

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE
DE LYON

Fondée le 10 Février 1881

TOME VINGT-SIXIÈME

1907

LYON
H. GEORG, LIBRAIRE
PASSAGE DE L'HOTEL-DIEU, 36-38

PARIS
MASSON & C^{ie}, LIBRAIRES
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1908

métissés sans doute par les mariages de leurs pères avec des femmes d'autres races (comme, d'ailleurs, beaucoup de Turcs d'Asie et d'Europe), mais conservant très fidèlement leur généalogie masculine turque.

M. Pélagaud fait remarquer de même que, bien avant l'invasion arabe, le nom de Maure était déjà employé pour désigner les habitants indigènes de l'ancienne Mauritanie et que peut-être vaudrait-il mieux leur conserver encore cette appellation, au lieu de l'étendre aux produits plus modernes du métissage des Arabes avec les Kabyles.

M. Chantre. — Je croyais avoir dit qu'en Tunisie, on appelait *Maures* les métis de Turcs, d'Arabes ou de Berbères, et *Koulouglis* les descendants des Turcs, de Mauresques et d'autres femmes blanches du pays.

La parole est donnée à M. Jean Jarricot, qui présente un moulage articulé et donne lecture du mémoire suivant :

ANOMALIES MULTIPLES DES DENTS ET DES ARCADES DENTAIRES

EXPOSÉ ET RÉFLEXIONS

Par M. JEAN JARRICOT

Je me propose, dans cette note, d'étudier, d'après un bon moulage que j'ai pris sur un aliéné, une série exceptionnelle d'anomalies dentaires.

Je décrirai d'abord la configuration générale du palais et des arcades ; j'étudierai ensuite la forme et les dimensions de toutes les dents ; je ferai, enfin, quelques remarques et quelques hypothèses au sujet des anomalies rencontrées.

I. CONFIGURATION GÉNÉRALE DES ARCADES DENTAIRES

A. — Maxillaire supérieur.

L'arcade est du type hyperbolique ; elle présente une atrésie remarquable.

Les mesures suivantes montrent bien à quel point ces deux caractères sont exagérés :

a) DIAMÈTRES EXTERNES

Largeur maxima, en arrière, au niveau du collet . . .	60 m/m.
— — — de M ¹	43 m/m.
Diamètre antéro-postérieur médian	50 m/m.
Longueur de la branche droite (1).	57 m/m.
Longueur de la branche gauche	56 m/m.
Profondeur de la voûte palatine au niveau des pré- molaires	20 m/m.

b) DIAMÈTRES INTERNES

Transverse minimum au niveau de M ³	36
— — — M ²	39
— — — Pm ¹	18

B. — Maxillaire inférieur.

L'arcade est ogivale ; c'est l'arc en tiers-points gothique ; le palais répond au type *neurotique de Clouston*.

En voici les principales mesures :

a) DIAMÈTRES EXTERNES

Transverse maximum au niveau de M ²	57 m/m.
— — — M ¹	50 m/m.
— — — Pm ²	40,5m/m
— — — Pm ¹ (?).	35
— — — C.	27,5
Diamètre antéro-postérieur maximum	42
Longueur à la branche droite.	47
— — gauche	50

(1) Ligne antéro-postérieure oblique du bord mésial et antérieur de l'incisive centrale au point distal maximum de la dernière molaire.

b) DIAMÈTRES INTERNES

Diamètre transverse maximum, au niveau de M ²	. . .	35,5
— — — — de M ¹	. . .	29
— — — — Pm	. . .	24
— — — — C	. . .	17,5

II. FORME ET DIMENSIONS DES DENTS

A. — Maxillaire supérieur.

a) DEMI-ARCADE DROITE

1° *Incisive centrale.*

Cette dent est d'un volume insolite.

		En moyenne. (Black.)
Diamètre mésiodistal	10 m/m	9
— labio-palatin, au talon	8,5	7
— — au bord libre	2,5	
Hauteur de la couronne	12,8	10

Le diamètre méso-distal est le même sur toute la hauteur de la couronne.

