

cancer aux lèvres, si ces parties subissent l'excitation qu'y concentre l'habitude de fumer. »

Le cancroïde, d'après les faits publiés par LEWIN (*Berl. klin. Woch.*, 1880), succéderait également au psoriasis labial. Quant à l'hérédité, son influence attestée par les uns, mise en doute par d'autres, est encore contestable; d'après la théorie du matériel exubérant de CONHEIM, on hériterait de la malformation seulement.

Symptômes. — Les auteurs ont décrit des variétés cliniques multiples plus théoriques que réelles. Au niveau d'une ancienne plaque de psoriasis labial, d'une excroissance cornée, d'un papillome, d'une saillie verruqueuse, parfois même d'une fissure, se développe insensiblement une petite tumeur à peine saillante, plus irritante par sa persistance que par la douleur qu'elle détermine; le malade arrache avec les dents ou les doigts des parcelles de cette production. Bientôt l'épithéliome passe à la seconde période; sa base s'étend et s'indure, devient légèrement douloureuse; un certain nombre de papilles hypertrophiées forment un relief saillant, se recouvrent de croûtes sèches adhérentes, qui se fendillent et saignent facilement quand on veut les détacher. Au centre on voit se former une ulcération sanieuse d'où s'écoule un ichor fétide; les bords indurés, cornés, conservent à mesure qu'ils s'éloignent leurs caractères primitifs. Ainsi, l'altération néoplasique envahit toute l'épaisseur de la lèvre et s'étend également en surface avec une rapidité fort variable, généralement assez faible. Arrivé à sa période d'ulcération, le cancroïde de la lèvre se présente avec des caractères qui le feront aisément reconnaître; il est à la fois rongé et végétant, c'est-à-dire que la saillie formée par la tumeur se détruit à la surface d'une façon irrégulière; de là des croûtes grisâtres, limitées par des bourgeons charnus facilement saignants. A ce moment, les fibres musculaires de l'orbiculaire étouffées par la production morbide ont plus ou moins disparu; peu à peu les trainées épithéliales se propagent au loin le long des vaisseaux, des nerfs, des lymphatiques, et arrivent en suivant le trajet de ces derniers aux ganglions correspondants.

La période de l'adénopathie n'a pas à proprement parler de limites bien précises, car de bonne heure les ganglions sont indurés; cependant leur évolution néoplasique ne commence que plus tard; elle existe d'après HEURTEAUX, LORTET, dans la moitié des cas opérés, et c'est généralement au moment où l'épithéliome s'ulcère que l'activité de la colonie devient manifeste. Parmi les ganglions qui sont le plus communément intéressés, citons ceux des régions sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes. Dans les périodes avancées de la maladie, les ganglions plus volumineux se conglomèrent, perdent leur mobilité, leur dureté, soulèvent les téguments, adhèrent à la peau, déterminent des phénomènes de compression, surtout quand ils occupent les deux côtés du cou. Il n'est pas rare de les voir s'enflammer, devenir fluctuants, douloureux: une collection se forme, son contenu ichoreux, fétide, est évacué par une incision ou se fait spontanément jour au dehors; dans l'une et l'autre éventualité, il en résulte une fistule de mauvaise nature qui reproduit à brève échéance tous les caractères de la tumeur primitive, s'ulcère de plus en plus, s'étend en surface, s'accompagne de suppurations diffuses et, dans tous les cas, con-

tribue pour une large part à amener la cachexie dont il nous reste à parler.

Cachexie. — Le cancroïde labial peut parfois rester pendant un certain temps stationnaire, mais il ne rétrograde jamais, et s'il semble guérir en un point, il repullule plus activement ailleurs; c'est ainsi qu'il se propage aux joues, aux maxillaires, aux gencives, au plancher de la bouche; la salive coule abondamment de la lèvre ulcérée; les malades deviennent bientôt un objet de dégoût pour leur entourage et pour eux, leur existence n'est qu'une longue souffrance. Abandonné à lui-même le cancroïde amène insensiblement la déchéance de l'organisme; si quelquefois on a noté la formation de tumeurs secondaires dans des organes éloignés, et jusque dans le cœur, le plus ordinairement la cachexie résulte de l'épuisement, de la septicémie et d'une sorte d'altération du sang fort mal connue, sur laquelle SAPPEY a insisté dans ces dernières années.

