

d'un œil distrait et d'un pas ralenti. D'après R. Blache, la céphalalgie de croissance ne durerait pas moins de 6 mois et pourrait se prolonger 15 à 18 mois, et même 2 et 5 ans.

Maurice Perrin, qui était un oculiste, entraîné par quelques coïncidences, a dit que la céphalalgie de croissance n'existait pas et que cette prétendue névrose cérébrale avait pour cause l'*asthénopie accommodative*; et la preuve, c'est que le port de lunettes appropriées faisait disparaître la céphalée. J'ai vu en effet une fille de 14 ans et demi qui avait une céphalalgie causée et entretenue par une asthénopie accommodative. Mais, dans un très grand nombre de cas, l'anomalie oculaire ne saurait être invoquée, et l'on doit chercher une autre explication.

La croissance seule est bien souvent insuffisante à expliquer la douleur de tête. Chez plusieurs malades, j'ai pu établir un rapport étroit entre la dyspepsie (abus des liquides, ectasie gastrique) et la céphalée; le régime faisait disparaître cette dernière. Chez d'autres, il faut indiquer la nervosité, l'hystérie en germe, le surmenage scolaire. « La céphalalgie, dit Peter, c'est le cri de souffrance de l'organe fatigué qui demande grâce, qui réclame un repos nécessaire. Si ce cri n'est pas écouté, le cerveau refuse la fonction, il ne comprend plus, les cellules cérébrales se mettent en grève.... »

Enfin G. Sée a prétendu subordonner la céphalalgie à l'hypertrophie cardiaque de croissance : « C'est bien une céphalée de croissance, dit-il, mais indirecte; c'est en réalité une hypertrophie cardiaque de croissance avec céphalée; elle est caractérisée par les maux de tête frontaux continus, qui se renouvellent sûrement à chaque tentative de travail intellectuel, se dissipent souvent à l'air et pendant le repos de l'esprit, pour reparaitre ensuite, souvent des mois entiers, avec ou sans interruption. Distincte de la migraine, parce qu'elle n'est pas hémicranique, parce qu'elle est en rapport avec les fonctions visuelles, et qu'elle n'est pas suivie de vomissements, la *céphalée cardiaque de croissance* s'observe le plus souvent pendant la vie active de l'éducation, entre 15 et 20 ans, et reconnaît souvent pour cause la contention d'esprit chez les travailleurs, mais parfois aussi les moindres efforts d'attention chez les élèves médiocrement assidus. » Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette interprétation quand nous parlerons des troubles que la croissance détermine du côté de l'appareil circulatoire. Quoi qu'il en soit, la céphalée de croissance a une certaine gravité à cause du trouble parfois irrémédiable qu'elle apporte dans les études. Elle mérite donc toute notre attention. Nous en reparlerons à propos du traitement.

Concurremment avec cette céphalalgie, ou indépendamment d'elle, les enfants qui grandissent vite peuvent présenter d'autres manifestations nerveuses. J'ai déjà parlé des névralgies intercostales et lombo-abdominales. Je dois insister un peu sur les modifications du caractère et de la volonté. Les enfants deviennent irritables, inégaux d'humeur. Ils sont en proie à l'apathie et au découragement, incapables d'effort et de suite dans les idées. Ils recherchent le repos et deviennent paresseux. Quelques-uns ont des besoins insolites de sommeil, la nuit ne leur suffit pas, ils dorment pendant le jour.

Ils sont mous, sans ressort physique, sans énergie morale. L'incitation manque à leur cerveau comme la force à leurs muscles.

A peine ont-ils fait quelques pas qu'ils accusent de la fatigue; ils tombent dans l'indifférence et le dégoût de tout, des plaisirs comme du travail; l'oisiveté forcée à laquelle ils sont réduits amène à sa suite l'ennui et l'on peut avoir parfois des craintes sur leur avenir psychique. Mais ces manifestations n'appartiennent qu'aux cas graves et sont exceptionnelles. Le trouble nerveux est généralement beaucoup moins accusé.

5° *Appareil circulatoire*. — D'après quelques auteurs, d'après G. Sée, surtout, le cœur pourrait être profondément atteint par la croissance (Communication à l'Institut sur l'*Hypertrophie cardiaque de croissance*, 1885). G. Sée dit avoir rencontré, 80 fois environ, une hypertrophie cardiaque caractérisée, non seulement par des palpitations, par de l'arythmie, mais par un souffle systolique et par un abaissement de la pointe pouvant descendre jusqu'au 6° et jusqu'au 8° espace intercostal.

