

ment interne; dès que la suppuration est manifeste, il ne faut plus compter sur leur efficacité.

B. *Traitement des abcès.* — C'est une règle en chirurgie de ne pas ouvrir les abcès ossifluents. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Quelle peut en être la raison? Sans doute la crainte des accidents généraux qui faisaient rarement défaut à une époque où la pyohémie et la septicémie étaient des complications communes. BÉRARD n'a-t-il pas pris pour type de l'infection putride ces vastes collections transformées en plaies cavitaires? Certes ce précepte est exagéré et aujourd'hui, grâce aux méthodes antiseptiques, on ne craint plus autant l'ouverture de ces abcès. On revient insensiblement à la méthode de FLAUBERT (de Rouen) qui faisait de grandes entailles dans ces foyers purulents. Telle est la conduite que nous recommandons pour tous les abcès ossifluents des membres. Elle ne saurait convenir aux abcès par congestion pelviens qui viennent proéminer aux aines et que l'on doit respecter dans une certaine mesure; lorsque la poche menace de se rompre, il est bon de la ponctionner avec un trocart aspirateur; on gagne ainsi du temps, mais au bout de quelques semaines l'ouverture se produit malgré tout. Les injections détersives, antiseptiques, iodoformées, le pansement de Lister sont applicables à ces sortes d'abcès.

C. *Traitement des foyers tuberculeux.* — Certains foyers sont presque inaccessibles au chirurgien; car nous ne saurions encore recommander la pratique suivie par BÖCKEL, ISRAËL qui ont été assez hardis et assez habiles pour porter des instruments sur le corps d'une vertèbre lombaire; il ne sera donc question ici que des foyers tuberculeux des os superficiels et surtout de ceux des membres. Tous les moyens de traitement locaux ont pour objet de produire la destruction de l'os malade, de l'enlever ou de faciliter la séparation des parties nécrosées; ce sont: 1° les injections modificatrices; 2° les caustiques et les cautérisations au fer rouge; 3° l'abrasion, l'évidement, la trépanation; 4° l'extirpation du foyer tout entier et des parties ambiantes par la résection ou l'amputation.

1° *Injections modificatrices.* — Les unes n'ont d'autre effet que de provoquer une réaction légère des parois de la caverne tuberculeuse et de faciliter ainsi l'élimination des produits. Telles sont la teinture d'iode, le vin aromatique et tous les liquides alcooliques; d'autres joignent à cette propriété une action spéciale plus énergique sur le tissu osseux vivant qu'elles détruisent; à la nécrose spécifique, elles substituent une nécrose chimique et salutaire. Citons la liqueur de Vilatte, généralement recommandée quoique bien incertaine dans ses résultats et parfois dangereuse (cas de mort cités par HEINE, HERGOTT, LEGUEST), les injections au nitrate d'argent, au chlorure de zinc.

2° *Caustiques.* — Ce moyen de traitement exige préalablement l'incision des fistules et la mise à nu des foyers tuberculeux; les caustiques servent surtout pour arrêter la marche envahissante d'un foyer superficiel de carie; ils deviennent inutiles ou difficilement applicables lorsqu'il s'agit d'un foyer tuberculeux central, ou d'un tubercule primitif avec séquestre. Utilisés pour les caries fongueuses superficielles, les caustiques sont de bons moyens auxquels on ne peut reprocher que leur action trop superficielle et trop insuffi-

sante pour poursuivre les prolongements du foyer infectieux. Le fer rouge, le thermo-cautère sont utilement employés dans ce but; l'ignipuncture avec le cautère à boule rend également des services, quant aux anciens trochisques, aux caustiques potentiels, au chlorure de zinc, ils peuvent remplacer le fer rouge et sont plus facilement acceptés par les malades pusillanimes, quoique plus douloureux que le cautère actuel; leur action est aussi trop superficielle.