Diagnostic. — Au début, l'âge du sujet, ses habitudes, le siège de la production morbide peuvent faire soupçonner l'existence de l'affection, mais rien n'autorise à affirmer que le papillome corné que l'on rencontre aura une marche plus grave. Cependant les progrès du mal, l'ulcération, l'inefficacité des moyens de traitement simples permettront de croire à un cancroïde.

Les seules affections avec lesquelles on pourrait sérieusement confondre le cancroïde sont: les lésions syphilitiques des lèvres et les ulcérations tuberculeuses. Le chancre induré ressemble au cancroïde quand il siège à la lèvre inférieure; les auteurs ont voulu différencier les deux sortes d'indurations, chose un peu difficile; le chancre s'ulcère beaucoup plus vite et évolue assez rapidement. La gomme de la lèvre est profonde, tandis que le cancroïde superficiel a une tendance végétante et ne reste pas aussi bien circonscrit; de plus, la gomme devient fluctuante, se ramollit, ce qu'on n'observe pas dans l'épithéliome. Le syphilome ulcéré gommeux ou scléreux ressemble davantage à l'affection qui nous occupe. En dehors des considérations d'âge, de sexe, en dehors des antécédents, on peut les distinguer d'après les caractères suivants: les gommages ulcérés ont été précédés d'une période de crudité, l'ulcération est rarement isolée, le traitement spécifique l'améliore rapidement; l'ulcère gommeux est un ulcère sans tumeur, disposition inverse de celle du cancroïde. Ici un fond sanieux avec des croûtes et un ichor fétide, là un fond bourbillonneux; d'une part les ganglions sont engorgés, de l'autre les ganglions syphilitiques sont indifférents. Ces considérations nous paraissent suffisantes pour différencier les deux maladies.

Enfin, ajoutons que l'ulcère scrofuleux a pour siège de prédilection la lèvre supérieure et ne s'observe guère que chez les jeunes sujets, caractères différents de ceux du cancroïde.

Pronostic. — Une affection qui n'a pas de tendance spontanée à la guérison est toujours sérieuse. Si l'on ajoute que malgré l'intervention chirurgicale la récurrence est très commune, on se fera une idée de la gravité du pronostic. Malgré cela, de tous les épithéliomes, c'est celui qui offre la plus grande somme de circonstances favorables à l'intervention chirurgicale: organe accessible, réparation autoplastique aisée, limites du mal circonscrites, au début du moins, récurrences faciles à surveiller. D'ailleurs les statistiques sont essentiellement fa-

vorables à l'opération hâtive; THIERSCHE a rapporté des cas où l'affection était restée dix-sept et même vingt ans sans récidiver.

Traitement. — Extirper le cancroïde aussi largement, aussi promptement que possible, telle est l'indication qui s'impose au chirurgien. Il ne devra donc pas perdre un temps précieux à essayer des palliatifs dangereux, à irriter la tumeur par des caustiques.

Chez certains malades qui se refusent à une opération sanglante, on pourra recourir aux caustiques, à la pâte de Canquoin, à la pâte de Vienne, au fer rouge. Ce sont d'assez mauvais moyens, très douloureux, incertains dans leur action et qui laissent après eux des cicatrices difformes.

L'excision de l'épithélioma est donc bien préférable, mais il est des circonstances dans lesquelles on ne doit plus l'employer; ainsi quand les joues, le plancher buccal, les maxillaires sont envahis, surtout s'il y a en même temps de l'adénopathie, mieux vaut s'abstenir que de tenter une opération considérable sans chances de succès, sans possibilité de réparer par l'autoplastie la brèche faite aux téguments.

Aux cas légers pris au début convient l'excision simple; si la tumeur est déjà plus volumineuse, limitée au bord de la lèvre et encore circonscrite, l'excision cunéiforme pourra suffire; elle consiste à évier la lèvre en faisant deux incisions à son bord libre, et à enlever, après dissection de la peau et de la muqueuse, un lambeau cunéiforme. Quelques points de suture ferment la plaie.

Dès que la muqueuse ou la peau non seulement sont ulcérées, mais paraissent légèrement malades, c'est à l'excision en V qu'il faudra donner la préférence. Après avoir circonscrit la tumeur à une certaine distance avec deux pinces à forcipressure, on taille dans l'épaisseur de la lèvre, de haut en bas, un lambeau en V à pointe inférieure, comprenant toute l'épaisseur de l'organe; les lambeaux, mobilisés s'il est nécessaire, sont ensuite rapprochés par la suture entortillée. Mentionnons en outre l'ablation horizontale de DUPUYTREN, et les différents procédés de la cheiloplastie, qui conviennent dans les cas où le néoplasme a intéressé une plus grande partie des lèvres; après l'extirpation de la tumeur, la perte de substance est comblée au moyen de lambeaux autoplastiques, pris au menton, à la région sus-hyoïdienne, aux joues, qu'on amène par glissement ou par renversement.

