

s'aperçoit qu'ils sont peu nombreux puisque Lisfranc ne perdit que deux malades sur quatre-vingt-dix-sept, M. Sims une malade sur trente-six, et que Huguier n'a eu aucun revers sur trente opérations.

4° En dernier lieu, nous devons placer l'amputation à l'aide d'un *fil de platine rougi par l'électricité*. Ce moyen, qui commence à entrer dans la pratique, mérite à juste titre d'être généralisé, car il présente de grands avantages sur les autres méthodes. Voici comment on devra pratiquer

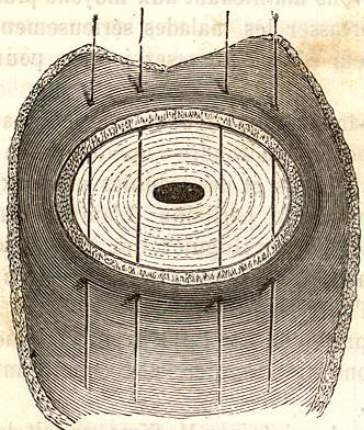


Fig. 87. — Hypertrophie du col. — Dispositions des sutures métalliques. (D'après M. Sims.)

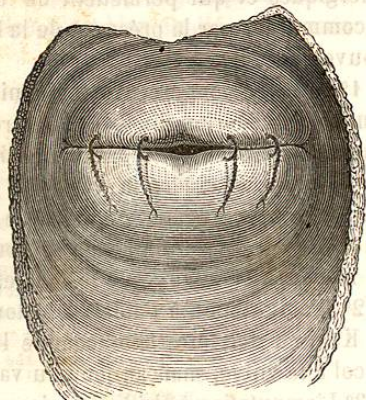


Fig. 88. — Hypertrophie du col. Aspect du col après que les sutures ont été appliquées, et la surface de section recouverte. (D'après M. Sims.)

l'opération. La malade étant placée sur le dos et le col mis à découvert à l'aide d'un spéculum de bois destiné à préserver les parois vaginales, on placera l'anse de platine vers la base du col à 4 ou 5 millimètres de l'insertion vaginale. L'anse de platine portée au rouge par le courant de la pile au bichromate de potasse sera rétrécie à mesure que les tissus seront sectionnés.

Il s'écoule en général peu de sang, surtout si l'anse de platine n'a pas été portée à une trop haute température.

Lorsque la section est opérée, la malade sera tenue au repos pendant un certain temps; puis lorsque l'escharre due à la cautérisation du fil incandescent sera détachée, la cicatrisation se fera comme dans une plaie ordinaire.]]

ARTICLE III

HYPERTROPHIE SUS-VAGINALE

[[L'hypertrophie sus-vaginale, désignée le plus souvent sous le nom d'*allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col*, est constituée par une augmentation de volume et un allongement de la partie du

col située au-dessus du vagin, sans augmentation de volume notable de la portion sous-vaginale et du corps de l'utérus.

Nous avons vu que l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col avait pu être confondu avec le prolapsus utérin; mais c'est surtout l'hypertrophie sus-vaginale qui a donné lieu à des erreurs de diagnostic, et Huguier pense que « la maladie désignée sous le nom de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète de la matrice* n'est autre chose, dans la très-grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'utérus, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal (1). »

Depuis la publication de ce mémoire, qui a donné lieu au sein de l'Académie de médecine à des discussions passionnées (2), presque tous les auteurs admettent avec Huguier qu'un grand nombre de cas de prolapsus consignés dans la science ne sont en réalité que des allongements hypertrophiques de la portion sus-vaginale du col. Néanmoins il existe des faits certains de prolapsus véritable, mais ces faits sont bien moins communs que ne le pensaient les auteurs anciens.

§ I. — Anatomie pathologique.

La portion sus-vaginale du col, considérablement allongée, souvent aussi augmentée de volume et recouverte du vagin retourné à la manière d'un doigt de gant, constitue la tumeur saillante au dehors de la vulve. Dans certains cas, la matrice participe au mouvement hypertrophique; mais toujours elle conserve sa situation normale dans la cavité pelvienne.

