

Épiploon gastro-côlique ou grand épiploon.

L'épiploon gastro-côlique, ou grand épiploon, est un vaste repli du péritoine flottant au-devant de la masse intestinale qu'il sépare de la paroi abdominale. Fixé en haut à l'estomac et au côlon transverse, il est libre par son bord inférieur, qui descend chez l'adulte jusqu'au détroit supérieur du bassin.

Le grand épiploon est formé de quatre feuillets adossés deux à deux (Voy. fig. 231). Ces feuillets circonscrivent une grande cavité située en arrière de l'estomac, appelée *arrière-cavité des épiploons*, et qui ne communique avec la cavité péritonéale que par un orifice siégeant au niveau de l'épiploon gastro-hépatique, l'*hiatus de Winslow* (fig. 242).

D'après Malgaigne, cet orifice pourrait s'oblitérer et donner naissance à un kyste d'une nature toute spéciale. Je ne sais pas si un fait semblable a jamais été observé. Mais ce qu'on peut rencontrer, ce sont des tumeurs occupant cette cavité et qui paraissent présenter des caractères particuliers. Celle que j'ai figurée dans mon *Traité de chirurgie clinique* était grasseuse et renfermait des parties osseuses dans son intérieur. L'arrière-cavité des épiploons est en rapport derrière l'estomac avec le plexus solaire, *cerveau abdominal* des anciens. C'est à ce rapport que les tumeurs de cette région me paraissent devoir emprunter leur excessive gravité au point de vue opératoire. Ces quelques réflexions ne sont, d'ailleurs, qu'un jalon pour l'avenir.

Le grand épiploon, mince et transparent chez l'enfant, ne recouvre à cet âge qu'une faible partie du paquet intestinal. Il descend peu à peu, se charge de plus en plus de graisse, et peut acquérir chez les sujets obèses une épaisseur considérable. Il est susceptible d'être atteint de dégénérescence cancéreuse, tuberculeuse, et contient alors des plaques et des noyaux durs qui font saillie au-devant des intestins. La caractéristique des tumeurs du grand épiploon, kystes, lipomes, etc., est de siéger au-devant du paquet intestinal, immédiatement derrière la paroi abdominale. Ces tumeurs présentent donc toujours une matité complète. Une tumeur développée dans la couche sous-péritonéale de la paroi abdominale offre des caractères à peu près identiques : la mobilité seule dont jouit la tumeur épiploïque pendant l'inspiration et l'expiration pourrait la faire reconnaître ; mais supposons une tumeur du grand épiploon ayant contracté des adhérences avec la paroi abdominale, le diagnostic anatomique deviendra absolument impossible. Une tumeur siégeant manifestement dans la cavité abdominale, et de préférence dans la zone ombilicale et péri-ombilicale, mate sur toute son étendue, aura, très vraisemblablement, pour point de départ le grand épiploon.

La présence du grand épiploon au-devant du paquet de l'intestin grêle explique encore pourquoi, dans les plaies de la paroi antérieure de l'abdomen, ce repli péritonéal sort ordinairement en même temps que l'intestin et le

rurgien du bureau central, voulut bien m'assister. Notre but était, après avoir ouvert l'abdomen, de désinvaginer l'intestin, si cela était possible ; sinon, de réséquer la portion invaginée et de suturer les deux bouts.

Le ventre étant largement ouvert, je fus chercher la tumeur et l'attirai au dehors. Nous constatâmes alors qu'au lieu d'une invagination intestinale il s'agissait d'un kyste du mésentère dont je pratiquai l'extirpation. La guérison fut rapide et complète.

J'ai revu cet homme en avril 1895 ; il n'avait plus rien senti dans le ventre.