§ 4. — Ulcérations des lèvres

Nous n'étudierons ici que les ulcérations syphilitiques et tuberculeuses, mais auparavant, il est bon de dire qu'on observe dans le jeune âge, principalement chez les sujets lymphatiques, des fissures profondes, très rebelles, plus communes à la lèvre inférieure; elles coïncident généralement avec un gonflement œdémateux chronique de l'organe, se montrent de préférence pendant l'hiver, et déterminent de vives douleurs spontanément ou par le fait du contact irritant de certains aliments. Ces fissures, qui sont peut-être liées à une altération de la santé générale, résistent aux traitements simples. On a conseillé

pour guérir ces sortes de crevasses la cautérisation avec un fil imbibé d'une solution de nitrate d'argent; ce moyen nous a plusieurs fois réussi.

Les *ulcérations syphilitiques des lèvres* appartiennent aux trois périodes de l'affection, c'est-à-dire qu'on y rencontre des chancres, des plaques muqueuses et des ulcérations tertiaires consécutives à des gommés. De tous les chancres céphaliques, celui des lèvres est le plus commun; les femmes y sont plus exposées que les hommes, il n'est même pas rare de le rencontrer chez les enfants. A peine est-il besoin d'indiquer les circonstances multiples qui expliquent cette localisation anormale de l'ulcération syphilitique primitive; à la sodomie buccale, cause fréquente, il faudrait ajouter les baisers impurs, la circoncision, l'allaitement, l'usage d'instruments culinaires contaminés, de pipes ou de cigares imprégnés de virus. La syphilis labiale des verriers aurait pour origine, d'après ROLLET, l'habitude qu'ont ces ouvriers de se servir des mêmes tubes de fer pour souffler le verre.

En dehors de ces considérations, le chancre labial évolue dans les conditions ordinaires, s'indure à sa base, devient douloureux, se recouvre parfois d'une croûte grisâtre; l'adénite sous-maxillaire médiane indurée fait rarement défaut. Un des points les plus intéressants de leur histoire est la possibilité de les confondre avec un épithélioma à son début; cependant les commémoratifs, l'âge du sujet, la rapidité de l'adénopathie, les accidents secondaires, l'ulcération circonscrite du chancre, l'influence du traitement serviront de base à un diagnostic différentiel.

Les plaques muqueuses des lèvres, fort communes, présentent les deux types érosif et papuleux; elles ont leur siège de prédilection au niveau des commissures ou à la face interne des lèvres; leur ténacité est bien connue, surtout lorsqu'elles sont sans cesse irritées par l'usage du tabac ou de l'alcool.

Le syphilome en nappe siège de préférence à la lèvre supérieure. Quant aux ulcérations gommeuses, peu communes, elles présentent dans leur histoire, leur anatomie pathologique et leur marche, une grande analogie avec celles de la langue. La confusion de l'affection avec le cancroïde ne résiste pas à un examen sérieux; l'ulcération gommeuse a été précédée d'une tumeur indolente, qui s'est ramollie, puis vidée; son fond bourbillonneux diffère de la surface ichoreuse saignante de l'épithéliome. L'adénopathie fait défaut; enfin l'efficacité du traitement spécifique est caractéristique.

Ulcérations tuberculeuses. — Si l'on ne comprend sous ce nom que les tubercules ramollis, suppurés, on peut dire avec FÉRÉOL, SPILLMANN, que cette affection se présente très rarement; mais si avec nombre d'auteurs on y fait entrer le lupus, le cadre s'élargit notablement. Dans un cas de FÉRÉOL, l'ulcère large comme une pièce de deux francs, siégeait au niveau de la commissure labiale droite; cet ulcère, à bords taillés à pic, empiétait sur la joue. Son fond blafard ne dépasse guère le tissu sous-muqueux; à sa périphérie la muqueuse a une teinte violet pourpre avec un semis de petits points jaunâtres.