L'insertion du vagin sur le col, qui se fait normalement à environ 1 centimètre du sommet de ce col, a lieu à 2 ou 3 centimètres de ce sommet par suite d'un certain degré d'hypertrophie qu'il a lui-même subi. La longueur totale de l'organe ainsi allongé mesure ordinairement de 10 à 15 centimètres.

A mesure que le col utérin s'abaisse, il entraîne, avec lui les insertions du vagin qui se renverse, et qui à un moment se trouve ne plus présenter de culs-de-sac, quand la tumeur a acquis un volume suffisant. C'est ce vagin ainsi retourné qui enveloppe la tumeur. Le vagin, exposé à l'air, subit quelques modifications; tantôt sa surface est lisse, polie, luisante, de couleur rosée, ou rouge; tantôt elle est plus pâle, rugueuse et assez semblable à la peau, quand la tumeur devenue saillante à l'extérieur ne rentre pas.

(1) Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. 1860, p. 49.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1858-59, tome XXIV, *passim*.

La vessie subit ordinairement un déplacement notable (fig. 89), elle est entraînée et située à la partie antérieure de la tumeur. La direction de l'urèthre est changée (fig. 90), son extrémité supérieure est devenue inférieure ;

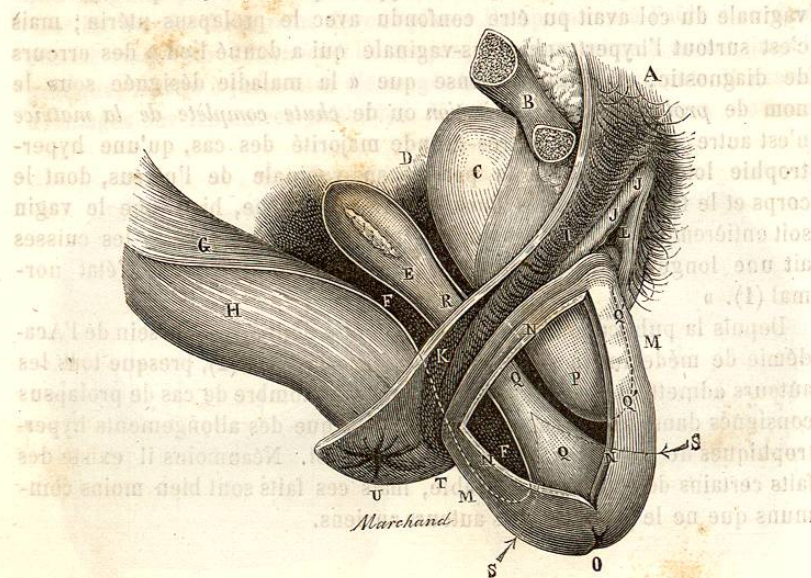


Fig. 89. — Rapports de la vessie et du rectum avec le col et le corps de l'utérus, dans l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. (Huguier, *Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus*. 1860.) (*)

rière et sa direction, qui était de bas en haut et d'avant en arrière, est maintenant de haut en bas. Le méat, au lieu d'être saillant, est enfoncé et comme caché sous le clitoris ; les uretères sont allongés pour atteindre la vessie déplacée et placés sur les parties latérales de la tumeur.

Le rectum peut aussi être déplacé ; mais, tandis que Huguier admet

(*) Les organes sont disséqués ; la paroi latérale droite du vagin renversé est enlevée, afin de montrer les parties qui entrent dans la composition de la tumeur sous-vulvaire, ainsi que les rapports de ces parties entre elles. — A. Mont de Vénus. — B. Portion droite de la symphyse pubienne, sciée au niveau du trou obturateur. — C. Portion supérieure et rétro-pubienne de la vessie. — D. Cul-de-sac péritonéal antérieur s'arrêtant au-dessous et au niveau des parties molles qui ont été conservées. Grande lèvre droite I. Place du pli génito-crural K. — E. Corps de l'utérus vu par son bord droit. Les annexes correspondantes sont enlevées afin de ne pas compliquer la pièce. — FF. Cul-de-sac péritonéal postérieur, se prolongeant jusqu'à 2 centimètres et demi du museau de tanche. — G. Lame péritonéale à plis longitudinaux, et qui est la continuation du feuillet postérieur du cul-de-sac péritonéal postérieur. — H. Rectum.

