

REVUE MÉDICALE

DE

LA SUISSE ROMANDE

RÉDACTEURS

JAQUES-L. REVERCIN J.-L. PREVOST

Professeurs à la Faculté de Médecine de Genève

C. PICOT

Médecin de l'Infirmierio du Prieuré

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. DUFOUR et DE CÉRENVILLE, Professeurs à la Faculté de médecine
de Lausanne

et de M. le D^r LOUIS SECRETAN, Médecin de l'Hôpital cantonal de Lausanne,
anciens rédacteurs du *Bulletin*.

SEIZIÈME ANNÉE. — 1896

Trentième année du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*.

GENÈVE

GEORG & C^{ie}, LIBRAIRES ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'UNIVERSITÉ

1896

du dos. La tumeur date de la naissance, mais a énormément augmenté dans les deux ou trois mois qui ont précédé l'entrée de la malade, à la suite de fatigues et même de traumatismes. Elle occupe toute la moitié droite du thorax, du rachis au mamelon et de l'aisselle à la dernière côte. Elle a plus de 22 cm. de hauteur et 28 cm. de largeur. Elle est très épaisse, 15 cm. par places, et paraît avoir des prolongements profonds sous le bord externe du grand pectoral; bien limitée du côté de l'aisselle, elle ne l'est pas des autres côtés; pas de freuissement vibratoire, pas de souffle; la peau est couperosée par places, elle présente ailleurs un lacis vasculaire très développé, enfin dans d'autres points, elle a sa couleur et son apparence normales.

En octobre 1895, on pratique une séance d'électrolyse, sans narcose, avec quatre aiguilles; douleurs vives obligeant à suspendre la séance. Depuis lors, de la fin d'octobre 1895 jusqu'en février 1896, nous pratiquons cinq séances d'électrolyse avec narcose, quatre applications de huit aiguilles laissées cinq minutes en place, soit en tout 32 piqûres par séance, 40 à 50 milliampères. Ce traitement ne paraissant pas diminuer sensiblement la tumeur, en février, mars et avril 1895, nous essayons des injections sclérogènes au chlorure de zinc à $\frac{1}{10}$ suivant la méthode de Lannelongue; quatre à cinq piqûres de 5 à 6 gouttes à chaque séance n'amènent pas d'amélioration notable après huit séances; une des piqûres a déterminé une petite eschare, de la suppuration et une légère hémorragie.

En août et septembre 1896, nous reprenons l'électrolyse et l'on observe dans la tumeur des *noyaux durs* qui semblent augmenter de volume, la tumeur est moins tendue et paraît diminuer de volume et de tension.

Quelques réflexions sur le fonctionnement et les résultats des couveuses Lion pendant l'Exposition nationale.

Par le Dr Hector MAILLART.

Communication à la *Société médicale de Genève* le 4 novembre 1896.

Les visiteurs de l'Exposition ont tous remarqué le pavillon qui abritait les couveuses d'enfants et qui avait été installé par la maison A. Lion de Paris pour faire connaître ses appareils. Ayant été chargé par cette maison de la surveillance médicale de l'établissement pendant la durée de l'Exposition, je désirerais faire part des quelques réflexions que m'ont suggérées ces cinq mois d'activité.

Je n'entamerai pas ici une longue dissertation sur la couveuse pour enfants nés avant terme; c'est là un sujet devenu

classique et parfaitement connu de tous les praticiens; la littérature en est fort riche d'ailleurs depuis les premières communications de Tarnier en 1880.

Chaque Maternité possède actuellement des appareils plus ou moins bien construits et plus ou moins faciles à manier. C'est précisément l'énorme difficulté que l'on rencontre presque toujours à obtenir un réglage constant de la température et une ventilation suffisante qui est la source presque unique des nombreux insuccès des couvages de bébés. On a pu voir à l'Exposition qu'avec les couveuses Lion ces inconvénients disparaissent et je rappelle en deux mots la construction et le fonctionnement de ces appareils. (Voir les figures ci-contre).

La couveuse se compose d'un parallélépipède en métal monté sur un support de fer, la hauteur est de 70 cm.; sa base carrée a 55 cm. de côté; la face antérieure est munie d'un châssis vitré, à deux battants, avec fermeture à crémone. Le fond, D, est coulissé et s'enlève, en glissant sur ses rainures, comme la planchette d'une cage d'oiseau. Toutes les pièces étant métalliques, la couveuse entière peut être placée sans détérioration, dans l'étuve à désinfection par la vapeur d'eau sous pression.