Les angles sont normaux ; la face mésiale est accolée étroitement à l'incisive centrale gauche ; la face distale libre sur toute sa hauteur, par suite du retrait de l'incisive latérale, montre une saillie remarquable de la crête cervico-palatine ; la face de même nom se caractérise par un épais talon surmonté d'une cavité rectangulaire nettement et régulièrement dessinée. Cette cavité est délimitée en haut par un épaissement du bord libre, en bas par le talon, à droite et à gauche par les crêtes palatines.

2° *Incisive latérale.* — Elle est beaucoup moins volumineuse que la précédente, mais elle est atypique et répète l'incisive centrale.

		En moyenne. (Black.)
Diamètre labio-palatin à la partie libre	2,3	
— — au talon	8	
— — mésiodistal	7,8	6,4
Longueur de la couronne	6,2	8,8

Elle est formée essentiellement de deux plans obliques réunis au bord tranchant ; ses faces mésiales et distales ont la forme chacune d'un triangle équilatéral à base gingivale. La face palatine présente un sillon profond, triangulaire, à base supérieure et parfaitement dessiné par l'épaississement du bord libre et par les deux crêtes cervico-palatines.

3° *Canine*. — Cette dent est volumineuse, mais de forme à peu près normale, la face externe est pentagonale.

		En moyenne. (Black.)
Diamètre mésio-distal maximum . . .	8,5	7,6
— jugo-palatin au talon. . .	8,5	—
Longueur maxima de la couronne. . .	10	9,5

4° *Première prémolaire permanente*. — Dent normale ; il s'agit, selon toute apparence, d'une première prémolaire ; le cuspide jugal occupe les deux tiers de la largeur de la couronne comme on l'observe d'ordinaire sur les prémolaires supérieures de l'adulte.

5° *Seconde molaire temporaire*. — Dent volumineuse pour une temporaire.

Diamètre jugo-palatin au talon.	10 m/m
— mésiodistal —	9
Longueur jugale de la couronne.	9,5

Par sa forme néanmoins, elle impose le diagnostic de molaire temporaire ayant persisté ; c'est l'avis du reste de M. le Professeur F. Bouchard (de l'Ecole dentaire de Lyon) à qui nous avons montré la pièce.

La dent est quadricuspide avec prédominance du cuspide antéro-interne et tendance à l'effacement du cuspide postéro-interne (palato-distal) ; une crête relie obliquement le cuspide antéro-interne au cuspide postéro-externe.

6° *Première grosse molaire permanente*. — Du même type que la précédente mais plus volumineuse et plus quadrangulaire.

7° *Seconde molaire permanente*. — Dent du type quadricuspide en croix ; la section du collet est elliptique ; la couronne aplatie est allongée obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant ; les mesures suivantes en témoignent :

Diamètre palato-jugal (petit axe de l'ellipse) . . .	10
— perpendiculaire à celui-ci (grand axe) . .	15,8
Longueur antéro-interne de la couronne	6,8
— postéro-externe — —	5

b) DEMI-ARCADE GAUCHE

1° *Incisive centrale*. — Même forme, même volume, mêmes particularités qu'à droite.

2° *Incisive latérale*. — Identique à son homologue droite sauf en ce qui concerne le bord libre qui est ici plus usé par abrasion mécanique.

3° *Canine*. — Dent plus volumineuse que son homologue droite, très épaisse ; la pointe déchirante est sur le même plan que le bord tranchant des incisives centrales.

	Canine droite.	Canine gauche.	En moyenne. (d'après Black.)
Diamètre mésiodistal max. . .	8,5	9,6	7,2
— jugo-palatin . . .	8,5	8,8	9
Longueur de la couronne . .	10	11	8,2

4° *Prémolaire*. — Dent un peu plus volumineuse que son homologue droite, mais, comme celle-ci du type de la prémolaire.

	Pm. gauche.	Pm. droite.	En moyenne. (d'après Black.)
Diamètre mésiodistal max. . .	8	5,9	7,2
— palato-labial. . . .	11	10	9
Longueur de la couronne . .	8	6	8,2

5° *Deuxième molaire temporaire, première et deuxième molaires permanentes*. — Même type et même volume qu'à droite.

6° *Troisième molaire*. — Cette dent, réduite à un gros tubercule ombiliqué, est déformée, aplatie, pressée contre la face postérieure de la deuxième molaire.