3° *Abrasion et nettoyage des foyers.* — En 1876, OLLIER qui ne connaissait pas encore l'origine tuberculeuse de la carie disait: « S'il était démontré que dans certains cas le tubercule existe dans les os avant tout autre organe, et que les autres organes ne s'infectent que par la résorption des produits spécifiques de la lésion osseuse, il faudrait intervenir plus tôt qu'on ne le fait généralement, et moins insister sur les moyens de conservation du membre dans les cas de suppuration articulaire. » Déjà au moment où OLLIER écrivait ces lignes, la question des tuberculoses locales était à l'ordre du jour en Allemagne, et la cure radicale des foyers tuberculeux entraînait dans la pratique. A vrai dire elle n'est pas nouvelle, car de tout temps les chirurgiens ont nettoyé les foyers de carie; la trépanation pour les cas de nécrose centrale des os courts a été assez souvent pratiquée et SÉDILLOT a tout particulièrement insisté sur les résultats heureux qu'on obtient par l'évidement. Or l'abrasion, le grattage, le curage avec la cuiller tranchante ne sont autre chose que des procédés particuliers de l'évidement. Seulement, grâce aux méthodes antiseptiques, les chirurgiens allemands ont en quelque sorte généralisé l'évidement et les opérations partielles dans les ostéites tuberculeuses. Telle a été entre autres la pratique de VOLKMANN, KÖNIG, et maintenant des chirurgiens anglais, américains. Aux premiers élans d'un enthousiasme exagéré a succédé une appréciation plus réfléchie des résultats obtenus; la part des succès paraît considérable, la mortalité opératoire faible, mais la guérison définitive est assez rare. Avant d'arriver à la thérapeutique, il vaut mieux étudier les formes du tubercule osseux et juger d'après l'anatomie pathologique et la clinique de l'opportunité des opérations. Il est des cas auxquels l'évidement convient, il en est d'autres qu'il ne peut guérir; cherchons à préciser les uns et les autres.

POULET, dans une note lue à la Société de chirurgie (1882), établit qu'il n'y a lieu de faire les opérations partielles, le curage du foyer, qu'autant qu'il s'agit d'un tubercule primitif et chronique localisé, circonscrit, avec ou sans séquestre. Dans ce dernier cas (foyer de carie) l'intervention a pour but d'enlever les parois du foyer carié jusqu'à l'os sain et partout saignant; dans le premier, on doit aider la nature qui ne parvient pas toujours à expulser les séquestres libres ou encore adhérents. De là les trépanations du calcaneum, le curage, le grattage des épiphyses et même des diaphyses. Quelle peut-être l'utilité de semblables traitements dans le tubercule envahissant? Sans doute on réussit à enlever de grandes portions du foyer ou tout le foyer, mais il faudra aussi détruire les parties molles infectées, lardacées et qui reproduiront la maladie; d'ailleurs il est extrêmement difficile de juger des limites de l'altération tuberculeuse pendant les opérations et dans un os ramolli, grasseux, on ne sait où s'arrêter, de telle sorte qu'on peut enlever trop dans un point et trop peu dans un autre. Pour ces raisons les opérations partielles nous semblent peu recom-

mandables dans le tubercule tardif et à marche rapide, et elle est la cause des insuccès.

4° *Extirpation des foyers. Résection. Amputation.* — SÉDILLOT conseillait l'évidement; OLLIER, de son côté, a chaudement prôné la résection sous-périostée, même dans la continuité, pour détruire les foyers de carie. Au premier abord, la résection paraît réaliser une indication qui se présente assez fréquemment, l'extirpation d'un foyer impossible à guérir autrement. Elle est bien supérieure à toute autre méthode, puisqu'elle conserve un membre et quelquefois les fonctions de ce membre. Sans nous attacher à discuter la justesse de cette dernière assertion, la résection de la diaphyse ou des épiphyses ne nous semble pas aussi souvent indiquée que l'a dit OLLIER et en voici les raisons. S'il s'agit d'un tubercule primitif et chronique, comme dans la figure 123 représentant un séquestre invaginé dans l'humérus, la résection pourra tenir tout ce qu'on lui fait promettre; mais à quoi bon réséquer une tête entière alors que l'articulation voisine n'est pas altérée et qu'une couronne de trépan eût rempli toutes les indications; l'opéré est mort à la suite de la résection dont l'opportunité est bien discutable. Ailleurs, au coude par exemple, le tubercule primitif et chronique siège fréquemment dans le cubitus, et l'on se trouve entraîné à scier la trochlée saine avant le cubitus; il faut même une connaissance exacte de la forme de ces tubercules pour scier les os à une hauteur convenable et sous le prétexte de conserver, comme il est recommandé, les attaches du brachial antérieur; nous avons vu scier dans un gros tubercule encore adhérent dont la moitié restait sur le cubitus. Enfin une analyse attentive nous a presque toujours montré l'altération tuberculeuse du périoste qui a déjà fourni des ostéophytes en partie altérés; de plus les parties molles peuvent également être tuberculeuses ou atteintes de troubles trophiques dus à la névrite. Toutes ces considérations ont pour objet de mettre en garde contre un optimisme qui n'est pas justifié; les chances d'insuccès sont nombreuses et la cure radicale est rare. MACNAMARA se déclare lui aussi partisan des résections, cependant comme il avoue que ses confrères ont dû plus tard amputer ses opérés, ces résultats confirment ce que nous venons de dire. OLLIER d'ailleurs accorde qu'au genou et à la hanche les dangers de la résection sont tels, qu'il vaut mieux chercher la conservation ou sacrifier le membre si la guérison est jugée impossible.

