

B. — FISTULES VÉSICO-INTESTINALES

Bibliographie. — DEMARQUAY, *Monit. des sciences méd.*, 1860. — FAYRER, *Indian America Med. Sciences*, Calcutta, 1870-1871. — MASON, *New-York Med. Rec.*, 1874. — WILLIAMS, *The Lancet*, 1881.

Définition. — On désigne sous ce nom une communication anormale entre le tube intestinal et le réservoir urinaire. Les fistules vésico-rectales sont les plus communes chez l'homme, circonstance que nous expliquent les rapports des organes sur les sujets du sexe masculin.

Étiologie. — D'après les causes qui leur donnent naissance, ces fistules se divisent en : congénitales, traumatiques, pathologiques.

Les *fistules congénitales* se rattachent aux malformations de l'anus et du rectum.

Les *fistules traumatiques* sont causées par les plaies chirurgicales ou accidentelles qui intéressent ce conduit : tailles recto-vésicales, ponction de la vessie, plaies par armes à feu.

Les *fistules pathologiques* ont pour origine l'ouverture d'un abcès, l'ulcération des parois par un corps étranger de la vessie, de l'intestin ou du rectum. Notons encore la destruction de la cloison vésico-rectale par un néoplasme de la vessie, de la prostate ou du rectum.

Symptômes. — La présence de l'urine dans le rectum d'une part, de gaz ou de matières fécales dans l'urine d'autre part, caractérise les fistules vésico-intestinales. La quantité de liquide qui s'écoule par l'anus ou de matières qui souillent les urines varie avec la largeur de la fistule; on voit parfois les urines boueuses, noirâtres, renfermer des matières stercorales en quantité considérable et des proportions notables de pus; réciproquement le liquide vésical est susceptible de passer complètement par l'anus, semblable fait se rencontrerait de préférence lorsque le canal de l'urètre se trouve obstrué. La situation respective de l'ouverture vésicale et de l'orifice intestinal rend compte du sens dans lequel se fait le passage des matières.

Diagnostic. — L'émission d'urine mélangée de gaz ou souillée de matières fécales éveillera l'attention sur l'existence d'une fistule; il s'agit ensuite de déterminer le siège précis de la solution de continuité. Le toucher rectal, l'examen au spéculum permettront de connaître les fistules vésico-rectales; mais le problème est à peu près insoluble lorsque le trajet va s'ouvrir dans une portion de l'intestin inaccessible à la vue et au toucher. A l'aide des injections colorées on arrivera à différencier les fistules vésico-rectales d'avec les fistules uréthro-rectales.

Marche. Diagnostic. — Un certain nombre de complications ne tardent pas à se produire consécutivement à l'irritation de la muqueuse intestinale par le contact de l'urine; signalons une diarrhée intense bientôt accompagnée de relâchement du sphincter, de sorte que l'écoulement du liquide, d'abord intermittent, devient bientôt continu.

Le pronostic dépend surtout de la cause qui a déterminé la fistule. Les

fistules d'origine traumatique sont de toutes les moins graves: Sur six (6) observations réunies par BLANQUENQUE (*Thèse de Paris*, 1870), on compte trois guérisons, une mort, et deux cas dans lesquels la maladie est restée pendant de longues années compatible avec l'existence.

Trente (30) fistules d'origine inflammatoire fournissent quatre guérisons, cinq états stationnaires, trois morts de maladies, dues à la diarrhée, à la cystonéphrite purulente, à la péritonite. Il est inutile d'insister sur la gravité des fistules qui succèdent aux lésions organiques du rectum et de la vessie.