La ventilation est assurée par un tube, T, de 8 cm. de diamètre, s'ouvrant au bas d'un des côtés de l'appareil et sur le trajet duquel on peut placer une éponge mouillée pour assurer l'humidité de l'air et une couche d'ouate pour en obtenir la filtration.

L'air vicié s'échappe par une cheminée verticale, C, adaptée au plafond de la couveuse. Une hélice fonctionnant au sommet de cette cheminée indique par la vitesse de sa rotation la force du courant d'air.

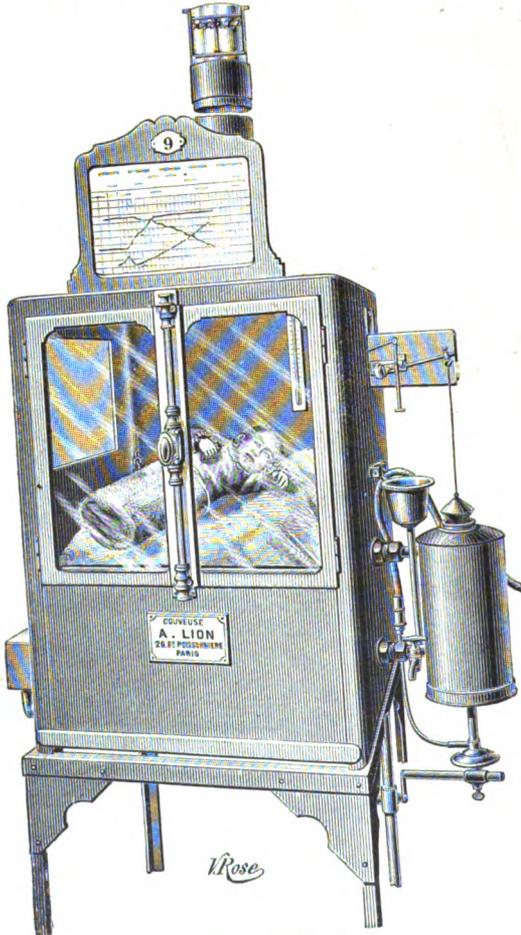
Mais la partie la plus originale de cette couveuse est son chauffage et le réglage de sa température.

Un serpentín, E, de 8 cm. de diamètre, fait le tour de la base de l'appareil: il est en rapport, à sa partie supérieure et à sa partie déclive, avec un cylindre vertical creux, R, placé à droite et en dehors de la couveuse proprement dite.

Cet ensemble constitue un thermo-siphon qui est chauffé par un foyer, I, de gaz ou de pétrole placé dans la lumière, R', du cylindre creux; l'eau de celui-ci se chauffe, passe dans le serpentín de la couveuse qu'elle parcourt de haut en bas en se refroidissant lentement et les parties les plus froides sont réatirées dans le cylindre de chauffage par ce chauffage lui-même.

Le réglage ne s'obtient pas, comme dans les étuves bactériologiques à régulateur de mercure, par un apport plus ou moins grand de combustible, mais, celui-ci restant fixe, par un courant d'air plus ou moins fort dans la lumière du cylindre de chauffage.