Dans quels cas convient-il d'amputer les membres? cette ressource ultime est souvent employée, car les chirurgiens n'opèrent qu'autant que les désordres locaux sont incompatibles avec la conservation de la partie, ou encore lorsque l'infirmité devient une source d'empoisonnement et d'infection pour l'économie tout entière. Tel chirurgien attend la fièvre hectique, tel autre se décide plus tôt, tel autre encore n'opère plus quand il y a des symptômes de tuberculose pulmonaire. Les indications des opérations se tirent de l'état local et de l'état général et varient complètement suivant qu'il s'agit de l'une ou l'autre forme du tubercule. L'amputation n'est pas indiquée pour un tubercule primitif et chronique, avec intégrité des parties voisines et surtout des articulations. Le chirurgien devra tenir un grand compte de l'état des tissus périphériques, des troubles trophiques, du ramollissement des os, des arthro-

pathies; l'existence de la névrite fera pencher la balance en faveur de l'opération radicale. Nous avons vu couper une jambe pour un petit séquestre de la face supérieure du calcanéum qui eût pu être retiré sans grands dégâts. Au contraire, le sacrifice du membre nous semble rationnel dans les cas de tubercule tardif à évolution rapide, à la condition qu'on n'attendra pas la fièvre hectique et la tuberculose pulmonaire; intervenir dans ces cas c'est imposer à un moribond une opération inutile et qui n'est pas indifférente à l'accélération trop fréquente de la marche de l'infection tuberculeuse. Nous donnons dans cette dernière forme la préférence à l'amputation sur la résection, comme opération plus simple et plus sûre contre la récurrence.

Enfin, lorsque le tubercule osseux siège à la racine des membres, il faut se hâter de nettoyer les foyers qui prennent trop souvent une extension dangereuse. Si l'on était amené à pratiquer une désarticulation de la cuisse, on éviterait de laisser au fond du cotyle un gros tubercule primitif et chronique, origine de toute la maladie.

§ 2. — Lésions syphilitiques des os

Bibliographie. — LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*, p. 180. — FOURNIER, *La syphilis chez la femme*. — CORNIL, *La syphilis*, Paris, 1879. — WEGNER, *Arch. de Virchow*, t. L, s. 305. — WALDEYER, *Ibid.*, Bd LV, s. 367. — PARROT, *Arch. de physiologie*, 1876, p. 133. — HAAB, *Arch. de Virchow*, Bd LXV, s. 366. — VERAGUTH, *Ibid.*, Bd LXXXIV, s. 325. — STILLING, *Ibid.*, Bd LXXXVIII, s. 509. — TAYLOR *Syphilis in Children*, New-York, 1876. — MACNAMARA, *Diseases of the Bones*, 1877. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1881 et 1883. — CORNIL, *La syphilis*, Paris, 1879. — KASSOWITZ, *Med. Jahrb. d. Kais. Art. Gessel.*, Wien, 1879 et 1881, p. 209. — PELLIZARI et TAFANI, *Malattie della Ossa da Syfilide ereditaria*, Florence, 1881. — NEUMANN, *Wien. Med. Blatt.* 1882, n° 51. — CHIARI, in *Vierteljahr. für Dermat. u. Syphilis*, 1882, Bd IX, p. 389. — TERRIER et LUC, in *Revue de chir.*, 1882. — POULET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884. Thèses de Paris. — 1873, POPESCU. — 1881, LE BACHELIER. — 1883, DEBAR (Agrég.) (t. XIII).