Organes génitaux externes, composition de la tumeur. — I. Grande lèvre droite. — JJ. Nymphes droite et sommet du clitoris. — K. Pli génito-crural. — L. Méat urinaire. — MM. Paroi vaginale antérieure et postérieure. — NNN. Tranche de la coupe faite pour enlever la paroi latérale droite du vagin. — O. Orifice à direction transversale du museau de tanche. — P. Bas-fond de la vessie faisant hernie dans la tumeur. — QQ. Portion sus-vaginale du col de l'utérus, allongée et hypertrophiée. — Q'Q'. La ligne courbe ponctuée que représente, sous la paroi antérieure du vagin, la partie herniée de la vessie. — R. Portion sus-vaginale du corps de l'utérus, allongée et hypertrophiée. — SS. Les deux lignes ponctuées qui montrent le trajet que parcourt l'instrument tranchant dans l'amputation de la portion sus-vaginale du col. — T. Périnée. — U. Orifice anal.

qu'il participe à la formation de la tumeur une fois sur trois, M. Cruveilhier croit qu'il n'y a rectocèle qu'exceptionnellement ; c'est la paroi antérieure seulement de l'organe qui est entraînée et qui vient former une ampoule dans laquelle les matières fécales peuvent s'accumuler.

La situation des culs-de-sacs formés par le péritoine en avant et en arrière de l'utérus est importante à connaître, car ils risqueraient d'être

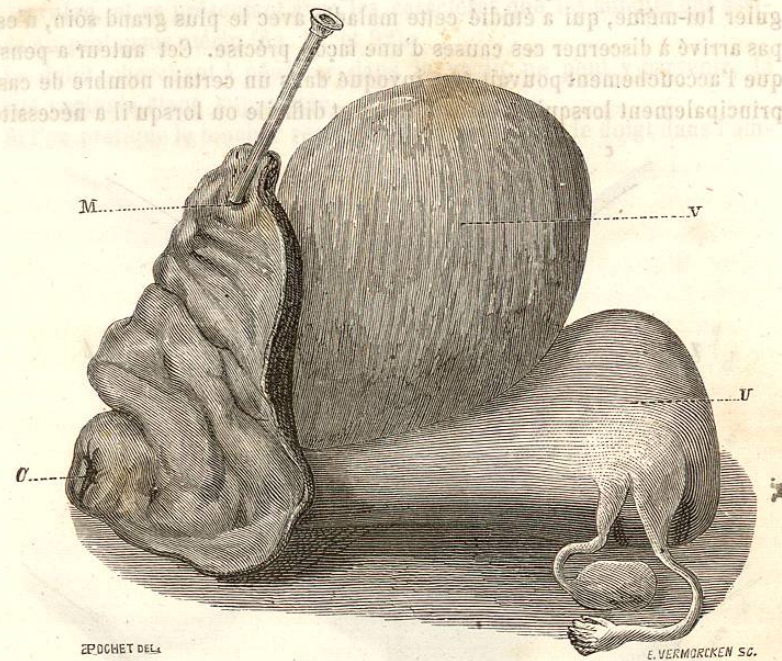


Fig. 90. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus. — Rapports avec la vessie et le vagin. (GALLARD, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.) (*)

ouverts pendant l'opération si l'on n'y prenait garde. Le cul-de-sac postérieur descend en général à 2 ou 3 centimètres au-dessus du niveau de la lèvre postérieure, mais quelquefois il a pu descendre plus bas et même dépasser ce niveau de 3 ou 4 centimètres, de telle façon qu'il forme la partie la plus basse de la tumeur. Le cul-de-sac antérieur ne descend jamais aussi bas, il reste en général au moins à 6 centimètres au-dessus du bord antérieur du museau de tanche.

