

b) Les *ulcères chroniques*, qui ne se réparent pas facilement, sont, par contre, difficiles à obtenir expérimentalement.

1° On est souvent obligé de cumuler plusieurs procédés (ischémie, action caustique, etc.), pour empêcher la réparation spontanée de la plaie.

Par exemple, Friebich, en liant deux ou trois artérioles, en pratiquant une plaie, en cautérisant les bords à l'acide chlorhydrique concentré, a pu retarder la cicatrisation et obtenir des ulcères prolongés.

Litthauer (*Virch. Arch.*, 1909) a été, de même, obligé, chez le chien, de lier les tiers des vaisseaux pyloriques, de produire une plaie, et d'introduire, chaque jour, dans l'estomac, 200 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 3,7 p. 1000, pour obtenir des ulcères chroniques. Chez un chien, il se produisit un ulcère ovalaire, en entonnoir, oblique, traversant toute la paroi, avec adhérence du fond à l'épiploon; chez deux autres, il y eut formation d'un estomac en sablier, d'origine cicatricielle.

Payer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1910) a repris la question dans plus de 50 expériences: en injectant, dans les vaisseaux gastriques, des liquides irritants (eau chaude à 60°, solution étendue de formol, alcool à 50 p. 100), il a obtenu, dans plus du quart des cas, des ulcérations. Le premier stade était caractérisé par une nécrose, sous forme d'une plaque bleu-jaunâtre; le deuxième stade était constitué par une ulcération récente, en entonnoir, à bords en terrasse, pénétrant jusqu'à la tunique musculaire et pouvant même aboutir à la perforation vers la deuxième semaine; le troisième stade aboutissant à un ulcère chronique profond, adhérent aux organes voisins, parfois avec épaissement et induration du fond et des bords; les lumières vasculaires étaient rétrécies. D'après Payer, l'analogie serait complète avec l'ulcus humain.

Rosenbach et Eschker (*Arch. f. klin. Chir.*, 1911) ont cherché à réaliser une anémie locale des parois, susceptible d'engen-