Traitement. — Pour obtenir la cicatrisation d'une fistule, la première condition consiste à empêcher les produits de sécrétion de traverser le trajet anormal. Lorsqu'il y a simplement pénétration de l'urine dans le rectum, l'indication se trouve remplie dès qu'une sonde à demeure assure l'écoulement du liquide par les voies naturelles, aussi cette variété de fistules est-elle curable quand les matières fécales s'introduisent dans la vessie; l'agglutination des parois du trajet, sans cesse irritées par ces matières, devient bien difficile. On pourrait alors essayer de cautériser le trajet; quelques auteurs ont encore conseillé de sectionner tous les tissus compris entre les ouvertures du rectum et du col vésical, puis de placer une mèche dans le rectum, de manière à faire cicatriser la plaie du fond à la superficie. Ajoutons que plusieurs de ces fistules sont au-dessus des ressources de l'art. LE DENTU (*Soc. de chir.*, 1884) a proposé de faire la taille sus-pubienne pour aller suturer la vessie.

4° FISTULES URINAIRES DE L'URÈTRE

Les fistules de l'urètre s'ouvrent : 1° dans le rectum (fistules uréthro-rectales); 2° au périnée ou au scrotum (fistules uréthro-périnéo-scrotales); 3° dans la région pénienne (fistules uréthro-péniennes).

A. — FISTULES URÉTHRO-RECTALES

Bibliographie. — BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1848. — FAGET, *Revue méd. franç. et étrangère*, 1854. — GUERLAIN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1860. — NOTT, *New-York Med. Journ.*, 1870. — SCHWARTZ, *Union méd. de Paris*, 1874. — PERAIRE, *France méd.*, 1883.

Étiologie. — Leurs causes sont *pathologiques et traumatiques*.

Causes pathologiques. — Dans cette première classe se rangent les inflammations et suppurations de l'urètre postérieur (abcès de la prostate, simple ou symptomatique de présence de calculs, de tubercules, de cowpérite) (DEMARQUAY). Les affections pathologiques agissant du rectum vers l'urètre sont moins communes : signalons les abcès stercoraux, les hémorroïdes abcédées ou ulcérées, les dégénérescences cancéreuses du rectum.

Causes traumatiques. — Elles sont accidentelles (introduction de corps étrangers dans l'urètre ou le rectum, chutes sur le périnée, plaies par projectiles de guerre) ou traumatiques; d'origine chirurgicale (fausses routes, cathétérisme forcé; ouverture malheureuse de l'urètre et du rectum dans les tailles

latéralisées ou prérectales; fistules persistantes après la taille recto-vésicale ou l'incision de la fistule anale).

Anatomie pathologique. — L'orifice urétral du trajet fistuleux se trouve d'ordinaire dans la région prostatique de l'urètre, près du verumontanum, l'orifice rectal placé en contre-bas occupe le voisinage du sphincter. Dans la plupart des observations, cette ouverture était entourée de callosités et de nodosités parfois très dures. Il n'est pas rare de constater la présence simultanée d'un ou de plusieurs orifices cutanés à la région rectale. Le trajet toujours sinueux, en certains cas bifurqué, permet aux liquides de s'écouler dans le rectum tandis que les matières, à moins d'être liquides, ne peuvent que difficilement remonter vers le canal urinaire.

Symptômes. Diagnostic. — Le passage de l'urine par le rectum constitue le caractère pathognomonique de cette affection. Ce liquide ne s'échappe qu'au moment des mictions et sa quantité varie suivant l'état de vacuité du canal et le diamètre du trajet fistuleux. Des gaz stercoraux, des débris de matière alimentaire s'engagent parfois dans l'urètre et viennent sortir au méat après avoir déterminé de vives douleurs. BÉGIN cite le fait d'un ancien militaire qui, après plusieurs jours de souffrances et d'efforts, rendit par l'urètre une portion d'os qu'il avait avalée peu de temps auparavant.

Le toucher rectal permettra de reconnaître les callosités qui environnent l'orifice de la fistule; en examinant ensuite la région avec le spéculum de SIMS, on découvrira facilement le pertuis par où s'échappe continuellement une suppuration séreuse. Un stylet conduit par cette ouverture arrivera quelquefois au contact d'une sonde introduite par le canal.

