

d'agir sur l'urèthre au moyen du galvanisme, elle était déjà venue à Crusell, puis à Wertheimber, et il est probable qu'elle les eût conduit à détruire les rétrécissements si la méthode eût été définie. Ils prétendaient seulement utiliser l'action résolutive de l'électrode négatif pour dissoudre les engorgements péri-urétraux auxquels ils attribuaient un rôle considérable dans la production des rétrécissements.

Les piles employées dans ces essais étaient insuffisantes pour opérer une petite perte de substance.

La pile employée actuellement pour ces opérations comprend 18 couples au proto-sulfate de mercure.

L'électrode urétral consiste en un mandrin dont l'extrémité ferme, comme un embout, l'ouverture d'une sonde de gomme destinée à protéger les parties sur lesquelles ne doit pas porter la cautérisation.

Voici comment se pratique l'opération : Le chirurgien, se tenant à la droite du malade, on fixe l'excitateur positif sur la partie interne de la cuisse gauche ; il consiste en un large bouton de charbon séparé de la surface cutanée par deux ou trois disques d'agaric mouillé. Une bande de caoutchouc maintient ce bandage d'une manière égale ; on n'a plus à s'en occuper.

Tout étant disposé pour l'opération, le bouton de charbon étant fixé sur la cuisse, et l'excitateur urétral recouvert de la sonde protectrice étant amené contre la face antérieure du rétrécissement, on ferme le circuit sur l'excitateur positif. Bientôt survient une sensation de cuisson, qui, faible dès le début, diminue encore à mesure de la formation de l'eschare.

On pousse alors légèrement le mandrin, cautérisant ainsi à la fois d'avant en arrière et latéralement. En poussant de temps en temps la sonde sur le mandrin, de façon à n'en laisser saillir qu'une faible partie, on limite à volonté la durée et par suite la profondeur de la cautérisation latérale, celle d'avant en arrière continuant sans interruption. Enfin, quand l'obstacle est détruit, la sonde passe sans difficulté par-dessus le renflement terminal du mandrin.