C. Paul a nié cette hypertrophie, demandant à G. Sée de faire connaître ses procédés de mensuration du cœur; Huchard l'a niée également, puis ce fut le tour de Potain et Vaquez, etc. Déjà, dans un Mémoire sur les maladies de croissance (*Archives générales de médecine*, 1890), j'avais essayé de battre en brèche la doctrine de G. Sée. J'avais vu alors et j'ai vu depuis cette époque un certain nombre de jeunes sujets (entre 12 et 18 ans), qui se présentaient avec des palpitations très pénibles, une émotivité exagérée, et divers troubles nerveux qui expliquaient les phénomènes cardiaques. Chez ces malades, en voie de croissance, le cœur souffrait dans son innervation (tachycardie, arythmie), mais il n'était nullement hypertrophié, car la pointe battait dans le 4° ou dans le 5° espace intercostal. L'auscultation ne faisait entendre aucun souffle. La croissance entraîne donc des palpitations cardiaques, mais non l'hypertrophie; si ces jeunes sujets venaient à être soumis à un travail exagéré, s'ils étaient exposés au surmenage physique, leur cœur irritable (*irritable heart*) pourrait se dilater et on aurait alors l'asystolie aiguë, l'insuffisance cardiaque observée chez les jeunes soldats qui ont fait des marches forcées ou qui se sont livrés à des exercices gymnastiques violents. Pour plus de détails, on peut consulter le travail de MM. Potain et Vaquez paru dans la *Semaine médicale* (1895) : *Du cœur chez les jeunes enfants et de la prétendue hypertrophie de croissance*.

Donc la croissance ne produit pas de lésions organiques du cœur, mais elle peut troubler son fonctionnement, et très souvent nous sommes consultés pour des enfants qui, anémiés et affaiblis par un allongement trop rapide, éprouvent des palpitations plus ou moins pénibles. Ces palpitations caractérisées par l'augmentation dans la force et la fréquence des battements du cœur, accompagnées parfois d'angoisse et de dyspnée, ne laissent après elles, quelles que soient leur intensité et leur durée, aucune lésion appréciable à nos moyens cliniques d'exploration. Il n'y a pas de souffle révélateur d'une lésion valvulaire ou d'une insuffisance d'action des colonnes musculotendineuses qui règlent le jeu des valvules, mais il peut y avoir un souffle anémique de la base. Il n'y a pas d'augmentation dans l'étendue de la matité

précordiale ni de voussure de la région, ni d'abaissement de la pointe du cœur. L'arythmie et les faux pas sont exceptionnels. Les palpitations, exagérées ou provoquées par les émotions, par la marche, par la fatigue, se rencontrent surtout chez les enfants nerveux, irritables, impressionnables, de souche neuro-arthritique. On retrouve parfois, chez ces jeunes sujets, d'autres stigmates névropathiques. Ils ont de l'anesthésie du pharynx, des terreurs nocturnes; chez plusieurs d'entre eux, j'ai noté de l'onychophagie.

Dans plusieurs cas de croissance rapide et exagérée, j'ai observé les *épistaxis* survenant sans raison, sans traumatisme, sans provocation d'aucune sorte; chez d'autres j'ai vu le *purpura* des membres inférieurs survenant surtout après la marche, ou la station debout prolongée. Chez ces enfants, la faiblesse ne porte pas seulement sur le cœur, mais aussi sur les vaisseaux périphériques et sur les capillaires dont la fragilité semble accrue.

Il y a peut-être aussi modification de la crase sanguine, car on voit fréquemment l'anémie succéder aux poussées de croissance.

Les enfants qui grandissent vite sont pâles, amaigris, facilement essoufflés; leurs muqueuses, sans être absolument décolorées comme dans la chlorose, n'ont pas la teinte rosée habituelle. Quand on ausculte la base du cœur et les vaisseaux du cou, on entend quelquefois un souffle systolique doux et prolongé, révélateur de l'hypoglobulie.