Diamètre palato-jugal	8,3
— antéro-post	8

On retrouve dans ce tubercule les composants d'une molaire quadricuspide. Ce tubercule ne fait d'ailleurs, hors de la gencive qu'une petite saillie. Il est basculé en arrière. Le sillon intercuspidien est remplacé par une large fosse antéro-postérieure. Les cuspides postérieurs sont presque effacés tant ils sont déformés.

B. — Maxillaire inférieur.

a) DEMI-ARCADE DROITE.

1° *Incisive centrale*. — Dent élançée étroite, à solide renflement lingual.

		En moyenne. (Black.)
Diamètre mésiodistal	6	5,4
— labio-lingual	6	—
Longueur de la couronne	10	8

Le diamètre mésio-distal est le même sur toute la hauteur de la partie libre ; les angles (interne et externe) du bord libre sont droits ; la face palatine présente au-dessus du renflement lingual, un sillon triangulaire à base supérieure, bien marqué.

2° *Incisive latérale*. — Un peu plus large que la centrale, un peu évasée à partir du collet ; la plus saillante des dents du maxillaire inférieur.

3° *Canine et première prémolaire caniniforme*. — En allant d'avant en arrière, la dernière arcade dentaire droite comprend, après les incisives, sur la disposition desquelles nous reviendrons ultérieurement, et après une canine à peu près normale, une dent occupant la place de la première prémolaire mais rappelant par sa forme une canine typique. Cette dent a un bord tranchant acuminé et à deux versants (mésial et distal) obliques de bas en haut, convergents de la base au sommet. La face labiale de la couronne est pentagonale et convexe. L'angle distal s'incline en dedans et se recourbe

en arrière. Des crêtes cervico-linguales longent le bord postérieur qu'elles épaississent. Ces crêtes aboutissent à un cuspide déchirant très net. Sur la canine, il n'existe pas de cuspide lingual à la région cervicale. Sur la prémolaire caniniforme, ce cuspide est au contraire très marqué ; la face linguale offre ainsi le W typique et une fine arête relie ce cuspide cervical postéro-inférieur au cuspide déchirant.

4° *Seconde prémolaire.* — Entre la dernière des dents qui viennent d'être décrites et une première molaire bien caractérisée, on rencontre une nouvelle dent atypique.

C'est une petite couronne aplatie sur sa face canine et sur sa face molaire, arrondie régulièrement sur la face jugale, triangulaire sur la face linguale. La surface d'occlusion présente, d'avant en arrière, deux petites vallées parallèles, allongées transversalement, c'est-à-dire dont le grand diamètre est jugo-lingual. La première vallée regarde en avant, la seconde directement en haut ; celle-ci est plus grande des deux tiers environ que la première. Les deux vallées communiquent par solution de continuité de la crête qui les sépare. Cette crête va d'un cuspide externe et médian à un cuspide antéro-interne. Le relèvement des bords de la couronne figure encore aux angles trois denticules : deux externes (AE et PE) et un interne (PI).

5° *Molaires.* — Une première et une seconde molaire du type quadricuspide. La surface d'occlusion est très ridée. Le sillon transverse principal se continue assez bas sur les faces linguales et jugales de la couronne. En avant, le sillon médian antéro-postérieur se divise en deux branches divergentes à la manière d'un Y. Ces branches obliquent d'arrière en avant vers les cuspides AE et AI. La face externe de la couronne est fortement convexe, la face interne est à pic et perpendiculaire. Voici les dimensions de ces dents.

	M ¹	M ²
Hauteur de la couronne (face externe)	7	6
Diamètre mésiodistal maximum. . . .	11	10,5
— jugo-lingual max.	12	10

b) DEMI-ARCADE GAUCHE

Même nombre de dents et mêmes caractères qu'à droite ; à noter seulement :

1° Que tous les cuspides externes sont plus acuminés, celui de la première canine en particulier ;

2° Que l'incisive latérale (hétérotype), très usée, s'élève de 2 millimètres moins haut que son homologue droite.

III. SITUATION PARTICULIÈRE DES INCISIVES LATÉRALES

Aux deux maxillaires, les incisives latérales ont été repoussées sur la ligne médiane et en arrière.