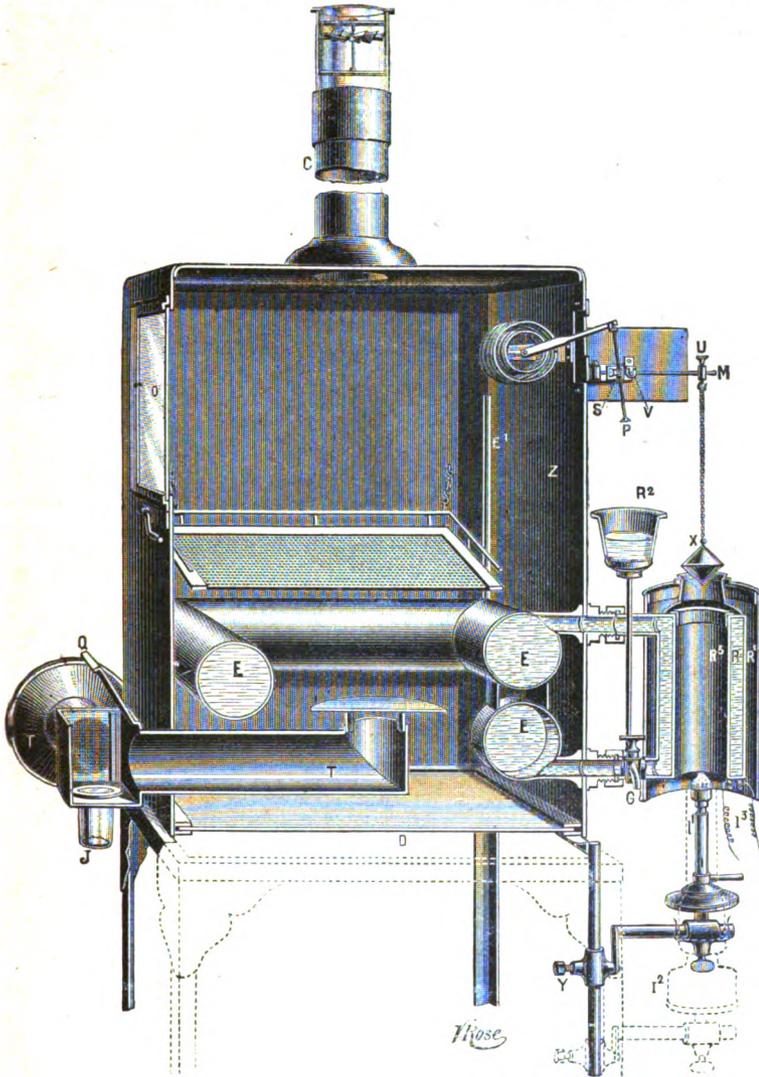
A cet effet, un thermomètre métallique creux, ressemblant par son mécanisme à un manomètre à air, est placé à l'inté-



Couveuse Lion.

rieur de la couveuse, vers sa partie supérieure. La plus ou moins grande dilatation de l'air contenu dans la spirale de mé-

tal, agit sur un levier, M, qui supporte un obturateur, X; celui-ci, quand la température baisse, vient s'appliquer sur la partie supérieure de la lumière du cylindre de chauffage; toute la



Coupe verticale.

chaleur du brûleur est alors employée à chauffer l'eau du thermo-siphon dont la température s'élève, ce qui fait augmen-

ter celle de l'intérieur de la couveuse ; celle-ci, arrivée au degré voulu, le levier agit sur l'obturateur dont l'ascension détermine dans le cylindre de chauffage un courant d'air qui entraîne une partie de la chaleur du brûleur.

Une vis, P, permet d'allonger ou de raccourcir le levier à volonté pour obtenir ainsi l'élévation ou l'abaissement de la température jusqu'au degré voulu.

Ce réglage est extrêmement précis et si la couveuse reste fermée, les variations intérieures de la température ne dépassent jamais un demi-degré, comme j'ai pu m'en assurer bien des fois. Il a sur les régulateurs à mercure deux précieux avantages : 1° le brûleur peut ne pas être une flamme de gaz et à l'Exposition de Berlin, cet été, les couveuses ont été chauffées par des lampes à pétrole dites Congo ; l'appareil peut donc fonctionner partout, même dans les appartements dépourvus de conduite de gaz d'éclairage ; 2° la flamme de gaz n'est soumise à aucune variation brusque ; elle brûle toujours à plein feu et ne risque ainsi jamais de s'éteindre ; 3° sa construction entièrement métallique le rend beaucoup moins délicat et moins fragile que m'importe quel autre régulateur où le verre peut se casser et les liquides se renverser. Le bébé lui-même est porté sur un hamac métallique isolé de toute part et l'air chaud circule librement autour de lui ; les glaces antérieures et latérales permettent de l'observer à tout moment.

Nous avons donc là un appareil à ventilation puissante et à température absolument constante dont le réglage est extrêmement facile et qui n'exige pour ainsi dire aucune surveillance une fois mis en train.

Je ne crois pas que sous ce rapport on puisse trouver mieux et le bébé né avant terme et placé là-dedans ne pourra vraiment regretter que sa circulation ombilicale, mais les perfectionnements de l'industrie moderne ne sont pas encore arrivés à la lui rendre.

