

tica practicada por medio de una pieza huesosa, perfectamente adaptada por medio de una cavidad cariótica, y labrada probablemente á expensas de algún otro diente.

En 1846 pudo el abate Fischer, gracias á los trabajos de fortificación emprendidos para defender á México contra los invasores americanos, estudiar las antiguas sepulturas de Tlaltelolco: los preciosos objetos extraídos de ellas han servido para enriquecer el Museo Broca de París.

Durante la invasión francesa, Domenech ha practicado allí nuevas excavaciones, y la superposición de las diferentes sepulturas y su división principal en superiores é inferiores, ha quedado definitivamente establecida.

En los cuatro cráneos extraídos por Fischer y por Domenech, de la serie superior, los diámetros de la bóveda craneana son mayores que los de los cráneos extraídos de la serie inferior; los caracteres especiales son menos marcados y la cara es relativamente menos desarrollada, aunque el prognatismo persiste con toda su exageración.

Se han estudiado además y cuidadosamente medido los cráneos siguientes:

El de Belem, descubierto por Fischer, entre los lagos de Chalco y Xochimilco.

El encontrado por M. D. Charnay en el cementerio de Tenepanco, situado sobre uno de los flancos del Popocatepetl á 4,000 metros de altura. Este cementerio fué descubierto en 1859.

El cráneo de Medellín, extraído en Xicalanco por el Dr. Fuzier.

Y por último, los cráneos de Zahuatlan y de Tlanepantla.

Ninguno de todos estos cráneos presenta los caracteres anatómicos ni las dimensiones de los de la serie inferior de Tlaltelolco. En cambio el cráneo de San Cristóbal Ecatepec no difiere de los de dicha serie, ni por sus particularidades anatómicas, ni por sus caracteres antropológicos, y pertenece indudablemente á uno de aquellos descendientes de Iztac Mizcohuatl, que vinieron del Atoyac á Tlaltelolco hace más de seis siglos, y mucho antes de la inmigración de los aztecas.

DICTAMEN

Relativo á las memorias enviadas por los señores Dres.

D. Fortunato Hernández, D. José Gómez y D. Aureliano Urrutia, optando á la plaza vacante en la Sección de Anatomía

**Normal y Patológica de la
Academia de Medicina.**

Los que suscriben, Miembros de la sección de Anatomía Normal y Patológica, debiendo dictaminar acerca de los trabajos que, para optar á la plaza vacante en dicha sección, han presentado los señores Dres. D. Fortunato Hernández, D. José Gómez y D. Aureliano Urrutia, tienen la honra de rendir cuenta á la Academia acerca del resultado de su misión.

El trabajo del Sr. Dr. Hernández lleva el título siguiente: «Particularidades anatómicas de los cráneos otomíes;» se ocupa de la descripción de un cráneo hallado en los terrenos de San Cristóbal Ecatepec, en las obras del desagüe, y facilitados al autor por el Sr. D. Alfredo Chavero.

Esta memoria se compone de una pequeña introducción y de tres partes. En la primera parte está descrito el modo cómo las razas primitivas vinieron á ocupar el centro de nuestro territorio y cómo se fueron extendiendo á las comarcas vecinas las ramas y familias derivadas de ellas; en la segunda está comprendida la descripción del cráneo, y, en la tercera, con motivo de una obturación huesosa que se encuentra en uno de los molares del cráneo descrito, el autor refiere una serie de ejemplos de obturaciones é incrustaciones dentarias que se hallan en algunos museos. Anexos al trabajo hay dos cuadros de medidas craneanas, uno correspondiente al cráneo en estudio y otro á varios cráneos encontrados en las antiguas sepulturas de Santiago Tlaltelolco, y dos fotografías.

En el primer examen de conjunto se advierte desde luego; 1.º que la tabla de medidas del cráneo encontrado en San Cristóbal es independiente de la descripción que hace de él el Sr. Doctor Hernández, y sólo es un paralelo con la segunda tabla mencionada, la cual lleva la firma de M. E. T. Hamy; 2.º que solo la segunda parte del escrito, es decir, la consagrada á la descripción de algunos caracteres anatómicos de dicho crá-

neo puede entrar en el cuadro de las materias que comprenden la sección de Anatomía en la Academia. Por lo tanto, sólo á esta parte del trabajo se ha limitado nuestro examen y nuestras apreciaciones, sin pretender por eso disminuir el mérito que pueda tener lo restante.