Le lupus ne procède pas ainsi; il offre également une ulcération de la lèvre, mais la détruit à la fois en surface et en profondeur, ronge un côté pendant qu'il se cicatrise de l'autre. C'est de cette façon, qu'au bout d'un temps toujours assez long, se produisent des difformités graves, et en particulier l'atrésie de

l'orifice buccal, affection dont il sera question plus loin. Au traitement hygiénique qui convient à cette maladie, il faudra joindre un traitement local, des cautérisations énergiques. Nous leur préférons le grattage avec la curette de VOLKMANN; au besoin, le chirurgien devra recourir à divers procédés cheiloplastiques pour remédier à l'atrésie et aux difformités.

§ 5. — Déformations et vices de conformation des lèvres

1° DÉFORMATIONS

Bibliographie. — DECÈS, *Soc. de chir.*, 1859. — GUSSENBAUER, *Arch. de Langenbeck*, t. XXI, p. 526, in *Ibid.*, t. XXIII, p. 231 et 877.
Thèse de Paris. — 1881, ROSNE (Bibl.).

Les déformations reconnaissent généralement pour causes les lésions traumatiques ou inflammatoires, les pertes de substance, qui succèdent aux brûlures, aux plaies par armes à feu, aux ulcérations syphilitiques, lupeuses. Nous étudierons successivement l'ectropion des lèvres et l'atrésie.

A. — ECTROPION

Le tissu cicatriciel, agissant en vertu de son pouvoir rétractile, tend à dévier les organes mobiles avec lesquels il se trouve en connexion. C'est de cette façon que les causes ci-dessus énoncées produisent l'ectropion qui siège bien plus souvent à la lèvre inférieure. Celle-ci se renverse; puis la muqueuse, sans cesse exposée à l'air, sans perdre sa sensibilité s'indure, s'épaissit. Suivant les degrés, gencives et dents sont découvertes, bientôt la salive s'écoule au dehors; dans les cas où la cicatrice s'étend au cou, la tête se fléchit fortement et son redressement, assez limité, ne devient possible que par suite du déplacement de la peau de la région sternale.

Cette affection nécessite presque toujours l'intervention chirurgicale; dans les cas simples, il suffit parfois de produire une perte de substance à la muqueuse et de suturer ensuite. Dès que la bride cicatricielle a plus d'étendue, il est indispensable de recourir à des opérations autoplastiques, les unes dans le but de mobiliser la cicatrice, les autres pour remédier à la déformation devenue persistante. Ces opérations doivent être parfois multiples; le chirurgien pourra se servir à la rigueur du tissu inodulaire, à la condition qu'il soit convenablement nourri.

B. — ATRÉSIE

Toute diminution notable de l'orifice buccal porte le nom d'atrésie: nous ne ferons que mentionner l'atrésie congénitale, vice de conformation exceptionnel, souvent lié à d'autres malformations; elle n'est susceptible d'un traitement chirurgical qu'autant qu'il existe une cavité buccale bien constituée.

L'atrésie accidentelle, beaucoup moins rare, reconnaît pour cause la plupart

des lésions que nous avons mentionnées plus haut; les ulcérations gangreneuses des lèvres, les lésions traumatiques, les affections syphilitiques ou tuberculeuses; les brûlures, le noma y prédisposent particulièrement. Elle a d'autant plus de chances de se produire que la lésion occupe le voisinage des commissures.

Il y a lieu de décrire deux variétés principales d'atrésie: 1° L'atrésie est *simple* lorsque l'orifice buccal se trouve rétréci, par le fait seul de la soudure des lèvres ou de leur rétrécissement cicatriciel. 2° L'atrésie devient *compliquée* quand, en même temps que le rétrécissement de la fente labiale, il y a perte de substance, adhérences anormales aux gencives, ou au plancher de la bouche, déplacements ou déviations acquises cicatricielles. Aussi les variétés d'atrésie compliquée, fort nombreuses, échappent-elles à une description succincte. Tantôt l'orifice buccal est réduit à une petite ouverture qui admettrait à peine un tuyau de pipe; tantôt il a plus de largeur, mais alors, par suite des pertes de substance, des rétractions cicatricielles, les lèvres atrophées, amincies, sans élasticité, se collent sur les arcades dentaires auxquelles elles adhèrent plus ou moins intimement.

En dehors de la difformité apparente, l'atrésie détermine toujours des troubles fonctionnels assez graves; le symptôme prédominant est la difficulté de l'alimentation; les malades sont quelquefois réduits à se nourrir d'aliments liquides, qu'ils aspirent avec un tube ou qu'ils versent au moyen d'une tasse munie d'un bec.