Pour parer dans la mesure du possible à ce dernier desideratum, il n'y a encore qu'une bonne nourrice et c'est ce que je me suis efforcé de fournir cet été à nos pensionnaires. Mais dans son état de débilité, le prématuré n'a souvent pas la force de teter lui-même et on est obligé de recourir au gavage. Nous l'avons fait avec un instrument beaucoup plus simple et plus facilement aseptique que ne peuvent l'être la sonde et l'entonnoir. L'appareil dont nous nous sommes servi et qui a été éga-

lement imaginé par M. Lion, est une cuiller à café ordinaire dont l'extrémité a la forme d'un goulot de quelques millimètres de diamètre et pouvant s'introduire dans l'une des narines. La nourrice remplit la cuiller en exprimant son sein et elle en verse doucement le contenu dans la narine du bébé qui, si faible qu'il soit, déglutit toujours sans s'engouer. On peut ainsi attendre tranquillement qu'il ait la force nécessaire de teter lui-même.

La température de la couveuse sera réglée naturellement suivant le degré de refroidissement et la débilité de l'enfant: en général elle est mise le premier jour à 34°. On peut le lendemain la faire monter à 35°, si l'état du bébé paraît le réclamer; à mesure que ses forces augmentent on peut ensuite la faire progressivement descendre à 33°, 32°, 30° et 28° pour habituer peu à peu l'enfant à la température ambiante.

Voyons maintenant les résultats obtenus. Un tableau synoptique donne à la fin de ce travail le résumé de chaque observation.

Le nombre des cas traités pendant l'Exposition est beaucoup trop restreint pour pouvoir établir une statistique exacte, mais il est largement suffisant pour se faire une idée de la valeur de l'incubation.

Quant aux amateurs de chiffres, je les renvoie à une étude très complète publiée l'année passée¹ par le Dr Ciaudo qui a pu observer 185 cas traités à la Maternité Lion de Nice, d'octobre 1891 à décembre 1894. Sur ce nombre de 185 enfants, 8 qui pesaient moins d'un kilog., sont tous morts; quant aux autres en défalquant 11 cas, morts le jour même de leur entrée à la Couveuse, ils ont donné 82% de survies, ce qui est assurément un résultat surprenant.

A titre de curiosité, je citerai encore le cas d'un enfant observé l'année passée à Bordeaux et qui, ne pesant que 725 grammes à sa naissance, sortait de la couveuse cinq mois plus tard en parfaite santé, avec un poids de 3 kil. 300 gr.

A Genève, nous avons reçu 22 enfants et nous avons observé un cas à domicile. Mais je défalquerai de ce nombre un bébé né à terme, amené à cause de sa débilité congénitale, et rendu à sa famille en bonne santé; un bébé né à sept mois et demi,

¹ Dr CIAUDO. La Maternité Lion de Nice pour enfants nés avant terme ou débiles. Nice, imp. V. Eug. Gauthier et Cie. 1895, 53 p.

mais qui a dû être renvoyé étant atteint, dès le second jour, de vulvite qui nous avait semblé de nature infectieuse et un bébé né à sept mois, qui ne nous a été amené, *in extremis*, qu'un mois après sa naissance et qui est mort peu de jours après son entrée. Restent vingt enfants, nés avant terme et qui ont passé un certain temps dans les couveuses.

Quatre d'entre eux pesaient moins de 1500 grammes (Obs. 1 à 4); sur ce nombre une seule fillette pesant 1010 grammes et née à six mois, est morte le quatrième jour. Deux autres pesant 1320 et 1330 grammes et nés à vingt-huit et vingt-neuf semaines de gestation, sont encore vivants et tous deux très bien portants à l'heure actuelle. La dernière était une jumelle qui pesait 1440 grammes à sa naissance le 25 juin et qui, le 26 octobre, quoique nourrie à la bouteille depuis le 14 septembre, pesait déjà 3080 grammes.

Nous avons eu à soigner neuf bébés pesant de 1500 à 2000 grammes (Obs. 5 à 13); cinq d'entre eux sont sortis bien portants des couveuses, après un séjour variant de sept à douze semaines, un d'entre eux est sorti vivant, mais, issu d'une mère tuberculeuse, morte quinze jours après son accouchement, il a succombé à la Maison des enfants malades à l'âge de trois mois, sept semaines après la sortie des couveuses.