4° *Tube digestif*. — Cette anémie de la croissance est surtout manifeste chez les enfants qui ont un appétit languissant et des digestions imparfaites. J'ai vu fréquemment les poussées de croissance entraîner de la dyspepsie; les enfants qui auraient besoin, à ce moment, de manger et d'assimiler plus que d'habitude, ont de l'anorexie et parfois du dégoût pour les aliments les plus réparateurs, pour la viande par exemple. Les aliments solides ne sont pas désirés, et, quand ils sont ingérés, ils passent difficilement; la digestion se fait avec lenteur, comme si le suc gastrique était appauvri et la contractilité stomacale amoindrie. En même temps il y a de la constipation plus souvent que de la diarrhée. Cette dyspepsie, qui se révèle et s'accroît au moment de la croissance, ne lui est pas toujours directement et immédiatement imputable. Beaucoup d'enfants étaient déjà dyspeptiques à l'état latent, les troubles digestifs n'attendant qu'une cause occasionnelle pour devenir manifestes. Outre la lenteur, la pesanteur, le gonflement, éprouvés par la plupart des jeunes sujets, on note quelquefois de véritables douleurs, des coliques, des crises de gastralgie plus ou moins violentes.

5° *Appareil génital*. — Les poussées de croissance, surprenant les adolescents au moment de la puberté, peuvent influencer sur elle. Cela se voit surtout chez les jeunes filles; la menstruation s'établit difficilement. Les menstrues sont douloureuses, insuffisantes, irrégulières; pendant des mois, la *dysménorrhée* vient encore accroître la faiblesse et les préoccupations des jeunes malades. Puis tout rentre dans l'ordre. Dans les deux sexes, on peut voir, au moment de la croissance, l'engorgement douloureux de l'un ou de l'autre, et quelquefois des deux seins. Non seulement les mamelles présentent un gonflement insolite, mais elles sont dures, pierreuses et sensibles

aux moindres froissements. Cette mammitte d'évolution se résout d'elle-même dans l'immense majorité des cas; parfois cependant, j'en ai vu quelques exemples, elle aboutit à la suppuration. C'est là une complication, une infection secondaire provoquée souvent par des manœuvres intempestives.

Pronostic des troubles de la croissance. — Toutes les manifestations morbides que nous venons de décrire n'ont pas la même gravité. Les unes sont insignifiantes et ne doivent inspirer aucune crainte, telles sont les douleurs vagues, la pâleur, l'amaigrissement, les palpitations, la dyspepsie légère, l'irritabilité nerveuse, quand elles ne sont pas portées à un degré extrême. Les autres sont plus inquiétantes par leur intensité et par leur durée: la céphalalgie, l'anémie profonde, la scoliose, etc. La céphalalgie peut immobiliser les jeunes sujets pendant de longs mois, entraver leurs études, compromettre leur avenir. C'est donc un accident sérieux qu'il ne faudra pas négliger. La scoliose devra être traitée de bonne heure; car, si elle est compatible avec une santé florissante, elle amène des déformations disgracieuses. L'anémie, quand elle sera très accentuée, accompagnée de faiblesse, d'anorexie, de dyspepsie, peut faire craindre l'intervention inopinée de quelque maladie infectieuse, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, etc. Ces complications des troubles de croissance sont, avec l'ostéomyélite, les plus redoutables, et c'est à elles qu'on doit songer, pour les prévenir, quand on voit les accidents se prolonger ou s'aggraver.

Malgré tout, la croissance n'amène que bien rarement des perturbations sérieuses, dignes des préoccupations des médecins. En général, après une phase d'une durée plus ou moins longue, les enfants retrouvent leur équilibre physique et moral, et la guérison est acquise. Envisagées dans leur ensemble, les maladies de croissance sont d'un pronostic bénin.

Diagnostic. — Reconnaître qu'un malaise déterminé ou un état général mal défini est dû à la croissance n'est pas toujours facile. Ce processus physiologique est souvent incriminé à la légère.

Par exemple, on prend souvent une dyspepsie avec douleurs vagues pour des accidents de croissance et inversement. Je vais en donner des exemples concrets. Voici une fillette de 12 ans et demi qui se plaint depuis quelque temps de la tête et des membres; elle a des douleurs, des lassitudes, des sensations pénibles qu'on ne peut bien définir ni bien localiser. On me la présente comme souffrant de la croissance. Je l'examine et je constate qu'elle est petite, qu'elle n'a pas grandi d'une façon appréciable depuis plusieurs mois. Elle digère mal, elle a parfois des vomissements, son estomac clapote jusqu'à l'ombilic. C'est une dyspeptique et voilà tout.