Les ligaments larges, les ovaires, les trompes, ont conservé leur situation normale.

(*) V. Vessie. — M. Orifice de l'urèthre avec une sonde introduite dans son ouverture pour montrer la direction de l'urèthre ainsi que la portion de vessie entraînée au dehors, et située dans la partie antérieure de la tumeur. — C. Orifice externe du col. — U. Corps de l'utérus. (Dessin d'après nature, par M. ROSAPPELLY.)

Le volume de la tumeur est variable, on l'a vue présenter 20 centimètres de longueur sur 11 de largeur; sa forme est en général ovoïde, à grosse extrémité dirigée en bas.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hypertrophie sus-vaginale sont assez obscures; Huguier lui-même, qui a étudié cette maladie avec le plus grand soin, n'est pas arrivé à discerner ces causes d'une façon précise. Cet auteur a pensé que l'accouchement pouvait être invoqué dans un certain nombre de cas, principalement lorsqu'il a été laborieux et difficile ou lorsqu'il a nécessité

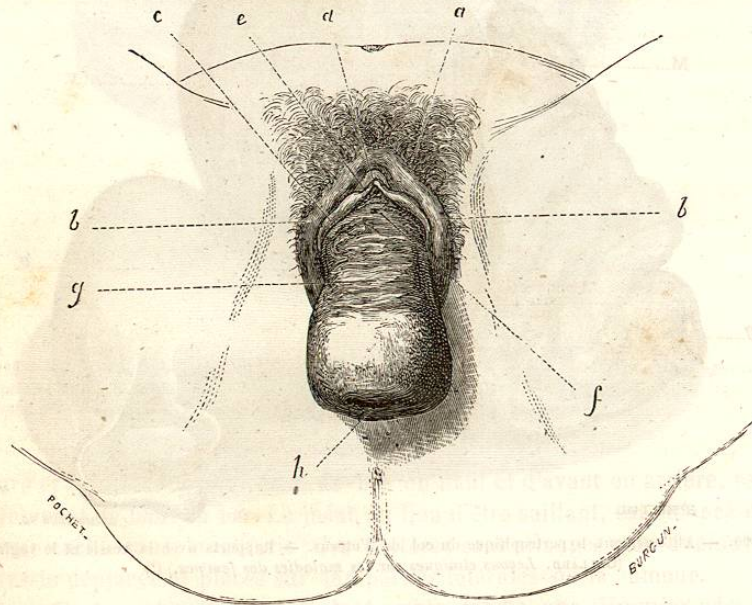


Fig. 91. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col (*).

l'intervention de l'art, parce que c'est la partie supérieure du col qui supporte le plus longtemps la pression du fœtus et qui est la plus contusionnée, par le passage de la tête, les instruments ou la main de l'accoucheur introduits dans la cavité de l'utérus. Il se pourrait alors, pense M. Gallard, qu'un travail phlegmasique succédant aux irritations traumatiques, surajoutât son action pour favoriser l'hypertrophie du col; on a encore pensé que l'élongation pourrait être due à la traction du vagin

(*) Cette figure, qui porte le titre de prolapsus de l'utérus, doit être considérée comme un cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — *aa*, partie de la peau du pubis; *b, b*, lèvres externes; *c, c*, nymphes; *d*, tête du clitoris; *e*, prépuce du clitoris; *f*, orifice de l'urètre; *g*, surface interne du vagin renversé par le prolapsus de l'utérus; *h*, prolapsus de l'utérus. (Baillie, *Morbid Anatomy*, fasc. 9, pl. v, fig. 2.)

sur le col, quand ce vagin fortement dilaté est flasque et tend à être expulsé au dehors, principalement quand le périnée a été déchiré à la suite d'un accouchement ou quand la vulve est largement dilatée.