La plupart des auteurs donnent comme signe distinctif entre les fistules vésico-rectales et uréthro-rectales la manière dont se fait l'écoulement d'urine qui serait continu dans les premiers, intermittent dans les seconds. Ce caractère est fort incertain car le col peut être déchiré, paralysé ou, comme dans une observation de DUPLAY (*Thèse de DEVIN*), anormalement dilaté par la présence des calculs.

Pronostic. — La cicatrisation de ces fistules est difficile, elles guérissent d'autant mieux qu'elles sont plus récentes; le pronostic reste absolument subordonné à la cause qui leur a donné naissance; il n'y a aucune relation à établir entre une fistule consécutive à un traumatisme et celles qui succèdent aux fontes purulentes de la prostate.

Traitement. — Le traitement se résume tout entier dans les trois indications suivantes: 1° rétablir, s'il y a lieu, la perméabilité du canal urétral; 2° empêcher le contact de l'urine, des matières, des gaz intestinaux avec le trajet de la fistule; 3° favoriser la cicatrisation. Pour empêcher l'urine de traverser le trajet, il faut placer une sonde à demeure ou cathétériser le malade plusieurs fois par jour. Nombre d'auteurs conseillent ensuite d'introduire dans le rectum une sonde œsophagienne ouverte aux deux bouts, ou une mèche, de façon à assurer l'écoulement des gaz et des liquides intestinaux; une sonde n° 18 ou n° 20, en caoutchouc rouge, suffit pour obtenir ce résultat.

Si la fistule est étroite, une série de cautérisations de son trajet, avec une pointe de crayon ou un stylet de trousse porté au rouge, amènera la cica-

trisation; s'il y a une vaste perte de substance, une opération autoplastique devient nécessaire. La méthode habituellement employée est la suture après avivement, telle qu'on la pratique pour la fistule vésico-vaginale. Dans le cas rapporté par DEVIN, DUPLAY détacha sur un des côtés du rectum un large lambeau muqueux préalablement avivé. Ces différentes opérations sont toujours difficiles et pénibles.

B. — FISTULES URÉTRO-PÉRITONÉO-SCROTALES

Bibliographie. — COMTE, *Journ. de méd. chir. et pharm.*, Paris, 1824. — POLLOCK, *Brit. Med. Journ.*, London, 1858. — CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1871. — WEIR, *Med. Rec.*, 1878. — Thèses de Paris. — 1871, PHAPHOUTAKI. — 1879, PAUFFARD.

Étiologie. — Ces fistules, dans la majorité des cas, reconnaissent pour origine une infiltration d'urine ou un abcès urinaire, tout en effet se trouve alors disposé pour amener la fistule. « Non seulement les parois de l'urètre et les téguments sont frappés de gangrène et détruits dans une étendue plus ou moins grande, mais encore le rétrécissement, cause première de tous les accidents, s'oppose au passage de l'urine qui s'écoule par la plaie et en empêche la cicatrisation » (VOILLEMIER). Nous devons en outre signaler l'influence des corps étrangers, calculs ou fragments de calculs. Lorsqu'à la suite de la taille, l'incision au lieu de se cicatrifier se transforme en fistule, il y a de grandes chances pour qu'une pierre de petit volume soit restée engagée dans les tissus. Si elles ne se compliquent pas d'infiltration d'urine ou de la présence de substances étrangères, les plaies accidentelles et chirurgicales du périnée déterminent rarement la formation de trajets fistuleux.

Anatomie pathologique. — *Orifice externe.* — D'ordinaire il existe plusieurs pertuis qui déversent l'urine dans les plis du scrotum, au périnée, à la partie supérieure des cuisses, dans la région hypogastrique, à la région lombaire, etc. Un malade observé par CIVIALE avait jusqu'à cinquante-deux (52) orifices de cette nature.

L'aspect et les dimensions de ces ouvertures varient; parfois elles se trouvent dissimulées au fond d'un pli de la peau, la plupart du temps elles débouchent au sommet d'une végétation rougeâtre dont le centre est déprimé en cul-de-poule: les unes sont à peine susceptibles de recevoir un stylet de trousse, d'autres laissent facilement pénétrer une sonde cannelée ou une algalie.