A la même époque, je recevais dans mon service une fillette du même âge, dépassant la précédente de la tête et du cou. Cette enfant est pâle, maigre, a perdu l'appétit et semble digérer imparfaitement. On la prend pour une dyspeptique. Mais un examen attentif montre bientôt qu'il s'agit de troubles de croissance; elle a grandi très rapidement, elle a maigri et pâli en même temps. Son appétit a diminué sous l'influence de la poussée de croissance qu'elle a subie. Il a suffi de la condamner au repos horizontal pendant 15 jours pour voir les symptômes pénibles disparaître et l'appétit

revenir. Chez une autre grande jeune fille de 14 ans reçue à l'hôpital Trousseau à la même époque (novembre 1896), j'avais porté le diagnostic de *chlorose*, alors qu'il ne s'agissait que d'anémie de croissance. Cette enfant, en apprentissage chez une blanchisseuse, subissait précisément une poussée de croissance au moment où elle était obligée de fournir un travail exagéré pour son âge. Il en était résulté promptement de la faiblesse et de la décoloration des téguments et des muqueuses. Là, encore, le simple repos au lit pendant 15 jours a produit une telle transformation dans l'état de la malade que le diagnostic de chlorose a pu être rapporté.

D'autres manifestations peuvent donner le change. C'est ainsi que la *fièvre de croissance* de M. Bouilly a pu être contestée par d'autres médecins (Barbillion). Les causes d'erreur sont en effet nombreuses, les enfants sont très sujets à des accès de fièvre éphémère, de fièvre de surmenage au moment de la croissance, sans que ce processus physiologique y soit pour rien. Quand la fièvre est accompagnée de douleurs, ces douleurs peuvent être rhumatismales, etc. Le clinicien doit être mis en garde contre ces éventualités.

La céphalalgie de croissance peut être simulée par l'*asthénopie accommodative*; par la *migraine*; par la *dyspepsie* avec douleurs erratiques siégeant soit à la tête, soit aux membres; par les *céphalées* symptomatiques de maladies cérébrales; par les *céphalées arthritiques*, etc. Les palpitations de croissance devront être distinguées avec soin des palpitations de cause organique (hypertrophie cardiaque, lésions valvulaires); on devra s'aider de la percussion, de l'auscultation et de tous les renseignements qui peuvent éclairer le diagnostic.

D'une façon générale, les règles de diagnostic des *troubles de croissance* sont les suivantes : l'enfant soupçonné de ces troubles, qu'ils soient généraux, vagues, sans localisation organique, qu'ils soient localisés à un organe ou à un appareil, doit être sous le coup d'une poussée de croissance appréciable à la mensuration directe; il doit avoir grandi vite et beaucoup; la coïncidence entre la croissance et les manifestations morbides doit être parfaite; enfin les symptômes seront tels qu'ils ne puissent être rapportés à une autre influence pathogénique. Quand toutes ces conditions se trouveront réunies, on pourra à bon droit incriminer la croissance.

Traitement. — Le traitement des troubles de croissance est surtout hygiénique. Il faut assurer aux enfants : un air pur, une bonne nourriture, le repos physique et cérébral. En effet, ils sont dans des conditions telles que les dépenses l'emportent sur les recettes. Et pour réduire ces dépenses et augmenter ces recettes, rien ne vaut le repos complet, associé à une alimentation réparatrice.

Repos. — Quand un enfant se présente à moi avec les principaux symptômes que j'ai décrits plus haut, j'ai pour habitude de prescrire un repos prolongé. A l'hôpital, les enfants gardent le lit. En ville, il est souvent difficile d'obtenir cela, mais du moins que l'on n'aille pas conseiller le mouvement, le déplacement, les distractions, les voyages, etc. L'enfant n'aurait pas la force de supporter cela. J'admets bien qu'on quitte la ville, et qu'on