1° SYPHILIS ACQUISE

La syphilis, affection virulente, inoculable, très vraisemblablement parasitaire, intéresse fréquemment le système osseux. Jadis les lésions des os étaient considérées comme des manifestations très graves et tardives de la vérole; aujourd'hui on sait que le virus syphilitique, extrêmement diffusible, peut affecter de bonne heure diverses parties du squelette. Il n'y a donc pas de lésions secondaires ou tertiaires puisque celles-ci se manifestent à toutes les périodes, quinze jours après le chancre infectant aussi bien que vingt ans après. La syphilis présente ici les mêmes caractères que dans les autres tissus; elle y détermine une irritation lente, le plus souvent localisée, modérée, qui peut amener la destruction moléculaire du tissu sans produire une inflammation suppurative. Ce n'est que plus tard, sur les sujets affaiblis qu'elle

provoque une réaction plus vive, des modifications plus profondes; la tolérance peut alors disparaître et il en résulte des nécroses, parcellaires ou plus étendues, des suppurations qui constituent ce qu'on décrivait autrefois sous le nom de carie syphilitique, expression supprimée depuis quelques années sans raison appréciable.

CORNIL décrit trois sortes de lésions syphilitiques des os : 1° l'ostéo-périostite simple; 2° l'ostéite raréfiante; 3° l'ostéomyélite raréfiante intense ou ostéo-périostite gommeuse. Nous ne conserverons pas cette division qui nous paraît inexacte parce que l'ostéite raréfiante n'est qu'une lésion transitoire, commune à beaucoup d'affections; l'éburnation est bien plus fréquente que la raréfaction même dans l'ostéomyélite; en effet, à côté de la verrouilleure des os cariés il y a dans la majorité des cas une éburnation très intense de toute la portion d'os qui persiste.

Nous diviserons les lésions osseuses de la syphilis en trois groupes :

1° La périostite simple qui se termine par résolution ou par la formation de périostoses persistantes;

2° L'ostéomyélite syphilitique subaiguë;

3° L'ostéomyélite gommeuse ou carie syphilitique.

Il est nécessaire d'ajouter que ces altérations sont encore assez mal connues et que de nouvelles recherches sont nécessaires pour élucider le processus de la néoplasie syphilitique. On trouve en réalité des variétés très grandes; avec

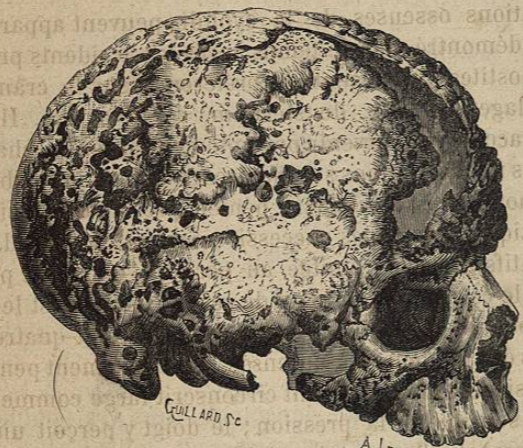


Fig. 136. — Ostéite syphilitique gommeuse du crâne. Perforation du frontal.

CORNIL et RANVIER, nous admettons que les douleurs ostéocopes correspondent toujours à des modifications du tissu osseux encore indéterminées. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces énormes tibias ou fémurs qui existent dans les musées, ou sur ces crânes verrouillés comme dans les figures 136 et 137, nous nous rendrons compte de la difficulté qu'on éprouve à rapprocher des lésions si dissemblables.

D'ailleurs la syphilis des os semble présenter des différences considérables suivant les pays; la syphilis des Arabes est beaucoup plus redoutable à cet égard que celle d'Europe; de même en Amérique, au Mexique, en Chine la vérole a conservé une intensité d'action qui justifie les descriptions sinistres que nous en ont laissé les auteurs anciens. La proportion des cas de syphilis osseuse varie également suivant les contrées; ainsi SUCHANEK, à Prague, a compté 7 p. 100 de lésions syphilitiques des os pendant la première période et 93 p. 100 après la guérison des accidents primitifs.

Il semble inutile au premier abord de chercher les conditions étiologiques qui rendent compte de la localisation de la syphilis dans l'os et plus spécialement dans quelques parties du squelette. Cependant on a fait jouer aux traumatismes et aux influences professionnelles un rôle réel dans un certain nombre de cas. Les contusions, les frottements répétés au niveau des os superficiels n'expliquent-ils pas la fréquence des périostites en certains points; le frontal, la clavicule, le sternum, la face interne du tibia sont en effet des lieux d'élection de la syphilis. VIRCHOW, CORNIL ont plus particulièrement montré l'influence professionnelle; ce dernier a vu chez les commissionnaires les courroies produire des périostoses aux points où elles portaient sur les os. Il ne faudrait pas trop exagérer l'importance de ces causes souvent mises en défaut.

