystotome et dans un seul temps.

Nous voici au point le plus saillant de l'opération. Le chirurgien coupe les tissus périnéaux jusqu'à la rainure du cathéter, il glisse la pointe du cystotome jusqu'à sa terminaison vésicale. Dans ce moment il sait que son cystotome a coupé l'urètre membraneux et légèrement l'urètre prostatique et le col vésical; il sait que la pointe du cystotome se trouve à peine au delà de l'orifice vésical, couverte par le bec du cathéter. C'est ici que la main du chirurgien doit s'arrêter pour juger si la section qu'il a faite suffit à l'extraction du calcul.

Ayant établi que l'on doit élargir le col de la vessie en coupant le diamètre oblique postérieur prostatique, le chirurgien baisse un peu le pavillon et le manche du couteau, ensuite il les pousse tous deux à la fois par un mouvement uniforme au dedans vers le centre de la vessie, tout en conservant le même rapport de contact entre eux. Le cathéter s'avance dans la vessie poussé par la main gauche de l'opérateur, et le cystotome poussé par la main droite s'y avance aussi en même temps que le cathéter (fig. 3).



(Fig. 3)

Dans ce moment saillant, le col de la vessie vient d'être coupé, mais cette section est toujours en rapport avec l'angle que font entre eux le cystotome et le cathéter, de même qu'avec la profondeur à laquelle sont poussés les deux instruments.

Après cela l'opérateur retire le cystotome en coupant les tissus dans la direction oblique en bas et à l'extérieur jusqu'à la tubérosité de l'ischion gauche; de cette façon on a complété le dernier temps sanglant de la cystotomie, c'est-à-dire l'élargissement du canal extérieur par où doit passer le calcul.

*Troisième temps.* Le dernier temps dans la méthode dont il est question se confond avec celui de la méthode commune latéralisée, qui résulte de l'inspection, de la section et de l'extraction du calcul.

Le chirurgien explore avec l'index droit la largeur de la section prostatique, et s'il la trouve suffisante, il tourne de la main gauche par un demi-tour le cathéter et le sort de l'urètre. Avec cette main gauche il saisit la tenette, l'introduit dans la vessie sur la guide de l'index droit qui est resté

en place, saisit le calcul et le fait sortir, suivant les méthodes généralement employées pour l'extraction du calcul dans tous les autres procédés de cystotomie. De cette façon, il achève l'opération.

### *Cystotomie médiane.*

Lorsqu'il s'agit d'opérer avec la méthode médiane, on n'a qu'à maintenir sur la ligne médiane le cathéter et le cystotome de manière que la section tombe sur la ligne médiane de l'urètre membraneux et de la prostate. On doit prendre garde de ne pas trop avancer le cystotome dans la vessie à cause de la moindre longueur du rayon postérieur de la prostate.

Après avoir donné la théorie et la technique de cette méthode opératoire, nous nous demandons à nous-mêmes si elle a des défauts et lesquels; le défaut principal c'est que nous rendons plus difficile la découverte de la gouttière du cathéter là où il atteint l'urètre membraneux. A cette objection que des témoins de l'opération m'ont adressée, je dois répondre qu'il est bien vrai que le cathéter est plus profond, mais il se tient immobile sous l'arcade pubienne qui sert de point d'arrêt; par conséquent il n'est pas difficile de le trouver; il ne le fut jamais pour moi, dans mes expériences, soit sur le cadavre, soit sur le vivant. Cependant je dirai que si les chairs du périnée étaient très-épaisses on pourrait commencer à découvrir l'urètre membraneux par couches, certain de le trouver à 12 millimètres environ au-dessus de l'arcade pubienne. Cette modification peut avoir lieu sans altérer mon procédé opératoire.

De ce qu'on a dit et de tout ce qui résulte des expériences, ce procédé opératoire se distingue: 1° par sa rapidité d'exécution, de manière qu'il peut être pratiqué moyennant une seule section et presque en un instant — un *coup de maître*; — 2° par sa sûreté, parce que la pointe du cystotome reste toujours masquée par le bec du cathéter; 3° par la particularité qu'il présente de permettre de savoir toujours dans quel point se trouvent le cathéter et le cystotome.

D'après cela, Messieurs, si vous aimiez à donner un nom à ce procédé, vous pourriez l'appeler *cystotomie périnéale à jour*.

---

