

recouvre. C'est pour la même raison qu'on le rencontre très souvent dans la hernie ombilicale des adultes. Celle-ci est donc, en général, une entéro-épiplocèle, à moins qu'elle ne contienne l'estomac seul.

Le grand épiploon, se détachant de la grande courbure de l'estomac, se trouve situé un peu plus à gauche qu'à droite dans la cavité abdominale : c'est pour cela que l'épiplocèle est plus fréquente à gauche qu'à droite.

L'épiploon joue un rôle considérable dans les hernies. Il est vraisemblable que, dans la hernie crurale en particulier, l'épiploon constitue souvent à lui seul la hernie pendant de longues années; puis, à un moment donné, sous l'influence d'un effort, une quantité, ordinairement très minime, d'intestins s'engage dans l'anneau crural, sur les côtés de l'épiploon, et s'étrangle. Il y a quelques années encore, on donnait le conseil d'abandonner l'épiploon dans la plaie, mais la pratique qui consiste à le lier avec un fil de catgut, à le couper et à le réduire dans le ventre, est aujourd'hui générale. Je crois cependant devoir établir une réserve. Cette méthode est toujours applicable, en effet, à la cure radicale de la hernie crurale, alors que l'épiploon est sain; mais dans la hernie étranglée, l'épiploon étant enflammé et plus ou moins septique, il est préférable de ne pas le réduire dans la cavité abdominale.

Le grand épiploon forme souvent des brides qui, soit dans la cavité abdominale, soit dans un sac herniaire, peuvent devenir un agent d'étranglement. Le diagnostic en est impossible. Dans une autopsie de hernie étranglée volumineuse, ce n'est que par une dissection attentive que je pus découvrir cette cause d'étranglement, et c'était la seule, car l'anneau et le collet étaient très larges. J'avais temporisé, croyant avoir affaire à une hernie enflammée. La théorie de l'inflammation des hernies était, en effet, la cause de bien des erreurs semblables ou analogues. Elle avait contribué à jeter plus de doutes encore dans l'esprit du praticien. La hernie est-elle enflammée? est-elle étranglée? faut-il opérer? faut-il attendre? telles étaient les questions que l'on se posait constamment devant le malade, et souvent, lorsqu'on agissait, il était trop tard. C'est que le diagnostic entre une hernie simplement enflammée et une hernie étranglée est impossible dans l'immense majorité des cas; et, en admettant qu'il y ait lieu d'établir cette distinction au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut la maintenir au point de vue clinique, car, en définitive, l'inflammation est une cause d'étranglement; donc, il faut suivre les conseils très sages formulés par Gosselin, et agir comme dans l'hypothèse d'un étranglement.

On peut résumer les règles posées à cet égard par Gosselin dans les formules suivantes :

Lorsque l'intestin est sorti de la cavité abdominale, si des phénomènes indiquent la suspension du cours des matières, on doit faire rentrer l'intestin *le plus tôt possible*.

Il faut, pour cela, séance tenante : 1° Pratiquer le taxis sans chloroforme, en donnant successivement au malade les attitudes qui favorisent le mieux la réduction ;

2° Si l'on échoue, employer le taxis avec chloroforme ;

3° Si l'on échoue encore, opérer le débridement sans plus attendre.

Ces règles sont malheureusement sujettes à quelques exceptions, sans lesquelles la question pratique des hernies serait bien simplifiée : mais il n'en est