

Le péritoine est loin d'offrir des dispositions identiques sur tous les points de la paroi. Très mince au niveau de l'ombilic et dans le voisinage de la ligne blanche, il est, dans ces mêmes endroits, très adhérent par sa face profonde : on a pu croire, pour ces deux raisons, que la hernie ombilicale n'avait pas de sac, ce qui est une erreur, comme nous l'avons vu plus haut ; la peau et le péritoine sont si minces, tellement unis entre eux, surtout au centre de la hernie, qu'on les divise à la fois et qu'il faut prendre garde d'intéresser en même temps les viscères.

Le péritoine pariétal est épais dans la région lombaire et les fosses iliaques ; il y affecte une couleur blanchâtre, opaline ; de plus, il est, dans ces régions, doublé à sa face profonde d'une couche très lâche de tissu cellulaire graisseux, qui le rend très mobile. J'ai déjà dit que, vers la partie inférieure de la paroi abdominale, le tissu cellulaire sous-péritonéal revêtait un aspect membraneux qui lui avait valu le nom de *fascia propria*. J'ai insisté, plus haut, sur l'inflammation phlegmoneuse de ce tissu dans la fosse iliaque.

Le péritoine pariétal est donc très mobile sur certains points de la paroi, il se déplace et glisse facilement. Il est sollicité à se déplacer de deux manières, soit par une pression exercée sur sa face interne, comme ferait le doigt, par exemple, soit par une traction produite à sa face externe. Tel est le double mécanisme suivant lequel se produisent les hernies de l'adulte. La pression est déterminée par les viscères, la traction est exercée par les pelotons adipeux, qui s'engagent peu à peu dans les anneaux, les distendent et prédisposent ainsi à la hernie ; on conçoit que ces deux causes se réunissent, en général, pour la produire.

Sous l'influence de la pression et de la traction combinées, le péritoine glisse, se déplace, s'engage par l'un des anneaux ou, plus rarement, par une éraillure anormale de la paroi, et constitue une poche que remplissent les viscères. Cette poche, formée par le déplacement d'abord et, plus tard, par la distension du péritoine pariétal, constitue le *sac* de la hernie. Au début, le sac est plus large au niveau de sa communication avec l'abdomen que vers son fond ; mais, à mesure que la hernie grossit, la forme du sac change ; le fond s'élargit, l'orifice de communication se rétrécit, devient bientôt beaucoup plus étroit que le fond et prend le nom de *collet*.

Au niveau du collet du sac herniaire, le péritoine et le tissu cellulaire qui le double s'épaississent à la longue. Il en résulte que le collet se rétrécit de plus en plus et peut même finir par s'oblitérer, si l'on s'est opposé au passage des viscères pendant un temps suffisant. Il présente, quand il s'est rétréci, l'aspect d'un anneau fibreux, blanchâtre, plus ou moins épais ; on y peut observer encore des cicatrices, que J. Cloquet, à qui l'on doit ces connaissances, avait appelées *stigmates*. D'ailleurs, si ce n'est pour les hernies congénitales des nouveau-nés, personne ne cherche plus aujourd'hui la guérison, toujours très problématique, des hernies à l'aide des bandages, puisque nous l'obtenons avec la cure radicale.

L'étranglement dans les hernies se fait-il par le collet du sac ou par le pourtour de l'anneau ? Cette question, si importante et si discutée jadis, a perdu de nos jours tout son intérêt et ne fait plus partie que de l'histoire des hernies.

Il n'y a plus lieu, en effet, d'établir le parallèle entre la kélotomie externe et la kélotomie interne, puisqu'il n'existe plus qu'une seule méthode de traitement