aille se reposer au loin, dans une contrée salubre, dans un air pur. Mais, à la campagne comme à la ville, le repos s'impose à la période d'état de la maladie. Lui seul permet à l'enfant d'épargner ses forces défaillantes, de réduire la perte de son influx nerveux, de diminuer ses dépenses organiques et sa désassimilation parfois excessive. Plus tard, quand il aura repris le dessus, quand il manifestera le désir des promenades et des exercices physiques, on pourra se départir de la rigueur des premières prescriptions, et autoriser la reprise graduelle des exercices du corps, de la promenade à pied, de la gymnastique, de l'escrime, des jeux de plein air, etc. Le repos intellectuel n'est pas moins nécessaire que le repos physique, surtout chez les sujets qui ont de la céphalalgie. Le travail cérébral, en effet, exige une grande dépense de force; il ne convient qu'aux sujets dont l'appétit est très soutenu et dont l'alimentation est très substantielle. On devra donc renoncer, pour un temps, aux études, aux devoirs scolaires.

Les enfants qui souffrent de la croissance ont un grand besoin de sommeil; on leur accordera tout ce qu'ils exigeront à ce sujet. Ils se coucheront de bonne heure et se lèveront tard. On se gardera d'aller contre leur tendance à user et à abuser de ce sommeil bienfaisant et réparateur. La paresse, naturelle aux enfants qui grandissent vite, sera respectée et même encouragée jusqu'à la guérison complète.

Aération. — S'il faut condamner les malades au repos, il faut bien se garder de les enfermer, de les clauser dans des locaux étroits ou encombrés, ou privés d'air et de lumière. L'oxygène est un aliment de premier ordre, que les autres ne sauraient remplacer. Voilà pourquoi la vie à la campagne est préférable à la vie urbaine; à la campagne, les enfants trouveront toujours, et sans aller le chercher, un air pur et abondant qui remédiera à la pauvreté de leur sang, relèvera leur appétit, augmentera leurs facultés d'assimilation. Dans la mauvaise saison, le séjour à la campagne pouvant entraîner l'ennui, et les intempéries pouvant mettre obstacle à la cure d'air, il sera indiqué, quand on le pourra, de conduire les enfants dans le Midi, sur les bords ensoleillés et abrités de la Méditerranée (Cannes, Menton, Beaulieu, Monaco, Saint-Raphaël, Bandol, Hyères, etc.).

Aliments. — Il faut nourrir fortement les enfants qui grandissent vite, qui ont épuisé leurs réserves et qui ne peuvent faire les frais d'un accroissement en longueur exagéré. Dans les collèges, on a le tort de rationner les enfants, quels que soient leurs goûts, leurs besoins, leurs aptitudes digestives. Les uns ont trop, les autres trop peu de nourriture. L'enfant qui grandit a besoin non pas d'une *ration d'entretien*, mais d'une *ration de croissance*. Malheureusement, il a souvent un estomac insuffisant, et l'on est obligé de le nourrir avec des aliments de choix qui ne rentrent pas dans l'ordinaire des collèges. Il faut aux enfants qui grandissent un régime de *convalescents*, c'est-à-dire des aliments très riches en principes alibiles sous un petit volume. On donnera d'abord le lait, les laitages, les crèmes, les œufs, les purées de légumes secs, les compotes de fruits, le pain grillé. Tous ces aliments sont très azotés et très phosphatés. Le pain de Graham (pain de froment complet, avec la totalité du son) se recommande en première ligne

à cause de sa richesse en phosphore, de sa digestibilité et de ses qualités laxatives. Quand l'appétit se relèvera, on donnera le poisson, les cervelles, ris de veau et d'agneau, viandes blanches, et plus tard les viandes rouges. Ces derniers aliments devront être tendres, bien cuits, et au besoin réduits en purée. On écartera de l'alimentation tous les mets trop farineux, trop herbacés, les crudités, les légumes aqueux, et en général les substances de faible valeur nutritive sous un grand volume.

Comme boisson, on conseillera le lait, quand il sera bien supporté, la bière quand le lait ne sera pas toléré. On interdira le vin pur et les liqueurs fortes. L'alcool ne convient pas aux enfants. C'est dire que je condamne absolument les prétendus toniques à base d'alcool, tels que vins de quinquina, de kola, de coca, etc., qui s'offrent à nous avec éclat depuis quelques années. Toutes ces préparations irritent l'estomac, fatiguent le système nerveux, entravent la digestion, suppriment l'appétit, en un mot font toujours plus de mal que de bien.