No pudiendo seguir los detalles descriptivos en las dos fotografías que acompañan á esta memoria, por ser estas demasiado confusas, hay que aceptar la descripción tal como la hace el Sr. Doctor Hernández.

Llama la atención el autor respecto de los siguientes puntos: la exigüidad de la bóveda craneana y el gran desarrollo de los huesos de la cara; la pequeñez de la frente; el aplanamiento de los parietales; la extensión del occipital cuya superficie externa tiene salientes pronunciadas para las inserciones musculares, careciendo á la vez de protuberancia occipital externa; el desarrollo de los temporales y los caracteres de la base, cuyas salientes y depreciones están muy acentuadas. Al describir la cara, insiste en las voluminosas proporciones de los huesos que la constituyen. Toda esta relación ocupa cuatro páginas.

Nos vemos obligados á no dejar pasar desapercibidos algunos errores anatómicos que en el curso de esta pequeña descripción se han deslizado.

Al hablar de la frente, dice el autor que el hueso se eleva por una curva regular «arriba de los rodetes muy abultados que forman al derredor del ángulo interno y superior de cada órbita,» etc. . . . Estos se llaman los arcos supraciliares; lo recordamos, porque en asuntos anatómicos la precisión en los términos es la base de la exactitud en las descripciones.

Más adelante está escrito que la raíz transversa de la arcada zigomática es muy saliente. El arco zigomático no tiene raíz transversa, ésta pertenece á la apofisis zigomática del hueso temporal.

A propósito de la base del cráneo está dicho en el trabajo que los tubérculos faríngeos se destacan muy nelamente. No hay más que una pequeña saliente huesosa que tenga ese nombre, es decir, el tubérculo faríngeo es único cualquiera que sea el cráneo en que se estudie.

La memoria rendida por el señor Dr. D. José Gómez tiene por título: «Algunas consideracio-

nes anatomo-patológicas sobre los elementos figurados de la sangre.»

Después de algunas apreciaciones acerca de la definición de la sangre, y de una corta relación histórica respecto del examen del mismo líquido, entra el autor del trabajo en materia dividiéndolo en dos partes principales, una que se ocupa de los medios técnicos empleados para examinar la sangre, y otra en que describe las alteraciones morbosas de que pueden ser asiento los elementos figurados.

En la primera parte refiere la manera cómo se obtiene una preparación sencilla de sangre, cómo se hace una preparación colorida; cómo se hace la numeración de los glóbulos sanguíneos, y cómo se realizan la apreciación de la hemoglobina y el análisis espectral de la sangre.

En la segunda parte expone las alteraciones que sufren los glóbulos rojos en su forma, dimensiones, número, *motilidad*, modo de agrupación y coloración, añadiendo algunos datos relativos al estado de la hemoglobina, y termina relatando las alteraciones de los glóbulos blancos.

El asunto parece haber sido estudiado por el autor con laboriosidad y está expuesto en veinte y tantas páginas escritas en máquina; sin embargo, al pasar á los detalles, se encuentran en la memoria algunas aseveraciones no conformes con los progresos recientes de la hematología y algunos errores en la técnica. Siguiendo al Sr. Doctor Gómez en su escrito, vamos á referir unas y otros en el mismo orden que está expuesto el tema.

Dice en la página 5, al describir el modo como se hace una preparación microscópica fresca de la sangre, que después de recogida una gota en el porta objeto y cubrirla con el cubre objeto, *hay que tener cuidado de oprimir un poco para expulsar el aire y repartir uniformemente el líquido, sacando con papel filtro lo que pueda quedar fuera de la laminilla al oprimirla*. Casi se podría decir que la técnica reza todo lo contrario: no se debe oprimir el cubre objeto, cuyo solo peso es á veces un inconveniente; no debe quedar aire bajo la laminilla al aplicarla; no debe ponerse papel secante ó medio alguno cualquiera á los bordes de la preparación, que determine corrientes del líquido contenido en ella. Precisamente usando de esa manera de hacer las preparaciones microscópicas frescas de la sangre, se obtienen las deformacio-

nes globulares artificiales respecto de las que, con razón, insiste el Sr. Gómez en que deben evitarse.