Orifice profond. — Du côté du canal de l'urètre il y a fréquemment une perte de substance unique; on a vu aussi les régions membraneuse et prostatique criblées d'une foule de petits pertuis aboutissant dans une poche commune, de laquelle partaient ensuite les trajets fistuleux.

Trajet fistuleux. — Entre ces deux orifices se ramifie un trajet irrégulier, de longueur variable, dont les méandres sinueux rendent l'exploration fort difficile. L'intérieur de ces conduits est tapissé par une membrane analogue à une muqueuse. Dans les fistules anciennes, les tissus périphériques sont le siège d'indurations qui donnent à la palpation la sensation de cordons que l'on peut

suivre à travers les tissus ; à la longue cette induration gagne le tissu cellulaire périphérique et forme au scrotum, au périnée, des plaques volumineuses, dures, d'aspect lardacé ; des infiltrations calcaires se déposent le long de ces trajets et même il s'y développe de petits calculs.

Symptômes. — Écoulement d'urine par l'ouverture périnéale ou scrotale au moment de la miction, tel est le symptôme caractéristique de l'existence de ces fistules.

L'abondance de cet écoulement est entièrement subordonnée à l'état du canal ; lorsque celui-ci est rétréci ou obstrué par un calcul, la majeure partie du liquide vésical sort par les ouvertures de la fistule, le malade pisse en pomme d'arrosoir ; si, au contraire, le canal est perméable, la miction se fait comme dans les conditions ordinaires, et c'est seulement quelques instants après que le sujet se sent mouillé par l'issue de gouttes d'urines qui se sont infiltrées dans la fistule. Pour arriver au diagnostic, DIEFFENBACH conseille en pareil cas de serrer le gland au moment de la miction afin que l'urine soit forcée de traverser la fistule. Il ne faut jamais négliger d'explorer le périnée, cet examen permettra de reconnaître les cordons durs dont nous avons déjà signalé la présence. En dernier lieu si un stylet poussé dans le trajet anormal arrive à rencontrer une sonde métallique introduite par le canal, l'existence de la fistule est évidente.

Le mode d'écoulement de l'urine suffit pour différencier les fistules uréthro-périnéales d'avec les fistules vésico-périnéales. La sortie du liquide se fait d'une façon intermittente dans le premier cas, d'une manière continue dans le second.

Pronostic. — Le pronostic est subordonné à l'état du canal et à l'étendue de la perte de substance de l'urètre, mais dans les fistules les plus simples en apparence, la guérison est toujours fort difficile à obtenir.

Traitement. — La première indication consiste à rétablir le cours normal des urines ; à mesure qu'elles reprennent leur voie habituelle, les tissus indurés retrouvent leur souplesse, les parois calleuses des trajets fistuleux se ramollissent, se rapprochent et se soudent, enfin la guérison a lieu. Les chirurgiens de la fin du siècle dernier, PETIT, CHOPART, DESAULT, ont particulièrement insisté sur les avantages de la sonde à demeure en pareille circonstance ; son usage ne doit pas être prolongé indéfiniment, car, ainsi que le fait remarquer judicieusement DUPLAY, il arrive souvent qu'après avoir employé pendant un temps assez long la sonde à demeure sans parvenir à obtenir l'occlusion de la fistule, si l'on vient à l'enlever, la guérison s'effectue en quelques jours. La cicatrisation du trajet fistuleux avec un stylet revêtu de nitraté d'argent fondu (THOMPSON), l'incision des décollements cutanés, le débridement des clapiers, la compression (DIDAY) constituent autant d'adjuvants fort utiles.

Lorsqu'il existe un rétrécissement infranchissable ou qui ne se laisse pas dilater, il faut en venir à l'urétrotomie externe. L'emploi du thermo-cautère, conseillé par VERNEUIL, nous semble appelé à rendre ici de grands services pour modifier les tissus et éviter l'écoulement sanguin ; après avoir ouvert tous les clapiers et rétabli le calibre de l'urètre, le chirurgien laissera à demeure une sonde en caoutchouc rouge et par des pansements méthodiques assurera la cicatrisation.