§ III. — Symptômes.

Tout d'abord, on constate la présence d'une tumeur saillante en dehors de la vulve, et se présentant avec les caractères que les auteurs ont assignés au prolapsus utérin (fig. 91 et 92).

Le doigt, cherchant à pénétrer dans le vagin, ne peut y parvenir, la cavité vaginale étant supprimée.

Si l'on pratique le toucher rectal, on peut introduire le doigt dans l'am-

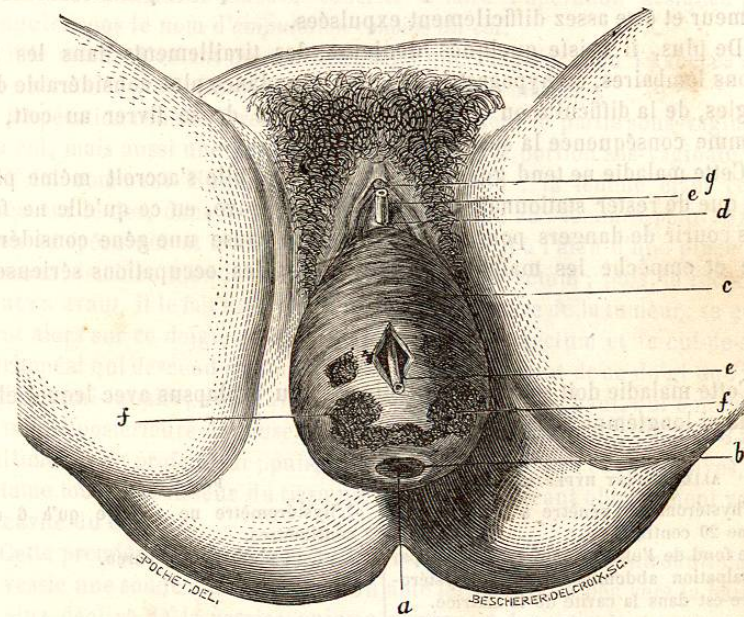


Fig. 92. — Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. — Situation de la vessie et direction de l'urètre (*).

poule, formée par la paroi antérieure de l'intestin, quand il y a rectocèle; si le doigt remonte en suivant la partie antérieure, il perçoit le col de l'or-

(*) Ce dessin a été pris par Boivin et Ducès sur une femme vivante de 60 ans qu'ils ont cru être atteinte de prolapsus complet de l'utérus et qui n'avait d'après M. Gallard rien autre chose qu'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col avec renversement du vagin et du fond de la vessie. — *a*, orifice utérin ou uréthro-vaginal de l'utérus; *b*, orifice supérieur du vagin devenu inférieur; *cc*, face muqueuse du vagin; *d*, méat urinaire; *ee*, un stylet est passé de haut en bas dans le col de la vessie, et une ouverture idéale est pratiquée à la paroi du vagin correspondante à la vessie, pour faire voir le renversement de l'organe urinaire. — Le fond de l'utérus se trouvait à peu près à l'angle supérieur de l'ouverture idéale. — La femme urinait en comprimant la tumeur: l'urine remontait par le méat urinaire *d*; mais il resta toujours un peu de liquide dans la vessie; *f, f*, ulcérations déterminées par l'écoulement de l'urine sur cette portion renversée du vagin; *g*, le clitoris. (Boivin et Ducès, *Atlas*, pl. X, fig. 1.)

gane sous forme d'une tige assez ferme, et plus haut le corps dont il est impossible d'atteindre le fond à cause de sa situation élevée.

L'hystérométrie est ici d'une grande importance diagnostique, l'instrument pénètre souvent à 10, 12 centimètres et même quelquefois au delà.

Le cathétérisme de la vessie ne peut plus se faire dans les conditions ordinaires; il faut, lorsque le méat a été franchi, porter le bec de la sonde en bas vers la partie inférieure de la tumeur (fig. 92).