En la página 6, con motivo de las preparaciones coloridas, dice que los glóbulos rojos sólo toman los colores ácidos, tales como la fuchina ácida y la eosina, de donde les viene el nombre de eosinófilos. Es de histología elemental el conocimiento de que los glóbulos eosinófilos son leucocitos cuyo protoplasma está lleno de granulaciones afines por la eosina. Más adelante dice que las granulaciones contenidas en el protoplasma de los glóbulos blancos no toman los colores ácidos ni los básicos, sino los neutros, y por eso se llaman neutrófilas. Bien sabido es que Ehrlich empleó esta denominación para los glóbulos cuyo protoplasma toma á la vez en parte tanto los colores ácidos como los básicos, verificándose en su masa, con respecto á los colores, ciertos cambios que él comparó á la formación de un sal ó cuerpo neutro.

Describe, al hablar de la determinación de la hemoglobina, el aparato de Fleischl, del que, entre paréntesis, al mencionar el prisma de comparación dice que es una pirámide, y á continuación asienta la cifra de 14 por 100 como normal, cifra que no puede servir de base para la escala de Fleischl y que sólo es valedera en los aparatos de Hénocque.

En la segunda parte, al enumerar los elementos morfológicos que normalmente entran en la composición de la sangre, menciona el Sr. Gómez los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, los hematoblastos y granulaciones diversas. El término hematoblastos fué introducido en la nomenclatura por Hayem para designar á las plaquillas sanguíneas, creyendo que estos cuerpos daban lugar á la formación de glóbulos rojos; pero desde que Neumann y Bizzózero demostraron lo erróneo de esta creencia todos los hematólogos abandonaron el término, llamando á los elementos en cuestión, plaquillas sanguíneas. Solo Hayem y sus discípulos han permanecido fieles á aquella denominación. En el estado actual de las cosas, no es indiferente usar un término ú otro, porque la terminación final *blast* se aplica para designar glóbulos rojos con núcleo, diciéndose, por ejemplo, microblasto, megablasto, normoblasto. La palabra hematoblasto es la expresión genérica de esas tres varieda-

des, é insistir en llamar así á las plaquillas es dar pábulo á la confusión.

Al referir la poikilocitosis, dice el autor de la memoria que lo que hay de particular es que el glóbulo conserva su biconcavidad aun cuando se vuelva piriforme, fusiforme, etc. Teóricamente esto es un poco difícil concebir, pero basta haber examinado una sola vez los poikilocitos para convencerse del error.

Para terminar con lo relativo á los glóbulos rojos, diremos que el Sr. Dr. Gómez considera la formación de glóbulos rojos con núcleo como de menor importancia patológica y clínica que la poikilocitosis y la oligocitemia, y que no dice una sola palabra de la degeneración policromatófila de los eritrócitos. Nada diremos respecto de la pretendida motilidad de estos elementos.

Pasando á los glóbulos blancos, sorprende desde luego que se dé menos importancia en el trabajo á la descripción de sus alteraciones, y no solo, sino que al referirse á las variedades de estos elementos, sólo están mencionadas tres, no diciendo la memoria nada respecto de las otras variedades normales y patológicas.

Siendo las granulaciones elementales de Altmann y las granulaciones protoplasmáticas de Ehrlich el tema sobre que versan las investigaciones histológicas, en general, del día, y las hematológicas en particular, llama la atención que casi nada se diga en la memoria respecto de ellas.

El Sr. Dr. Urrutia envía á la Academia tres trabajos en uno, ó tres asuntos en un solo escrito, á los que abarca con la denominación de «Algo de Anatomía Normal.» Cada uno de estos asuntos tiene su título especial y son los siguientes: 1.º El ciego y su apéndice; 2.º La arteria axilar, sus relaciones con la clavícula; ligeras rectificaciones al método de Duval para su ligadura; 3.º La arteria poplítea, sus relaciones con la vena; método fácil y seguro para la ligadura. Este escrito está acompañado de tres dibujos y de una preparación anatómica.

En diez páginas están tratados estos asuntos, siendo una de ellas un cuadro comparativo correspondiente al primer tema, y comprendiendo los diversos caracteres de longitud, dirección, calibre, relaciones, etc., del apéndice iliocecal en 320 observaciones.