Tôt ou tard la mastication devient pénible, très difficile; les dents elles-mêmes subissent des modifications importantes, s'inclinent généralement vers la partie interne; enfin la parole est fort gênée. A côté de ces désordres, il faut placer l'écoulement de la salive dans les cas graves, compliqués de perte de substance et d'atrésie avec adhérences; c'est là un des symptômes les plus communs à la suite des plaies par armes à feu qui intéressent les lèvres. Ces infirmités retentissent à la longue sur la santé générale; la difficulté de la préhension des aliments suffirait à elle seule pour expliquer l'affaiblissement progressif des malades; on a cité des exemples de mort.

Traitement. — Tous ceux qui se sont trouvés aux prises avec des cas de ce genre avant la confirmation de l'atrésie, ont remarqué combien le chirurgien a peu d'action pour empêcher la production du rétrécissement; les plus sages précautions échouent alors contre l'invincible rétractilité du tissu fibreux. Les dilateurs de tous genres, les tiges de laminaire, de gentiane, l'éponge préparée, etc., de même que le massage, n'ont qu'une efficacité momentanée. Le traitement chirurgical dans les cas simples comprend: l'incision après la création d'une commissure artificielle par le procédé du bottock, l'incision et la suture en ourlet ou cutanéomuqueuse. Il est aisé de comprendre que l'incision simple n'a qu'une efficacité temporaire; malgré tous les efforts du chirurgien, en effet, la récurrence est la règle, elle n'a sa raison d'être qu'autant qu'on aurait créé en quelque sorte des commissures artificielles, en faisant cicatriser sur un corps étranger une perte de substance circulaire pratiquée à l'emporte-pièce dans la joue au moyen d'une canule coupante. Il suffit d'inciser ensuite le pont charnu ou cicatriciel entre la bouche atrésiée et cet orifice artificiel pour agran-

dir la fente buccale; c'est ce qu'on appelle le procédé du bottock, en raison de son analogie avec la coutume de certaines peuplades qui se percent les joues pour y placer des anneaux (Botocudos).

Cette opération peut être avantageusement remplacée par l'incision et la suture cutanéomuqueuse, ou même par la suture en ourlet; celle-ci consiste à abraser les bords de l'atrésie en respectant la muqueuse, et à suturer ensuite à la peau les bords de la muqueuse renversée. Ce dernier procédé porte le nom de VERNET (1817) ou de DIFFENBACH. Les résultats obtenus par ces divers moyens sont assez satisfaisants; malheureusement ils ne conviennent plus à l'atrésie compliquée, l'on doit alors s'adresser à d'autres opérations moins bien réglées, dont le succès dépend beaucoup de l'ingéniosité et de l'habileté du chirurgien. Peu d'opérations chirurgicales exigent autant de tact que la judicieuse détermination des interventions successives qu'il faut entreprendre; on devra remédier à l'atrésie, combler les pertes de substance, obvier à l'écoulement de la salive, détruire les adhérences vicieuses gingivo-labiales qui engendrent plus tard le rétrécissement des mâchoires. C'est peut-être à la suite des tentatives de suicide avortées ou dans les plaies de la cavité buccale par armes de guerre, que toutes ces difficultés atteignent leur maximum; en pareille circonstance on aura recours à la cheiloplastie et l'on procédera par opérations échelonnées. Dans les cas qui sont au-dessus des ressources de l'art, la prothèse rendra des services pour dissimuler de hideuses déformations.

2^o VICES DE CONFORMATION DES LÈVRES ET DE LA BOUCHE.
BEC-DE-LIÈVRE

Bibliographie. — FRANCO, *Traité des hernies*, 1561. — A. PARÉ, *Œuvres*, édit. Malgaigne, 1840, t. II, p. 84. — DE LAFAYE, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I. — LOUIS, *Ibid.*, t. IV et V. — DESAULT, *Œuvres chir.*, 1798-99, t. I^{er}, p. 150. — BLANDIN, *Th. de Conc.*, 1836 et *J. de Malgaigne*, 1843, p. 33. — DESPRÉS, *Th. de conc.*, 1841. — RIGAUD, *Ibid.*, 1841. — CLÉMOT, *J. de Malgaigne*, 1844, p. 1. — MIRAILL, *Ibid.*, 1844 et 1845. — DUBOIS, *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IX, 1845. — COSTE, *Hist. gén. et part. du développ.*, 1848, t. I^{er}. — SÉDILLOT, *Gaz. méd. de Paris*, 1856, 1861 et *Acad. des sciences*, 1863; *Bull. de la Soc. de chir.*, 1856 et 1857. — HENRY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861. — DEBOUT, *Bull. de therap.*, 1862, t. LXIII. — GIRALDÈS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1865. — *Arch. de Langenbeck*, t. XXV, p. 887 et 899. — TERRILLON, *Arch. gén. de méd.*, 7^e s., t. II, p. 513, in *Revue mensuelle*, 1879, t. III, p. 435. — BECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1878. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1879, t. V, p. 617. — ALBRECHT, *Revue de Hayem*, t. XVII, p. 2 et 443. — DE SAINT GERMAIN, *Chirurgie orthopédique*, 1883.