La miction et la défécation sont assez souvent troublées; il existe des besoins fréquents d'uriner, l'urine coule en bavant sur la surface de la tumeur et la malade est souvent obligée de presser sur sa tumeur pour faciliter l'évacuation de ce liquide. Les matières fécales peuvent s'accumuler dans l'ampoule formée par le rectum à la partie postérieure de la tumeur et être assez difficilement expulsées.

De plus, il existe quelques douleurs, des tiraillements dans les régions lombaires, ou hypogastriques, une abondance plus considérable des règles, de la difficulté ou même l'impossibilité de se livrer au coït, et comme conséquence la stérilité.

Cette maladie ne tend guère vers la guérison, elle s'accroît même plutôt que de rester stationnaire; elle n'est pas grave, en ce qu'elle ne fait pas courir de dangers pour la vie, mais elle cause une gêne considérable et empêche les malades de se livrer à des occupations sérieuses.

§ IV. — Diagnostic.

Cette maladie doit surtout être distinguée du prolapsus avec lequel elle a été si longtemps confondue.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE.

L'hystéromètre pénètre à 9, 12, 15 et même 20 centimètres.

Le fond de l'utérus peut être perçu par la palpation abdominale quand l'hystéromètre est dans la cavité de la matrice.

Si on presse la tumeur entre deux doigts au point où elle se rattache à la vulve, il n'y a pas de vide en ce point.

Une sonde introduite dans la vessie et dirigée en arrière vers le rectum n'est pas perçue par le doigt introduit dans cet intestin.

Le toucher rectal permet de rencontrer en avant la tige formée par le col, et n'arrive pas au fond de la matrice.

Si l'on cherche à réduire la tumeur, le commencement de la réduction est facile, la rentrée de la tumeur s'opère graduellement sans soubresaut jusqu'au moment où le museau de tanche est remonté au niveau de l'orifice vulvaire, mais alors la malade éprouve de la gêne.

PROLAPSUS.

L'hystéromètre ne pénètre qu'à 6 ou 7 centimètres.

Le fond ne peut être perçu.

Si on presse la tumeur au même point, on sent un vide, et au-dessous la présence du fond de la matrice.

Une sonde, dirigée de la même façon, est perçue par le doigt à travers une mince couche de tissus, la sonde passant au-dessus du corps de l'utérus.

On ne rencontre pas la tige, et l'on peut sentir le fond de l'utérus.

Si l'on cherche à réduire, le premier temps, qui coïncide avec le passage du corps de l'utérus à travers l'orifice vulvaire, est difficile, mais après, la réduction est facile; les parties semblent remonter d'elles-mêmes et la femme est alors soulagée.

Quant au diagnostic avec un renversement de l'utérus, un polype, l'hypertrophie sous-vaginale, il suffit de se rappeler les signes propres à chacune de ces maladies pour ne pas commettre d'erreur.

§ V. — Traitement.

Le traitement qui consiste à refouler la tumeur, et à la maintenir ensuite réduite en pratiquant l'occlusion de la vulve, ou à l'aide d'un pessaire, ne peut guère être conseillé, car le col, une fois rentré dans le vagin, se courbe et vient presser douloureusement sur l'un ou l'autre des organes pelviens.

Le seul traitement efficace consiste à faire l'opération désignée par Huguier sous le nom d'*amputation conoïde du col*.

Elle mérite d'autant mieux d'être faite que Huguier a eu 14 succès sur 14 opérations et M. Chassaignac, 6 succès sur 6 malades.

L'opération consiste à retrancher non-seulement la partie sous-vaginale du col, mais aussi une partie assez étendue de la portion sus-vaginale.