En la primera parte ó primer tema, describe el

Sr. Dr. Urrutia los caracteres anatómicos del ciego, exponiendo cuáles son su forma, dimensiones ó relaciones con el peritoneo y con los órganos vecinos, recordando las variedades que puede presentar, y haciendo resaltar los datos anatómicos propios á esta parte del intestino, que pueden guiar al cirujano en las intervenciones que tenga que practicar en la región. Después, el autor llama la atención respecto de la manera cómo se unen el intestino delgado y el grueso; cómo queda constituida la válvula iliocecal, y por qué mecanismo se ve impedido el reflujó de las materias hacia el ileon. En seguida agrega el cuadro mencionado, en el que señala numéricamente, con respecto al apéndice, los puntos siguientes: longitud; dirección; relación con el peritoneo; meso-apéndice; calibre; válvula; contenido; alteraciones; perforaciones. Como consecuencia de los datos anteriores, establece la regla de que, para intervenir sobre el apéndice, debe hacerse en una zona triangular de la pared abdominal, cuyo vértice sea un punto situado á dos centímetros afuera del ombligo; el otro punto corresponda á la mitad de arco crural, y el tercero á la mitad de la cresta ilíaca, debiendo ser la línea de incisión paralela á la base de este triángulo. A continuación, y como fin de este primer asunto, vienen una serie de conclusiones anatómicas y quirúrgicas.

El segundo tema tiene por mira la ligadura de la arteria axilar abajo de la clavícula, según el procedimiento de Marcelino Duval, haciendo notar el Dr. Urrutia que dicho procedimiento, tal como lo propone el autor francés, adolece de un defecto y un error: El defecto consiste en seccionar el músculo pectoral al ras de la clavícula; el error en decir que la arteria corresponde al punto medio del hueso. Cree el Sr. Urrutia que ambos inconvenientes se evitan: 1.º seccionando el músculo un dedo abajo del borde inferior de la clavícula dirigiendo la incisión hacia ésta en las partes profundas, y 2.º buscando la arteria un dedo adentro del punto señalado por Duval. Una de las láminas está destinadas á demostrar esta disposición.

La tercera parte está consagrada á la ligadura de la arteria poplítea, señalando el autor las relaciones anatómicas de este vaso con la vena y el nervio, y dando á entender que, en su concepto, la arteria no está situada adelante y un

poco adentro de la vena, como lo dicen los autores, sino directamente adelante de ella. Otro dibujo explica estas relaciones.

No nos ocuparemos, en la memoria del señor Dr. Urrutia, de las dos partes relativas á la ligadura de las arterias axilar y poplítea, porque los consejos que da nos parecen prácticos y de utilidad; pero si vamos á examinar algunos puntos de la primera y más extensa parte, puntos en los que hace resaltar el autor sus ideas personales.

Al referir la manera como se unen el intestino delgado y el grueso, dice la memoria lo siguiente: *«Tanto en las láminas como en las descripciones se hace constar que el intestino delgado continúa con el grueso formando un ángulo recto (fig. 3); pero si se observa cuidadosamente esta región antes de desprender el peritoneo como, por ejemplo, la pieza adjunta, se podrá ver que antes de desembocar el intestino delgado en el grueso, se adhiere al ciego (fig. 4) en una extensión de 2, 3 y hasta 5 centímetros; puede verse también que esta inserción es oblicua, siguiendo la dirección del ciego, y por último puede comprenderse toda la importancia que tiene esta manera de fijarse para la conformación especial de la válvula iliocecal; . . . muy conveniente hubiera sido que el Sr. Dr. Urrutia citara los autores en que ha visto las láminas y descripciones á que se refiere»* pues en las buenas obras de Anatomía, tanto antiguas como modernas, no se dice que la inserción del ileon al intestino grueso se hace por regla general en ángulo recto, sino que alguna vez puede observarse esta disposición, cosa de que puede uno cerciorarse en el cadáver, y que demuestra la adjunta fotografía. Si se quisiera mayor exactitud, podía decirse que la pared inferior del intestino delgado se une á la pared interna del ciego, como lo describen las obras clásicas, y que la pared superior, encorvándose ligeramente, se inserta en ángulo recto, como puede verse en las fotografías y preparaciones anatómicas adjuntas. Conforme á la descripción y dibujos del Sr. Dr. Urrutia, esta pared superior del ileon se insertaría formando un ángulo obtuso muy abierto hacia adentro y un poco hacia arriba, lo cual no es exacto.