Rarement on peut recourir à la méthode autoplastique à cause de l'épaisseur des parties molles qui recouvrent l'urètre en cette région ; toutefois, en 1819, EARLE, chirurgien anglais, obtint un remarquable succès grâce à l'autoplastie.

L'excision des trajets fistuleux, employée par LEDRAN au siècle dernier, est aujourd'hui totalement oubliée.

C. — FISTULES URÉTRO-PÉNIENNES

Bibliographie. — DIEFFENBACH, *Ueber die Heilung, etc.*, *Zeitsch. f. d. Ges. Med.*, Hamb., 1836. — BÉRARD, *Gaz. des hôp. de Paris*, 1832. — V. POULET, *Gaz. méd. de Paris*, 1852. — NÉLATON, *Gaz. des hôp. de Paris*, 1852. — RICHARD, *ead. loc.*, 1854. — VERNEUIL, *Gaz. hebd. de méd.*, 1862. — WEINLECHNER, *Wien. Med. Presse*, 1869. — WOOD, *Brit. Med. Journ.*, 1872. — SMITH, *Brit. Med. Journ.*, 1874. — RIZZOLI, *Bull. des sciences méd. de Bologne*, 1876. — REVERDIN, *Congrès de Genève*, 1878. — TEEVAN, *Med. Times and Gaz.*, 1881. — ROBERT, TILLAUX, *Soc. de chir.*, 1884. Thèses de Paris. — 1855, BOULAND. — 1869, COCTEAU. — 1873, DE JEAUFFREAU-BLAZAC. Thèses de Strasbourg. — 1855, DEBAUDE.

Étiologie. — Parmi les causes les plus ordinaires des fistules uréthro-péniennes, il faut placer en première ligne les pertes de substance consécutives aux traumatismes, puis la constriction excessive de la verge par un lien circulaire, un anneau métallique par exemple. Signalons encore les suppurations péri-urétrales, l'inflammation suppurative des glandes de l'urètre, les chancres phagédéniques du canal. L'influence des rétrécissements est ici beaucoup moins prépondérante que dans le cas précédent.

Anatomie pathologique. — Le trajet de ces fistules, légèrement oblique d'arrière en avant, n'existe pas en réalité, car les deux orifices sont si rapprochés l'un de l'autre et si intimement unis qu'ils semblent n'en faire qu'un, condition des plus défavorables à la guérison. L'orifice externe ne présente rien de particulier ; du côté de l'urètre l'ouverture s'écrase en forme d'entonnoir. Habituellement la partie de l'urètre comprise entre la fistule et le méat reste perméable. TOULMOUCHE et DEMARQUAY ont cependant rapporté deux observations dans lesquelles cette partie du canal était obstruée (hypospadias accidentel).

Symptômes. Diagnostic. — Il suffit de faire uriner le patient pour s'assurer de l'existence de cette infirmité et apprécier les variétés diverses décrites plus haut. L'orifice cutané offre des dimensions variables : tantôt il est à peine susceptible de recevoir un stylet très fin, tantôt il atteint jusqu'à 2 centimètres de largeur. Si l'étroitesse du pertuis rendait le diagnostic incertain, la manœuvre conseillée par DIEFFENBACH (compression du gland au moment de la miction) éclairerait le chirurgien.

Pronostic. — Ces fistules retentissent rarement sur la partie des organes urinaires située au-dessus ; cependant la difficulté de leur guérison rend le pronostic sérieux.