A. — PÉRIOSTITE SYPHILITIQUE ET PÉRIOSTOSES

Les manifestations osseuses de la syphilis peuvent apparaître, ainsi que MAURIAU l'a bien démontré, peu de temps après les accidents primitifs; ce sont surtout des périostites qui siègent de préférence sur le crâne au niveau du frontal, des cartilages costaux, du sternum, du tibia, etc. Il n'est pas très rare de voir ces accidents survenir promptement après le chancre infectant et avant les autres manifestations secondaires; l'un de nous a observé un soldat qui moins d'un mois après le chancre pénien présentait plusieurs foyers de périostite syphilitique développés successivement sur le frontal.

Dans ces cas hâtifs, la lésion limitée au périoste ne paraît pas s'étendre à l'os sous-jacent; le caractère dominant de ces périostites est leur acuité et en même temps la soudaineté de leur apparition; en vingt-quatre ou quarante-huit heures, après des douleurs très intenses, principalement pendant la nuit, la région devient le siège d'un gonflement circonscrit large comme une pièce de deux francs, très sensible à la pression; le doigt y perçoit une vague fluctuation, un empatement inflammatoire. Au bout de quelques semaines, parfois plus tôt, surtout sous l'influence d'un traitement convenable, les symptômes décroissent, il ne reste bientôt plus qu'une légère périostose; d'autres foyers se forment souvent au voisinage, déterminant des douleurs névralgiques irradiantes, et suivent une marche identique. Ces périostites hâtives sont moins aiguës quand elles siègent sur les os des membres, particulièrement sur le tibia.

La périostite se montre à toutes les périodes de la syphilis, avec des caractères encore plus subaigus, provoquant seulement des ossifications localisées, quelquefois assez volumineuses et assez saillantes pour mériter le nom

d'exostoses. Le mécanisme de leur formation est si simple que nous ne croyons pas utile d'insister sur leur structure et leur évolution. L'irritation produite en un point localisé une suractivité fonctionnelle du périoste; la couche ostéogène proliférée à des degrés divers s'ossifie ensuite. Ce processus nullement inflammatoire évolue en général avec une grande lenteur. Ces périostites, dont les sièges d'élection sont les mêmes que ceux de la périostite hâtive, se présentent sous la forme de saillies douloureuses, dures, tantôt aplaties comme un verre de montre, s'élevant de quelques millimètres au-dessus de l'os, exceptionnellement acuminées; il n'est pas rare de les voir symétriques sur les deux clavicules ou les tibias. La douleur souvent spontanée s'accroît par le mouvement, la pression, la chaleur. D'ailleurs les souffrances disparaissent au bout de 25 à 30 jours, et l'exostose seule persiste sans changements appréciables.

FOURNIER a décrit sous le nom d'*ostéalgie* les douleurs ostéocopes qui sont si fréquentes dans le cours de la syphilis et qui ne s'accompagnent d'aucun autre symptôme; elles correspondent probablement à des modifications intimes de la structure osseuse produites par le virus syphilitique.

B. — OSTÉOMYÉLITE SYPHILITIQUE NON SUPPURÉE

La syphilis, lorsqu'elle localise son action dans la moelle des os, détermine des altérations circonscrites ou diffuses, identiques à celles que produit l'irritation de la moelle chez un animal. Dans une première période la moelle devient embryonnaire et prolifère; le tissu osseux se raréfie et prend l'aspect spongieux; de son côté le périoste ne reste pas indifférent et comme dans tous les cas d'ostéomyélite, quelle qu'en soit la nature, traduit l'irritation dont il est l'objet par une prolifération active de sa couche profonde. Tout ce travail s'exécute sans suppuration et d'une façon lente; aussi cette évolution met-elle des années pour aboutir. Lorsque, pour des raisons mal connues la cause irritante perd son intensité, soit qu'elle s'épuise d'elle-même, soit qu'elle cède à l'action d'un traitement convenable, l'ostéomyélite syphilitique passe à la seconde période de condensation ou d'éburnation, l'apposition fait place à la raréfaction et il en résulte : 1° une ossification de la moelle qui peut disparaître ou être réduite à un pertuis très mince; 2° une condensation de l'os périostique qui prend une consistance, une régularité et une densité de plus en plus grandes. Telle est l'origine de ces gros os, tibias, fémur, qui ne sont pas rares dans nos musées et qui ont été décrits comme des hyperostoses. En réalité, il s'agit là d'ostéomyélites subaiguës chroniques, terminées par éburnation. Plus tard, après des années, le travail de résorption qui existe normalement reparait et le canal médullaire peut de nouveau s'agrandir tout en conservant son réseau trabéculaire qui indique l'ancienne inflammation syphilitique.