Au maxillaire inférieur, l'incisive latérale droite s'érige directement en arrière de l'incisive centrale ; l'incisive latérale gauche est située sur le même plan que la droite, mais elle apparaît dans un diastème constitué par la canine et l'incisive centrale tandis qu'à droite la canine succède directement à l'incisive. Il en est à peu près de même au maxillaire supérieur. La canine gauche est jointive avec l'incisive centrale et l'incisive latérale gauche est franchement postérieure. Toutefois, on ne peut pas dire que l'incisive latérale droite soit aussi complètement hétérotopique que ses homologues. Elle est bien située sur un plan postérieur à celui de l'incisive centrale droite qui la masque en majeure partie, mais son talon arrive dans le diastème compris entre cette incisive centrale et la canine. Elle est donc simplement rétro pulsée.

IV. RÉCAPITULATION DES ANOMALIES

a) *Anomalies de position.* — Les quatre incisives latérales sont en position vicieuse ; les dents sont implantées en haut et en bas sur des arcades dont la forme est anormale.

b) *Anomalies de forme.* — Sauf au maxillaire supérieur, les deux premières grosses molaires, et, à la mandibule, les deux premières et les deux secondes grosses molaires, toutes les autres dents sont plus ou moins atypiques ;

Il n'y a pas de secondes prémolaires supérieures, mais des molaires de lait en leur lieu et place (1) ;

Les incisives centrales supérieures sont géantes, au contraire, la dent de sagesse droite a avorté et la gauche est réduite à un tubercule déformé ;

Les premières prémolaires inférieures sont caniniformes et il n'existe pas de dent de sagesse. Elle n'aurait d'ailleurs pas pu se développer en position normale. Les secondes molaires viennent au contact de la branche montante du maxillaire.

V. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CES ANOMALIES

Le gigantisme des incisives centrales supérieures atteint les dimensions extrêmes signalées par Magitot et par Black ; il dépasse les dimensions maxima rencontrées par ces auteurs et par nous-même quant à la hauteur de la couronne.

Le gigantisme des incisives n'est pas une rareté exceptionnelle. Bourneville et Mme Sollier en rapportent des exemples. nous l'avons observé nous-même un certain nombre de fois et signalé dans l'*Odontologie* (2). Il ne semble pas, toutefois, qu'on ait fait d'hypothèse spéciale pour expliquer cette malformation. Il est probable qu'il s'agit ordinairement de troubles trophiques d'origine centrale ; il est fréquent de trouver le gigantisme des incisives associé à un degré plus ou moins prononcé de nanisme des dents voisines et cela surtout chez

(1) Le sujet, porteur de ces anomalies, était âgé de trente-quatre ans.

(2) JEAN JARRICOT, Sur un cas de réversion conoïdale des incisives latérales supérieures, etc. (*l'Odontologie*, 1907).

les dégénérés à stigmates physiques. Mais il faut avouer que ce n'est pas une explication bien satisfaisante.

Il est d'ailleurs remarquable que le gigantisme affecte, en général, les dents de bouche et particulièrement les incisives, à l'exclusion des autres dents. Il nous semble que, dans certains cas, et, en particulier, dans le cas que nous venons de relater, une autre hypothèse très plausible peut être formée.

Dans ce dernier cas, les deux incisives centrales supérieures ne rencontrent aucune dent antagoniste à l'occlusion complète des mâchoires. Elles passent à plus de 4 millimètres en avant des incisives centrales inférieures. Choquet, d'autre part, pose le principe suivant : « Toute dent qui, pour une cause ou pour une autre, ne rencontre pas à l'état d'occlusion normale des mâchoires son, ou plutôt ses antagonistes, tendra toujours à s'allonger. » (*Anatomie Dentaire*, 1903.) Ce principe généralise un fait d'observation bien connu des craniologistes. Il serait facile de l'illustrer par de nombreux exemples. Il semble, au surplus, tout à fait exact ; il s'autorise d'une loi fondamentale de la doctrine transformiste : la modification de l'organe par la fonction. En résumé, on peut admettre avec assez de vraisemblance que l'allongement excessif de la couronne des incisives centrales supérieures n'est peut-être pas sans rapport avec l'isolement absolu de ces dents.