Más adelante, continúa diciendo: *«Con efecto: esta válvula que había sido descrita por los autores según lo representa la (fig. 5) con elementos meramente mucosos y sin resistencia de ninguna especie para el objeto que desempeña, que-*

da formada, según esta disposición (la que el Sr. Urrutia describe), por una membrana muscular que resulta de la unión de las paredes internas del ciego é inferior del intestino delgado etc.; . . . en consecuencia, la válvula llamada de Bauhin no está formada, como generalmente se describe, por un repliegue superior mucoso, sino que la oclusión del intestino delgado se debe á la formación de una membrana que resulta de la unión de las dos paredes intestinales. En todo esto asentado en la memoria hay algunas inexactitudes y hay también omisiones. La válvula no había sido descrita como formada por elementos meramente mucosos, á menos que esto se refiera á los tiempos antiquísimos, pues en la quinta edición de Cruveilhier, publicada en 1874, es decir, hace 27 años, ya estaban descritos los repliegues valvulares con sus elementos musculares, y por cierto con notable precisión. La estructura de la válvula, ó más bien dicho, de la hoja inferior de ella, es tal, que se ve constituida por una zona central muscular, en la que no existen las mismas capas de las tunicas musculares del intestino delgado y del grueso; pero que equivale á la fusión de ambas, con notable pérdida en la cantidad de los elementos, y cubierta en ambas caras por la mucosa. Es, por lo tanto, inexacto decir que se haya formado por la unión de las dos paredes intestinales.

A juzgar por el dibujo y aun por la misma descripción del Sr. Urrutia, la hoja superior de la válvula está muy poco desarrollada, y desempeña un papel nulo ó menos importante que su congénere en la oclusión de la abertura iliocaecal. Esto no está conforme con la verdad; basta examinar la válvula por el lado del ciego en un intestino insuflado ó lleno de líquido para convencerse: 1.º de que la hoja superior es más saliente que la inferior y no menos grande, y 2.º que ambas intervienen de igual manera en la función oclusiva.

Hay un detalle anatómico que no debiera haber sido omitido en el escrito que venimos examinando, con más razón cuando en él se estudia con minuciosidad el funcionamiento de la válvula de Bauhin; nos referimos á los *frenula* de dicha válvula. Los repliegues valvulares, como es sabido, no terminan en el perímetro de la abertura del ileon, sino que, después de unirse entre sí, continúan en forma de pliegue, único para

cada lado, siguiendo en mayor ó menor extensión la circunferencia del ciego, según un plano más ó menos horizontal. Estos frenos sirven de sostén á las hojas valvulares de un modo análogo á las cuerdas tendinosas en las válvulas de corazón, é impiden que se inviertan hacia el intestino delgado cuando la presión llega á ser considerable en el ciego.

La pieza anatómica que, acompañando á su trabajo, remitió el Sr. Dr. Urrutia, está conservada con la habilidad que es propia á este señor en esa clase de asuntos.

Examinados que han sido los escritos de los tres optantes, diremos en resumen:

El del Sr. Dr. Hernández, muy corto, no carece ciertamente de interés; mas, por desgracia, atañe preferentemente á la Antropología y á la Etnología, y la pequeña parte anatómica que contiene, encierra algunos errores de descripción que ya hicimos notar.

El del Sr. Dr. Gómez, extenso, laborioso y no desprovisto de mérito, parece haber sido inspirado por la lectura de alguna obra antigua, de donde resultan los frecuentes conflictos en que se encuentra con los principios de la Hematología actual.

El del Sr. Dr. Urrutia, nacido con las impresiones personales del autor en el anfiteatro, está escrito con cierto brío y permite reconocer al anatómico; pero en el entusiasmo de las investigaciones propias, olvida las enseñanzas de las obras clásicas, fruto de la experiencias de muchas generaciones.

Por lo tanto, apreciando á los candidatos según lo pide el reglamento, terminamos el presente dictamen sometiendo á la deliberación de los Sres. Académicos las proposiciones siguientes:

1.ª Nómbrase al Dr. D. Aureliano Urrutia miembro de la Sección de Anatomía Normal y Patológica de esta Academia.

2.ª Publíquense las tres memorias seguidas del presente dictamen en la «Gaceta Médica.»

México, Junio 5 de 1901.

FRANCISCO DE P. CHACÓN.