Les symptômes de ces ostéomyélites sont assez obscurs; ici encore la douleur est le signe le plus constant; par ses caractères elle permet de présumer la nature de l'affection; le gonflement diffus de l'os, la gêne fonctionnelle, l'existence d'autres accidents syphilitiques, l'altération de la constitution mettent sur la voie de la véritable nature de la maladie, qui évolue lentement, en plu-

sieurs mois et même plusieurs années. Les os hyperostosés par cette ostéomyélite sont toujours sujets à des douleurs erratiques, indices des modifications incessantes survenues dans leurs tissus; ces douleurs souvent prises pour des rhumatismes deviennent plus aiguës par le froid humide.

Le traitement mercuriel et surtout le traitement mixte peut bien enrayer dans une certaine mesure cette ostéomyélite, mais dès que les productions périostiques existent il ne faut pas compter sur une résolution absolue; la guérison par éburnation, ossification de la moelle, enostose, devient fatale.

C. — OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE OU CARIE SYPHILITIQUE

Les auteurs qui ont décrit la périostéomyélite gommeuse ont eu particulièrement en vue la gomme sous-périostique; pour quelques-uns l'ostéite gommeuse est circonscrite ou diffuse. La gomme des os, d'après CORNIL, « n'est autre chose qu'une ostéite raréfiant dans laquelle le tissu embryonnaire sous-périostique ou le tissu médullaire très abondant revêtent la disposition qu'on observe dans les gommages; ces tissus se présentent en effet sous la forme d'une tumeur de volume variable ayant de la tendance à devenir caséuse en bloc à un moment donné de son évolution. »

Vient-on à décoller le périoste de l'os, on voit que de sa face profonde se détachent des bourgeons gros comme un pois ou un haricot qui pénètrent dans des anfractuosités de l'os sous-jacent; ce tissu mou, rose ou grisâtre, parcouru par des vaisseaux et des fibres conjonctives, se brise et suit le périoste. Plus tard ces bourgeons subissent la caséification qui débute par leur centre; le nodule ainsi décrit constituerait la gomme. Plusieurs bourgeons partis du même point peuvent sillonner la surface de l'os et même le diploë du crâne; fréquemment ils se rejoignent à d'autres adhérents à la dure-mère, il en résulte des perforations car partout où le bourgeon gommeux pénètre il y a une raréfaction et une destruction intense des trabécules osseuses.

A l'autopsie de sujets qui ont succombé à ces ostéomyélites gommeuses, souvent multiples, on trouve « le crâne percé comme une écumoire par des végétations très nombreuses venues du périoste et surtout de la dure-mère ». CORNIL a eu l'occasion d'étudier ces bourgeons gommeux et y a trouvé « des fibrilles très fines entre lesquelles existent des cellules rondes possédant un noyau entouré de protoplasma ».

Les os macérés présentent des lésions qui méritent de nous arrêter parce qu'elles complètent les descriptions précédentes. Si nous prenons un crâne atteint de carie syphilitique, comme celui représenté dans la figure 137, on remarque tout d'abord que les os sont très épaissis dans les parties voisines de la lésion; les pariétaux, le frontal atteignent souvent 0^m,01 à 0^m,015 et on n'y distingue plus le diploë devenu éburné. Dans les points très malades l'os est vermoulu comme s'il avait été travaillé par quelque termite qui aurait creusé des galeries hélicoïdales à sa surface et dans son épaisseur. CORNIL, dans un cas qu'il a observé, compare justement l'os macéré à une dentelle ayant à la place de fils des travées osseuses. Ailleurs on voit partir d'un petit orifice central qui traverse la table externe une galerie en spirale qui s'agrandit de