

l'absence de la paroi antérieure de la vessie, et la perte de substance est comblée par la paroi postérieure de cet organe; il en résulte que l'urine est constamment déversée à l'extérieur. C'est l'*exstrophie de la vessie*.

J'ai étudié, en 1858, le mode de continuité de la paroi vésicale avec la paroi de l'abdomen et j'ai constaté que les fibres musculaires de la vessie viennent s'attacher sur les aponévroses de l'abdomen, tandis que la muqueuse se continue avec la peau.

On a tenté, avec raison, des opérations autoplastiques pour remédier à cette grave infirmité, mais elles n'ont fourni jusqu'à présent que des résultats bien incomplets.

DE L'OMBILIC

Dans les premiers temps de la vie intra-utérine, la paroi abdominale, largement ouverte en avant, livre passage à la plus grande partie des viscères abdominaux; peu à peu l'orifice se resserre, les viscères rentrent dans l'abdomen et, vers le troisième mois de la vie intra-utérine, il ne reste plus qu'un orifice livrant passage à la veine ombilicale et aux deux artères ombilicales. Lorsque, par suite d'un arrêt de développement, les viscères ne rentrent pas dans la cavité abdominale, il forment, au moment de la naissance, une tumeur recouverte par la membrane amniotique et constituent la *hernie ombilicale congénitale*. Il faut bien la distinguer de la *hernie des nouveau-nés*, cette dernière étant, en effet, constituée par la sortie d'organes rentrés dans le ventre en temps normal.

Comment l'anneau ombilical, qui s'était resserré dans la cavité utérine, se dilate-t-il de nouveau après la naissance de façon à donner passage à l'intestin? Il est difficile d'en trouver la raison, d'autant plus qu'un travail en sens inverse ne tarde pas, en général, à s'opérer: les hernies ombilicales des petits enfants ont, en effet, une tendance à la guérison spontanée. C'est pourquoi le meilleur traitement de cette hernie consiste dans la contention avec une simple bande de diachylon. Je considère comme inutiles, et même nuisibles, les divers bandages munis de pelotes qui, s'engageant dans l'anneau, ne peuvent que retarder la guérison en s'opposant au retrait graduel de l'orifice.

Il est possible qu'au moment de la naissance, une portion très minime d'intestin se trouve encore dans le cordon sans être appréciable à l'extérieur. Une fistule stercorale a parfois été la conséquence de cette disposition, lorsque la ligature du cordon a été faite trop près de la paroi abdominale: aussi, vaut-il mieux laisser toujours quelques centimètres de cordon attenant à l'abdomen, ce qui n'a, d'ailleurs, aucune importance pour sa chute définitive; quelques jours après la naissance, en effet, le cordon se flétrit, se ratatine, noircit et se détache toujours au même point, quel que soit l'endroit où ait porté le fil.

La portion d'intestin qui se trouve ainsi liée avec le cordon est très vraisemblablement le *diverticule de Meckel*. Je rappelle que l'on désigne sous ce nom un appendice creux, débris du canal omphalo-mésentérique qui chez l'embryon relie l'intestin primitif à la vésicule ombilicale. Ce diverticule rattaché à l'iléon revêt des formes très variables et provoque des accidents assez nombreux soit au niveau de l'ombilic, soit dans la cavité abdominale. J'opérai, en 1887, à