DEMARQUAY, art. BEC-DE-LIÈVRE, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, et BOUISSON, *Ibid.*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*

Thèses de Paris. — 1823, LAROCHE. — 1836, HUSSON. — 1852, NORMAND. — 1857, PÉRIAT. — 1866, THÉVENIN. — 1875, PETIEAU. — 1876, GRIVEAUD. — 1877, NORY.
Thèse de Montpellier. — 1825, BONFILS.

Définition. — On désigne depuis A. PARÉ sous le nom de bec-de-lièvre, la division permanente et congénitale des lèvres, produite par le défaut de sou-

de des bourgeons maxillaires et frontaux. La ressemblance de l'affection avec la lèvre supérieure du lièvre lui a valu ce nom, généralement adopté dans toutes les langues (*harelip*, angl.; *Hasenscharte*, all.). Quoique connue des anciens, cette difformité n'a été bien étudiée que depuis FRANCO, PARÉ; deux points de son histoire ont spécialement attiré l'attention, sa pathogénie et surtout son traitement.

Étiologie. — Nous ne ferons que rappeler les opinions anciennes qui attribuaient le bec-de-lièvre aux causes les plus diverses; les uns ont admis que l'enfant se déchirait lui-même la lèvre avec ses poings; d'autres incriminent l'action de la langue trop volumineuse, maintes fois l'imagination de la mère a été accusée. CRUVEILHIER et VELPEAU acceptaient l'idée d'une maladie intra-utérine. De toutes les causes banales et hypothétiques, la moins incertaine est assurément l'hérédité. Son influence ne saurait être contestée; en effet FRITZSCHE (1878) a trouvé l'hérédité dans 26 pour 100 des cas.

La seule théorie généralement admise aujourd'hui est celle de l'arrêt de développement. Grâce aux progrès de l'embryogénie, on a pu expliquer toutes les variétés simples ou compliquées du bec-de-lièvre. Voici sur quelles bases repose la théorie, d'après COSTE.

La cavité buccale ainsi que les fosses nasales ont une origine commune; c'est

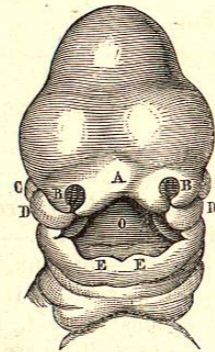


Fig. 114. — Embryon de 30 jours.

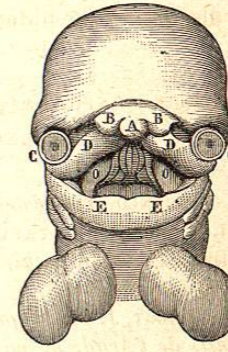


Fig. 115. — Embryon de 40 jours.

A. Bourgeon incisif. — BB. Rudiments des ailes du nez. — CC. Yeux refoulés en arrière. — DD. Bourgeons maxillaires supérieurs. — EE. Bourgeons qui forment la lèvre inférieure. — OO. Rudiments de la voûte palatine.

plus tard seulement qu'une cloison transversale les sépare. Vers le vingtième jour, c'est-à-dire à la fin de la troisième semaine, la tête de l'embryon est représentée par le capuchon céphalique. On distingue à la partie supérieure de ce dernier trois bourgeons principaux; l'un médian se dirige en bas, les deux autres latéraux, symétriques, sont situés un peu plus bas. Or, le bourgeon médian a pour mission de former le front, le nez et la lèvre supérieure, tandis que les bourgeons latéraux sont les rudiments des deux maxillaires de chaque côté. Voyons comment les trois petits bourgeons, en marchant à la rencontre les uns des autres, vont constituer la face et ses cavités. De la partie inférieure des bourgeons latéraux se détachent de bonne heure deux prolongements qui, en