Enfin, trois enfants sont morts, deux les septième et quatorzième jours, de faiblesse congénitale, le dernier après 26 jours, de bronchopneumonie, suite de plaie du pied produite par manœuvre obstétricale.

Six enfants sont entrés avec des poids variant de 2000 à 2500 grammes (Obs. 14 à 19); deux d'entre eux sont morts le lendemain de leur naissance, les quatre autres sont sortis en parfaite santé.

Un enfant pesant 2780 grammes (Obs. 20) est sorti en bon état; il est très bien portant actuellement.

Quant au sort ultérieur des quatorze enfants sortis vivants, nous avons pu obtenir ces derniers jours des renseignements sur douze d'entre eux; neuf sont en bonne voie de prospérité, trois sont morts: l'un d'eux est cet hérédo-tuberculeux dont j'ai parlé plus haut et qui est mort à trois mois (Obs. 11); un autre (Obs. 13), plusieurs semaines après sa sortie des couveuses, d'où il était parti très prospère, a succombé à la cholériue qui paraît due à ce qu'on avait substitué dans son alimentation des soupes variées au lait stérilisé que j'avais recommandé.

Enfin le dernier (Obs. 17), sorti également en excellente santé des couveuses, a été placé ensuite dans les plus mauvaises conditions hygiéniques de milieu et de nourriture et nous avons appris sa mort quelque temps plus tard.

Somme toute l'ensemble de ces résultats est fort satisfaisant, surtout si l'on considère que la plupart des familles qui nous ont confié leurs enfants appartiennent à la classe la moins aisée de notre population.

Dans la majorité des cas, l'enfant était déjà cyanosé et refroidi lorsqu'on nous l'amenait; il était donc voué à une mort certaine; deux fois, notre thermomètre, qui ne marquait la température qu'à partir de 34° , n'est pas même monté jusque-là; dès le lendemain, cependant, il marquait $36^{\circ},1$ et $37^{\circ},2$ chez ces mêmes enfants; trois fois également la température se trouvait être entre 34° et 35° ; même réchauffement rapide au bout de quelques heures de couveuse; à plus forte raison en a-t-il été de même pour les autres enfants dont la température d'entrée oscillait entre 35° et $36^{\circ},5$. Il est donc de toute importance de pouvoir mettre un prématuré en couveuse le plus tôt possible après sa naissance. Néanmoins, si courte qu'ait pu être la période de refroidissement, je ne la crois pas inoffensive; ainsi le 12 août on nous a amené un enfant pesant 1970 grammes et né dix-huit heures auparavant; l'accouchement s'était fait par version et un pied portait une blessure produite par un lac qui avait servi à la traction. Dès le lendemain se déclarait une bronchopneumonie qui emportait l'enfant après trois semaines de fièvre; la température initiale était de $34^{\circ},6$; qui sait si, mis immédiatement en couveuse au lieu d'attendre dix-huit heures, cet enfant n'aurait pas survécu et si les bronches n'out pas été particulièrement prédisposées à l'invasion des germes septiques par ce refroidissement prolongé?

Le poids des prématurés subit en gros les mêmes variations que celui des enfants nés à terme, mais la diminution physiologique des premiers jours est proportionnellement plus forte, le retour au poids primitif est plus long et l'ascension de la courbe est moins accusée dans les premiers mois qu'elle ne l'est chez un enfant à terme et surtout qu'elle ne le serait si le bébé était resté dans l'utérus maternel le temps voulu.

Pour les enfants de moins de deux kilog., la perte initiale a varié entre 30 et 270 grammes, avec une moyenne de 123 grammes. elle a duré de trois à seize jours (moyenne onze jours) et