J. R. ICAZA.

M. TOUSSAINT.

CRANEO DE SAN CRISTOBAL

COLECCION CHAVERO

MEDIDAS DEL CRANEO		MEDIDAS DE LA CARA	
Capacidad craneana aproximada	1480	Cara. { bi-orbitario	107
Proyección { anterior { total	100	— { inter-orbitario	23
		anchura { bizigomático máximo	146
posterior	78	— { bimaxilar mínimo	71
Diámetro { antero-posterior máximo	168	Orbitas { altura	40
		— { anchura	38
		— { anchura { superior	13
		— { de los huesos { mínima	9
		— { nasales { inferior	19
transverso { bimastróideo	103	Nariz { amplitud máxima de la abertura	25
		— { frontal { maximum	20
		— { minimum	20
		— { occipital maximum	50
vertical basilo-bregmático	138	— { total de la nariz	50
Curva { horizontal { total	502	— { subcerebral de la frente	24
		— { preauricular	24
		— { total de la cara	102
		— { del pómulo	25
		— { órbito-alveolar	44
		— { longitud	60
frontal { cerebral	90	Bóveda palatina { latitud	42
		— { total	44
		— { distancia de la espina nasal posterior al agujero occipital	44
parietal	117	Línea basilo-alveolar	100
occipital	114	Angulo facial { subnasal	78
Longitud del agujero occipital	32	— { alveolar	63
Anchura	31	— { dentario	58
Línea naso-basilar	98	Indice { orbitario	97
Circunferencia mediana total	449	— { nasal	51
long=100 { ancho	90	— { facial	67
		lat=100, alto	32
alto	80		
alto	87		

CRANES DES SEPULTURES ANCIENNES DE SANTIAGO TLATELOLCO

MESURES DU CRANE	Niveau inférieur			Niveau supérieur			MESURES DE LA FACE			Niveau inférieur			Niveau supérieur		
	♂	♀	fi n° 8	♂	♀	fi n° 8				♂	♀	fi n° 8	♂	♀	fi n° 8
Capacité crânienne approchée.....	101	99	1635	102	98	173	Face			107	106	107	107	104	102
Projection { antérieure } { faciale } { postérieure }.....	31	16	24	22	28	85	inter-orbitaire			24	24	24	23	24	22
	77	78	88	88	91	85	bizygomatique max.			148	131	147	132	134	126
antetro-postérieure maximum.....	160	166	173	171	169	171	Largueur { bi-maxillaire min.			71	60	72	70	72	63
	146	145	157	149	137	147	Orbites { largeur. } { hauteur. }			37	37	39	40	38	39
Diamètre { transverse } { bimaistoiden. }.....	137	137	148	128	131	128	largueur { supérieur } { des os minim.			36	35	37	35	36	37
	127	127	135	127	120	106	nasaux { inférieur } { larg max de l'ouverture. }			13	15	11	12	10	13
front { maxim. } { minim. }.....	102	102	112	110	103	106	long { méd des os nas. } { total du nez. }			8	12	9	10	8	11
	120	116	126	119	114	114	Face { sous-cerebral du front. } { intermaxillaire. }			24	17	26	23	23	23
occipital maxim. } vertical basilo-bregmatic.....	90	94	94	92	91	90	total de la face.....			51	49	52	51	51	50
	114	114	120	114	108	114	Hauteur { de la pommette. } { orbito-alveolaire. }			24	23	21	20	21	24
horizontal { totale. } { preauricul. }.....	130	132	140	136	131	138	Voûte palatine { distance de l'épine. } { nasale post au trou. } { occipital. }			100	89	99	95	94	97
	502	502	527	513	491	506	longueur { largeur. } { sous nasal. }			25	24	25	24	23	21
transver { totale. } { sus-auricul. }.....	308	305	326	312	286	305	Ligne basilo alvéolaire.....			45	38	42	40	43	42
	84	84	96	95	93	103	Angle facial { sous nasal. } { alveolaire. } { dentaire. }			45	38	42	40	43	42
frontal { totale. } { parcale. }.....	108	115	122	120	117	126	Indice { orbitaire. } { nasal. } { facial. }			63	59	63	61	61	61
	115	123	117	113	121	113	Circonférence médiane totale.....			45	44	47	45	42	42
occipitale.....	101	101	119	113	112	113				63	59	63	61	61	61
	36	33	35	34	35	36				44	44	39	44	44	44
Longueur du trou occipitale.....	31	27	28	27	28	28				100	100	101	101	101	101
Largueur.....	96	101	98	97	95	95				78	85	74	75	75	77
Ligne naso basilaire.....	110	111	111	110	107	111				63	68	63	63	64	61
Ligne basilo-sus-nasale.....	91.25	87.34	90.75	86.12	81.06	85.06				56	56	56	56	58	58
long — 100 { largeur. } { hauteur. }.....	81.25	79.51	80.92	78.16	77.27	80.70				97.29	94.59	89.99	92.50	94.73	94.87
	89.04	91.03	89.17	91.27	95.61	93.87				55.10	55.10	51.92	49.01	50.98	52.00
larg — 00 { hauteur. }.....	446	467	478	465	469	486				67.56	67.93	67.34	71.96	70.14	74.98