

“ Les Kystes pariétaux peuvent, comme dans un cas de Gordeschen, retrécir le calibre de l'intestin, où bien ils compriment l'organe, ou encore ils provoquent des coudures soudaines.

Buchwald. (*Deutsche Med. Wochenschr*, 1887) a observé un garçon de six ans, qui offrit brusquement les symptômes de l'occlusion et fut opéré le cinquième jour ; on réséqua un segment du jéjunum long de 9 centimètres auquel adhéraient deux kystes dont le poids total était de 875 grammes. La paroi de ces kystes était constituée par des fibres musculaires et du tissu conjonctif : on ne trouvait les glandes qu'aux points de transition entre les kystes et l'intestin. Ils communiquaient avec l'intestin par une fente étroite qu'oblitérait une valvule. Or au niveau de ces kystes le calibre de l'intestin était resté normal ; c'est à la condure qu'il fallut attribuer l'iléus.

(Galliard, in *Traité de Med. & Théra.* Brouardel & Gilbert, Vol. IV, p. 669, & suiv.

Nous avons dit que ces cas n'étaient pas superposables à celui dont il s'agit ici. Le premier, en effet, pourrait à la rigueur n'être qu'un hématome de la paroi intestinale. Il y a loin de cet hémotome à notre tumeur bien définie, à paroi propre, ne touchant l'intestin que par une surface grande à peu près comme une pièce de cinq centins.

Dans la seconde observation nous trouvons qu'après des phénomènes d'occlusion on opère le malade et on lui enlève ses deux kystes intestinaux, mais qu'il faut pour arriver à ce résultat lui réséquer 9 centimètres d'intestin. Chez le malade qui nous occupe il n'était pas nécessaire de réséquer la moindre partie d'intestin, et nous aurions pu enlever cinq ou six kystes dans les mêmes conditions d'implantations sans raccourcir l'intestin d'un seul centimètre.

Nous croyons donc avoir affaire ici à une variété de tumeur