Médicaments. — On sera sobre des médicaments en général. Le fer sera donné avec beaucoup de discrétion et seulement chez les enfants franchement anémiques (on donnera le protoxalate de fer associé à la rhubarbe, 10 centigrammes de chaque en cachets ou en pilules). Les glycérophosphates et l'ovo-lécithine ont été très recommandés dans ces derniers temps. Le bromure de potassium, de sodium ou d'ammonium, pourra être indiqué contre les paroxysmes nerveux. Aux dyspeptiques, on prescrira les poudres eupeptiques, absorbantes et amères (bicarbonate de soude, craie, noix vomique), associées à la magnésie calcinée s'il y a constipation, au bismuth s'il y a diarrhée. En somme, on suivra les indications particulières à chaque cas.

L'hydrothérapie peut jouer un rôle utile en fortifiant les nerfs et en relevant la nutrition générale. La douche froide, la douche écossaise, les affusions froides, seront souvent utiles à la condition d'être très courtes (1/4 de minute au plus). Le drap mouillé, les frictions sèches avec le gant de crin, les frictions stimulantes avec la térébenthine, l'eau de Cologne, l'eau-de-vie camphrée, le baume de Fioravanti, ne sont pas moins recommandables. Quant aux bains salés, aux bains sulfureux, aux bains de mer, ils conviennent à certains enfants, mais non pas à tous. Ceux qui sont très nerveux, sujets aux maux de tête, aux névralgies, feront bien de s'en abstenir.

XIII

INFANTILISME

PAR LE D^r APERT

Médecin des hôpitaux.

On désigne sous le nom d'infantilisme l'état de l'individu, qui, n'étant plus un enfant par son âge, a néanmoins conservé plus ou moins intégralement les caractères corporels et psychiques de l'enfance. Il ne s'agit pas seulement de retard plus ou moins prolongé dans l'apparition de la maturité sexuelle et des attributs par lesquels elle se manifeste chez l'un ou l'autre sexe (système pileux, développement des seins, etc.). Il faut y joindre, dans les cas typiques, la persistance de certains états somatiques et moraux de l'enfance : rondeur et gracilité des formes, finesse de la peau, grosseur relative de la tête, plus grande longueur de l'avant-bras par rapport au bras, mobilité du caractère, rires et pleurs faciles, etc.

L'étude médicale de l'infantilisme est toute contemporaine; le mot lui-même est de création récente, et la bibliographie de l'infantilisme est des plus restreintes.

« Ne cherchez pas dans les auteurs de renseignements sur l'Infantilisme, écrivait M. Brissaud en 1895. Vous n'en trouveriez pas. Le mot ne figure d'ailleurs ni dans le Dictionnaire de l'Académie, ni dans le Dictionnaire de Littré, ni dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. C'est un vocable nouveau, que je crois avoir été introduit dans notre langue technique par Lasègue. Lorain l'emprunta à Lasègue, le professeur Brouardel l'emprunta à Lorain, et depuis lors il a fait son chemin dans le monde¹ ».

Lasègue, Lorain et M. Brouardel n'avaient guère en vue que des sujets chez qui persistaient plutôt des caractères juvéniles que des caractères vraiment enfantins. Ils sont petits, maigres, élancés et débiles. A 50 ans, ils en paraissent 18. Leur santé est toujours chancelante, et ils sont fréquemment frappés par la tuberculose². Leur développement sexuel est nul; chez les hommes, les testicules restent petits et le pénis grêle; la barbe n'apparaît pas; chez les femmes, la poitrine ne se développe pas, les hanches ne s'élargissent pas, les règles font défaut; les poils pubiens et axillaires sont insuffisants ou nuls. En un mot, ces sujets sont atteints d'une *juvénilité* persistante qui retarde indéfiniment chez eux l'établissement intégral de la puberté. Ils restent toute leur vie semblables à des jeunes gens ou à des jeunes filles; ils ne deviennent jamais des hommes ou des femmes complets et véritables. Tels sont les infantiles décrits par les premiers auteurs; M. Brissaud les a

(1) BRISSAUD. *Leçons sur les maladies nerveuses*. Masson et C^o, 1895.(2) LORAIN. *Préface de la thèse de Faneau de la Cour*. Paris, 1871.