TABLEAU SYNOPTIQUE

	Nom et prénom.	Date de naissance.	Gestation.	Entrée à la couveuse.		Poids minimum.	Durée de la diminution.	Retour au poids primitif.
				Poids.	Tempé- rature.			
1	P. Marguerite	4. VIII	26-27 semaines	4010 gr.	35° .6	840 gr.	—	—
2	Y. John	26. VII	28	1320	35° .4	1240	12 jours	20 jours
3	S. Jeanne . . .	28. V	29	1330	35° .4	1140	8	17
4	C. } Thérèse . . . Valérie . . .	25. VI	35	1460	35° .6	1440	15	17
5				1730	35° .3	1690	3	18
6	Z. Edmond . . .	6. VII	30-32	1590	35° .2	1520	9	14
7	K. Hedwige . .	20. VIII	30 ½	1700	36° .5	1490	11	33
8	D. Louis	7. VII	30	1740	33° moins de	1335	—	—
9	M. Marguerite	10. IX	35 ½	1780	35° .2	—	—	—
10	R. Alice	21. IX	32	1790	34° moins de	1700	16 jours	24 jours
11	L. Gabriel . . .	5. V	36	1935	—	1935	8	19
12	A. Edmond . . .	11. VIII	33	1970	34° .5	1450	—	—
13	F. Albert	7. VI	?	1980	34° .4	1710	14 jours	28 jours
14	J. Hélène	21. VII	33	2000	35° .4	—	—	—
15	C. Emma	9. IX	34	2020	35° .0	—	—	—
16	F. Juliette . . .	3. VI	34	2070	34° .6	1700	13 jours	34 jours
17	G. William . . .	6. VI	37	1940	35° .8	1910	4	16
18	M. Marcel . . .	12. IX	36	2420	36° .0	2330	1	16
19	M. Auguste . . .	14. V	36	2370	35° .0	2370	5	9
20	M. Louis	3. VI	36	2780	36° .2	2595	10	18

DES OBSERVATIONS

Durée du séjour en couveuse.	Poids à la sortie de la couveuse.	Accroissement, journal moyen.	Poids ultérieur.	
—	—	Gram.	—	Mort le quatrième jour.
11 semaines	2050 gr.	13,3	2500 gr. à 3 $\frac{1}{4}$ mois	Muguet du cinquième au septième jour.
11 $\frac{1}{2}$ »	2460 »	16,3	3870 gr. à 5 $\frac{1}{4}$ mois	Couveuse à domicile.
11 $\frac{1}{2}$ »	2540 »	17,0	3080 gr. à 4 mois.	} Jumelles { Ictère fébrile. Legers diarrhées du 5 au 15 juillet. Ictère fébrile, diarrhée pond. le mois d'août.
11 $\frac{1}{2}$ »	2300 »	9,4	2620 gr. à 4 mois	
12 »	2640 »	15,1		Suppression du nombril jusqu'au 10 juillet. Ictère de 4 au 12 juillet. Hernie inguinale double.
8 $\frac{1}{2}$ »	2210 »	15,0	2600 gr. à 2 $\frac{1}{4}$ mois	Ophthalmie guérie le cinquième jour.
—	—	—	—	Mort le quatorzième jour; température normale dès le deuxième jour.
—	—	—	—	Mort le septième jour.
4 semaines	1930 gr.	19,2		37° 2 le lendemain de l'entrée.
5 »	2590 »	19,3	2670 gr. à 2 $\frac{1}{4}$ mois	Mère morte phthisique 45 jours après l'accouchement. Poids = 2430 gr. à la naissance. Mis en couveuse 3 jours après la naissance. Muguet. Erythème fessier. Mort à trois mois.
—	—	—	—	Plaie du pied à l'entrée. Ictère. Bronchopneumonie. Mort le vingt-sixième jour.
7 semaines	2400 gr.	20,9		
—	—	—	—	Mort subite le lendemain de la naissance.
—	—	—	—	Mort le lendemain de la naissance.
8 semaines	2610 gr.	21,7		
4 »	2785 »	28,3		Poids = 2080 gr. à la naissance. Amené à la couveuse le 6 ^{me} jour.
5 »	2950 »	18,8	3590 gr. à 1 $\frac{1}{2}$ mois	
2 $\frac{1}{2}$ »	2800 »	22,6		Poids = 2540 gr. à la naissance. Amené à la couveuse le cinquième jour.
3 »	3040 »	37,5	3230 gr. à 1 mois	Ictère du deuxième au huitième jour.

le poids primitif a été récupéré suivant les cas entre quinze et trente-deux jours (moyenne vingt-deux jours). A partir du minimum de poids, l'augmentation journalière a varié entre 9 gr. 4 et 20 gr. 9, avec une moyenne de 15 gr. 8. Le poids de la naissance a été récupéré, suivant les cas, de neuf à trente-quatre jours (moyenne vingt jours).