Voici comment Huguier pratique l'opération: la femme étant couchée sur le dos, dans la position que l'on donne aux femmes pour l'examen au spéculum et le col étant saisi solidement à l'aide d'une pince de Museux, le chirurgien introduit un doigt dans le rectum; puis, le recourbant en avant, il le fait saillir au point le plus déclive de la tumeur; se guidant alors sur ce doigt, afin d'éviter de blesser le rectum et le cul-de-sac péritonéal qui descend parfois très-bas, il fait en avant de ce doigt une incision semi-lunaire, à concavité dirigée en avant et en haut, qui embrasse la moitié postérieure du museau de tanche. Cette première incision a 3 à 4 millimètres de profondeur; puis, par des incisions lentes et successives, il entame toute l'épaisseur du tissu utérin, en se dirigeant obliquement vers la cavité du col.

Cette première partie de l'opération une fois terminée, on introduit dans la vessie une sonde d'homme dont un aide fait saillir le bec vers la partie la plus déclive de la vessie; puis on pratique à 1 centimètre au-dessous du bec de la sonde une seconde incision semi-lunaire, à concavité postérieure et dont les extrémités rejoignent celles de l'incision postérieure. Le chirurgien sépare ensuite, par une dissection attentive, la vessie du col dans une étendue de 4 centimètres environ; alors, entamant obliquement le tissu utérin, en se dirigeant vers le canal cervical, la surface de section antérieure finit par rejoindre la postérieure.

La surface ainsi enlevée a la forme d'un cône dont la base répond à l'extrémité inférieure du col.

S'il s'écoule un peu de sang, comme il est assez difficile de porter une ligature ordinaire sur le tissu utérin qui est dense, Huguier traverse la partie qui laisse écouler le sang, à l'aide d'une épingle recourbée en forme d'hameçon, et sur laquelle il étroit les tissus de la même manière

qu'on fait la ligature d'un vaisseau à l'aide du ténaculum. L'épingle est laissée en place, après qu'on a eu soin d'en couper la pointe, jusqu'à ce qu'elle tombe d'elle-même, elle est alors retirée du vagin à l'aide d'un bout de fil qu'on a préalablement attaché à sa tête.

L'opération ainsi terminée, ce qui reste de la tumeur est réduit. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie, une mèche de charpie est placée dans le vagin et maintenue à l'aide d'un bandage en T. Puis la malade est placée au lit. Dans le but de prévenir les inflammations consécutives, Huguier recommande avec grand soin, de faire la veille de l'opération et le lendemain, une friction sur les cuisses de la malade avec l'huile de croton tiglium, dans le but de provoquer une éruption dérivative du côté de la peau.]

CHAPITRE VII

TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS (1).

[[Les tumeurs, désignées par Cruveilhier sous le nom de *tumeurs fibreuses*, ont encore été appelées *corps fibreux*, *fibroïdes*, *fibromes*, *myomes* par Virchow, et *hystéromes* par M. Broca.

Elles seraient, d'après les auteurs modernes, des excroissances en connexion plus ou moins intime avec le parenchyme utérin, et formées des mêmes éléments histologiques.]

Ces tumeurs n'ont en général aucune influence sur la constitution, et les désordres qu'elles entraînent sont tout locaux et tout mécaniques.]

(1) BIBLIOGRAPHIE : Blandin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. FIBREUX (Corps). Paris, 1832, t. VIII, p. 73. — Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, 1832, t. III, p. 614; 1839, t. IV, p. 380. — Maslieurat-Lagemard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1836. — Arnolt, *Med. chir. Transactions*, 1840. — Troussel, *Revue médicale*, août 1840. — J.-Z. Amussat, *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Paris, 1842. — Marchal (de Calvi), *Observations et remarques sur la cure spontanée des polypes utérins (Annales de la chirurgie)*. Paris, 1843, t. VIII, p. 385. — Le Piez, *Journal de chirurgie de Malgaigne*, 1845, p. 90. — Bénard, *Sur les corps fibreux de la matrice (Journal de Bruxelles)*, janvier 1847. — Barth, *Bulletins de la Société anatomique*, 1848, t. XXIII, p. 250, et 1850, p. 82. — Huguier, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1849. — Jarjavay, *Opérations applicables aux corps fibreux*, thèse de concours. Paris, 1850. — Houel, *Bulletins de la Société anatomique*, 1850. — Maisonneuve, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1851, p. 267. — Danyau, *Dystocie par obstruction presque complète du bassin, due à la présence d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus (Bulletin de l'Académie de médecine)*. Paris, 1851, t. XVI, p. 691. — Foucher, *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 291. — Gensoul, *Rev. méd.-chir.*, 1851. — Boscredon, *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 332. — Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 362. — West, *Diseases of women*. London, 1856. — Duclos, *Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 489. — Shloss, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 455. — Beck, *Bulletin de thérapeutique*, 1858. — Guyon (Félix), *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, thèse pour l'agrégation. Paris, 1860.