La forme losangique des molaires a été signalée, notamment par Topinard dans son mémoire : « De l'évolution des molaires et des prémolaires chez les primates et, en particulier chez l'homme. » (*l'Anthropologie*, 1892.) Dans notre cas, il est difficile de distinguer ce qui est lié à la brièveté de l'arc alvéolaire de ce qui revient à une évolution du type primitif des molaires des primates. Il peut y avoir gêne mécanique, mais ce point est insoluble. Au contraire, la tendance à l'atrophie des molaires, à la disparition même de dents de sagesse est admise assez généralement.

On est amené à cette conception par un certain nombre

de remarques et, en particulier, par les suivantes, relatives à l'Européen moderne :

1° Le volume des molaires suit, le plus souvent, un ordre décroissant d'avant en arrière ;

2° La décroissance aboutit quelquefois à la formation d'une troisième molaire monocuspidée, voire d'un simple rudiment ;

3° En remplacement du type fondamental quadricuspide, on peut observer un type tricuspide dont l'ordre de fréquence est le même que la variation de volume (moins de 2 % pour la première molaire, 16,5 % pour la seconde molaire, 39,2 % pour la troisième molaire).

Je ne reviendrai pas sur les raisons que j'ai développées ailleurs (*Odontologie*, 1907, *loc. cit.*) et qui me portent à rejeter l'opinion américaine admettant, pour le type tricuspide la signification atavique d'une réversion lémurienne. Je considère, avec Topinard, ce type tricuspide comme le produit d'une évolution régressive, d'une atrophie. Or, on conçoit facilement que le type quadricuspide losangique soit un acheminement vers le tricuspide ; que le cuspide postérieur, le plus réduit déjà, achève de s'atrophier et le type tricuspide est réalisé.

Il reste à examiner, à propos de cette observation, un dernier point, et ce n'est pas le moins intéressant : je veux parler des malformations du palais et des arcades dentaires et de leur signification.

L'étude systématique de ces malformations est de date relativement récente (1) ; c'est à Morel que nous sommes redevables de nous avoir montré la majeure partie de leur intérêt : la relation qui existe entre ces malformations somatiques et des altérations mentales. Après les travaux de Bourneville

(1) On trouvera un aperçu historique de cette question dans la thèse de Charon, *Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence*, Paris, 1891.

et de Mme Sollier, l'étude de cette question a été reprise, il y a quelques années, par Charon dans un mémoire très consciencieux ; certains résultats généraux de cette étude méritent de ne pas être oubliés.

Ainsi Charon montre qu'il existe un rapport de fréquence entre les anomalies du palais et les autres anomalies physiques. Tandis que les sujets observés, qui ont une voûte palatine normale, n'offrent que dans 8 % des cas d'autres anomalies (oreilles, yeux, etc.), les sujets à voûte anormale en présentent dans 80 % des cas — dix fois plus exactement. D'autre part, il existe une sorte de gradation synchrone entre le degré de la dégénérescence (le nombre des stigmates tout au moins et leur gravité) et la gravité croissante des malformations palatines. Tandis que les sujets à *palais plats* n'ont présenté d'autres malformations physiques, malformations légères du reste, que dans 35 % des cas, les sujets à *palais ogival ou en dôme* offrent des malformations connexes, dans 90 % des cas et les individus à *voûte angulaire* dans 100 % des cas. Les malformations connexes sont, en outre, chez ces derniers, particulièrement accusées et importantes — (nanisme, asymétrie du crâne, pieds bots, etc.).

En présence de cette gradation singulière, on est conduit à se demander quel est le mécanisme des altérations palatines. On est d'autant plus porté à se poser cette question que les altérations palatines sont fréquentes surtout chez les idiots, les imbéciles, et les épileptiques, c'est-à-dire chez les sujets affectés de maladies mentales qui dénotent un trouble particulièrement profond des organes de la pensée et s'accompagnent souvent d'anomalies du crâne. On est amené à penser que ces anomalies sont peut-être reliées entre elles par une cause unique à découvrir et qui se manifesterait par cette réduction constante des diamètres transverses du palais au fur et à mesure d'un double accroissement : accroissement de la gravité de l'état mental et accroissement dans le nombre des anomalies concomitantes.

Dans son *Esquisse anthropologique des aliénés*, Cuyllis

paraît s'être préoccupé de cette question ; voici, en tous cas, comment il explique le mécanisme des déformations palatines.