Malgré toute l'attention que nous y avons apportée, il nous a été impossible de prévenir l'entrée de bébés atteints de maladies contagieuses; nous venons de citer un cas de bronchopneumonie; nous en avons eu d'ophtalmie des nouveau-nés et un de vulvite apparemment infectieuse; grâce à des précautions rigoureuses, nous n'avons eu aucun cas de contagion à déplorer, mais c'est pourquoi, à l'avenir, nous préférierions infiniment voir les couveuses s'installer dans chaque cas à domicile, plutôt que de provoquer à Genève la création d'une maternité artificielle.

D'autres raisons, très puissantes à mon avis, militent encore en faveur de cette manière de voir. Dans une maternité artificielle, on peut fournir aux prématurés d'excellentes conditions hygiéniques, des nourrices de choix, une surveillance compétente de tous les instants; les bébés y prospèrent à plaisir, mais pendant ce temps la mère perd son lait et, quand on lui rendra son bébé, elle sera obligée de le nourrir au biberon si elle ne peut supporter les frais d'une nourrice. Or, si jamais un bébé a besoin de l'allaitement prolongé au sein, c'est quand il est né avant terme; c'est une des seules chances qu'il a de rattraper le temps perdu.

Si, dès la naissance, une couveuse est installée à côté du lit de la mère, celle-ci pourra faire profiter l'enfant de son lait; dans la période de transition entre la première sortie de l'enfant et l'abandon définitif de la couveuse, elle pourra le sortir à l'air libre, l'insoler, le promener, ce qui est naturellement impossible dans un établissement où plusieurs bébés réclament des soins continus d'un personnel forcément restreint.

D'ailleurs la couveuse est très facile à installer à domicile et si la famille veut bien ne pas toucher aux appareils de réglage et laisser ce soin au médecin, elle fonctionnera automatiquement sans accroc. L'expérience est faite journalièrement à Paris où vingt couveuses sont à la disposition du public et où jamais on n'a eu, jusqu'à présent, à déplorer d'accident; ici à Genève, une couveuse a fonctionné pendant trois mois dans un domicile

privé sans qu'on ait eu une seule minute à toucher aux appareils de chauffe et de réglage.

S'il n'y a pas de conduite de gaz, une simple lampe à pétrole ou une lampe à alcool suffira et le seul travail consistera à renouveler le combustible au fur et à mesure de son emploi.

Quant aux soins que réclame le bébé lui-même, comme ils ne diffèrent que fort peu de ceux qu'exige tout nouveau-né, les membres de la famille, bien surveillés par le médecin ou la sage-femme, rempliront aussi bien les conditions voulues que le personnel d'une maternité artificielle et si le gavage doit se faire, la mère ou la garde-malade l'apprendront aussi vite que nos nourrices savoyardes qui le pratiquaient sans aide dès le lendemain de leur entrée à l'établissement des couveuses.

La couveuse étant donc un instrument indispensable dans bien des cas, il est bon de savoir qu'on a à sa disposition un instrument pratique, propre et facile à manier, qui reléguera dans les musées d'antiquités les lourdes caisses de bois à boules d'eau chaude dans lesquelles les enfants risquaient malgré tout d'être exposés à de plus grandes variations de température que s'ils avaient été exposés à l'air extérieur; les archives des maternités pourraient seules nous dire le nombre de ceux qui y ont été gelés ou échaudés, et encore !

Note complémentaire au mémoire sur le sarcome de la prostate¹.

Par le Dr A.-L. DUPRAZ.

M. le prof. Socin a eu l'obligeance d'attirer notre attention sur deux publications dont nous n'avions pas connaissance lors de l'élaboration du travail paru dans les deux derniers numéros de cette *Revue*. Il s'agit d'une communication de Barth au 20^e Congrès de la Société de Chirurgie allemande (Berlin, 1-4 avril 1891), et de la relation d'un cas opéré par le prof. Socin et décrit par le Dr Emile Burkhardt dans le *Centralblatt f. die Krankh. der Harn- u. Sexualorgane* (V^e vol., 3^e cahier du 29 mars 1894).

En ajoutant ces quatre cas (3 de Barth et 1 de Socin) aux

¹ Voir les deux numéros précédents.