est très-rare qu'elles s'enflamment ou s'ulcèrent et jamais elles n'ont de caractère malin.

La seule division que je crois nécessaire d'établir est entre les tumeurs *pédiculées* ou *polypes* et les tumeurs *non-pédiculées*.

La structure de ces deux espèces de tumeurs est identique, mais les symptômes, les conséquences et le traitement sont entièrement différents.

Examinons d'abord les tumeurs non pédiculées.

ARTICLE PREMIER

TUMEURS FIBREUSES NON PÉDICULÉES

Ces tumeurs ne sont pas rares après l'âge de quarante ans : elles se rencontrent aussi souvent chez les femmes non mariées que chez les filles.

Bayle (1) est même d'avis qu'elles sont plus communes chez les femmes qui sont restées vierges. Sur 5 vieilles femmes, il dit que l'on rencontre au moins une fois des tumeurs fibreuses. Sur 20 utérus examinés par Portal, 13 fois il a trouvé des tumeurs fibreuses. Sir Clarke n'en a jamais rencontré chez les femmes au-dessous de vingt ans. H. Lebert (2) en a vu de toutes les dimensions, depuis le volume d'une amande jusqu'à celui d'une tête d'adulte. Ch. D. Gaultier de Claubry (3) a vu une tumeur fibreuse qui pesait 39 livres, et qui mesurait dans sa circonférence verticale 35 pouces 3 lignes, et dans sa circonférence transversale 29 pouces 3 lignes. Kummer a décrit une tumeur fibreuse qui pendait extérieurement et dont le pédicule avait un pouce d'épaisseur. Cette tumeur pesait 40 livres ; elle mesurait 46 pouces

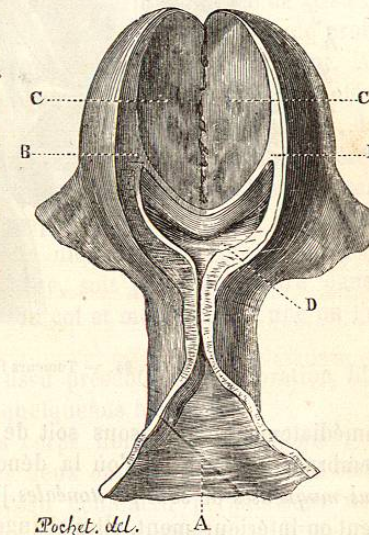


Fig. 93. — Tumeur fibreuse développée à l'intérieur de la cavité utérine (*).

(1) Bayle, *Journal de médecine*, 1802, t. V, p. 62. — *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1813, t. VII, art. CORPS FIBREUX DE LA MATRICE, p. 69.

(2) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1857, t. 1, p. 164.

(3) Ch.-D. Gaultier de Claubry, *Observation sur une tumeur squarreuse d'un volume considérable, prenant naissance dans le tissu caverneux de la matrice (Journal gén. de méd. de Sédillot)*. Paris, 1810, t. XXXIX, p. 271.

(*) A, vagin : il a conservé sa forme et sa longueur. — B. Parois de la tumeur fibreuse. — C. Coupe de cette tumeur. — D. Portion de la cavité utérine restée libre. (*Musée DUPUYTREN*, n° 366.)