« Le cerveau tend à conquérir son développement transversal, mais il rencontre, dans certains cas, une résistance au niveau des pariétaux qu'il refoule. Ce refoulement transmis par les apophyses zygomatiques, temporales et malaïres, pousse au rapprochement des bords alvéolaires des maxillaires supérieurs, véritables tenailles où l'écartement des grandes branches, c'est-à-dire des pariétaux, assure le rapprochement des mors, la charnière étant représentée par les corps du sphénoïde et de l'occipital... Il existe normalement entre l'écart des rebords alvéolaires au niveau des dernières grosses molaires et le diamètre interpariétal ou transverse maximum du crâne, un rapport assez constant de 1 à 3 1/2 : chez l'héréditaire, et partant chez l'aliéné, l'écart intermolaire est de 1 à 4 1,2 et, chez l'idiot, de 1 à 6 et 6,8. »

Les recherches de Charon n'ont pas confirmé l'espérance qu'avait fait entrevoir l'hypothèse de Cuylyts, mais peut-être le dernier mot n'est-il pas dit à ce sujet. On demeure en présence de deux affirmations à peu près contradictoires. Il serait à désirer qu'une étude nouvelle portant sur un nombre suffisant de mesures vint nous donner, sur ce point, une réponse définitive.

Enfin, en terminant cette note, qu'il me soit permis de rappeler l'intérêt qui s'attache en médecine légale à l'examen des dents et du palais. Cet intérêt a été tout particulièrement mis en évidence par les recherches faites à Lyon sous l'inspiration de M. le professeur Lacassagne. Baroncelli a insisté en particulier sur les ressources que peut fournir l'étude des dents et des mâchoires dans l'identification d'un cadavre dont la face mutilée et putréfiée ne permet plus de reconnaître les traits. Cet auteur estime, en effet, *qu'entre les membres d'une même famille, à la ressemblance physio-*

nomique correspond la ressemblance des différentes parties osseuses qui concourent à la formation de la bouche.

Nous croyons que c'est là un point d'autant plus important que les recherches de Charon tendent, de leur côté, à montrer la transmission héréditaire des viciations de la voûte palatine. Dans tous les cas où, comme je l'ai montré (1), il y a quelques années, la dégénérescence, évidente ou soupçonnée, oblige le médecin-légiste à soupçonner que sont peut-être troublés les rapports normaux de la taille et des os longs, il y aura avantage à se rappeler cette hérédité des stigmates dentaires et palatins et à ne pas négliger cette source de renseignements si l'on peut y recourir.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie descriptive.

BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, 1890.

BOURNEVILLE, Anomalies physiques des idiots (*Journal des Connaissances médicales*, 1863-1864).

MAGITOT, *Dictionnaire des Sciences médicales* (bouche, dents).

GAGNAUD, *Dictionnaire des Sciences médicales* (palais, vices de conformation).

DALLY, *Dictionnaire des Sciences médicales* (craniologie).

CUYLITS, *Esquisse anthropologique des aliénés*.

SOLLIER (Mme Alice), *De l'état de la dentition chez les Enfants idiots et arriérés* (thèse de Paris, 1887).

MERCIOLE, *De la dentition dans les questions d'identité* (thèse de Lyon, 1891).

BOODY, La mâchoire des dégénérés (*American Journal of insanity*, 1896).

CULLERRE, *Traité pratique des maladies mentales*.

MOREL (A.-B.), *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, avec atlas, Paris, 1859.

C. LOMBROSO, *L'homme criminel*.

(1) JEAN JARRICOT, les Dégénérés et la détermination de la taille par les procédés ostéométriques (*Archiv. d'anthrop. criminelle*, 1904).

- DUMUR, *Des dents, leur importance et leur signification dans les questions médico-légales* (thèse de Lyon, 1882).
- O. AMOEDO, *L'art dentaire en médecine légale*, Paris, 1898.
- R. BARONCELLI, *De la voûte palatine et des mâchoires au point de vue de l'identification judiciaire*, Lyon, 1901.
- JEAN JARRICOT, Les dégénérés et la détermination de la taille par les procédés ostéométriques (*Archiv. d'Anthrop. crim.*, 15 février 1904).

La séance est levée à 6 h. 1/2.

L'un des Secrétaires : FORGEOT.