Traitement. — La première indication consiste à restituer au canal son calibre normal s'il était rétréci. Les traitements curatifs de la fistule peuvent être

classés en trois groupes : cautérisation, urétrorrhaphie, urétroplastie. Tous ces procédés nécessitent le cathétérisme fréquemment répété, préférable à la sonde à demeure qui, par son contact, détermine des urétrites.

a. *Cautérisation*. — La cautérisation se fait avec le fer rouge ou le crayon de nitrate d'argent. A. COOPER conseille le nitrate d'argent en solution, et DIEFFENBACH la teinture de cantharides.

b. *Urétrorrhaphie*. — Après avoir avivé obliquement la peau et les tissus sous-cutanés, dans une étendue d'un demi-centimètre autour de l'orifice fistuleux, l'opérateur affronte les surfaces cruentées avec la suture entortillée (VOILLEMIER) ou la suture métallique à points séparés (VERNEUIL). Les épingles ou les fils traverseront toute l'épaisseur des lèvres de la plaie sans intéresser la muqueuse.

c. *Urétroplastie*. — Lorsque la perte de substance est trop étendue ou les tissus peu mobiles, il faut recourir à l'autoplastie ; suivant les cas les lambeaux sont pris sur les parties éloignées et transportés sur la solution de continuité dont les bords ont été préalablement avivés (méthode indienne), ou bien les tissus voisins sont déplacés par glissement (méthode française).

Quel que soit le procédé mis en usage, le contact incessant de l'urine que l'on ne parvient pas à empêcher, même avec une sonde à demeure, compromet le succès des tentatives les mieux conduites. Cet inconvénient a beaucoup préoccupé les auteurs ; quelques-uns ont proposé de pratiquer une boutonnière périnéale, et TILLAUX, chargé de faire un rapport sur un fait très intéressant présenté par ROBERT à la Société de chirurgie, conseillait en pareille circonstance de recourir à la ponction répétée de la vessie.

CHAPITRE VII

MALADIES DU TESTICULE ET DE SES ANNEXES

Bibliographie générale. — ASTLEY COOPER, *Observations on the Struct. and Diseases of the Testis.*, London, 1830. — CURLING, *Traité des maladies du testicule*, trad. GOSSELIN, 1857. — KOCHER, art. TESTICULE, in *Handbuch der Allgemeinen und Speciellen Chirurgie de Pitha et Billroth*, 1871-1875. — OSBORN, *Diseases of the Testis.*, London, 1879. — ENGLISH, art. HODEN, in *Real Encyclopedia die Gesammten Heilkunde*, 1881. — GOSSELIN et WALTHER, art. TESTICULE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1883 (Bibliogr.).

§ 1^{er}. — Affections chirurgicales du scrotum

1^o LÉSIONS TRAUMATIQUES

Bibliographie. — GASTON (de Saint-Ibars), *Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, 1806. — DEMARQUETTE, *Gaz. des Hôp.*, 1841. — HEYFELDER, *Deutsch. Klin.*, Berlin,

1850. — GARNY, *Gaz. des Hôp.*, 1861. — PRAT, *The Lancet*, 1873. — HUBBARD, *New-York Med. Journ.*, 1879. — RICHELOT, art. SCROTUM, in *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1880. — JULIEN, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1882. Thèses de Paris. — 1856, TÉMOIN.

A. — CONTUSIONS

La contusion du scrotum paraît relativement fréquente ; elle reconnaît pour cause les coups, les chutes sur le périnée, les froissements de la région dans les exercices gymnastiques ou les séances d'équitation. Habituellement le testicule se dérobe grâce à sa grande mobilité ; lorsque cet organe ou le canal de l'urètre se trouve intéressé, la lésion du scrotum devient pour ainsi dire un épiphénomène. L'existence d'une affection qui augmente le volume des bourses constitue une cause prédisposante à la contusion.

Une douleur violente capable de déterminer la syncope est le premier phénomène par lequel se traduit la contusion du scrotum ; par suite de la laxité du tissu cellulaire, il se produit un épanchement sanguin dû à la rupture de quelques vaisseaux (*hématocèle pariétale*). Selon que le sang est simplement infiltré ou qu'il est collecté en foyer, il se développe une hématocèle pariétale par infiltration ou par épanchement.

Hématocèle pariétale par infiltration. — Suivant l'abondance de l'épanchement sanguin, le scrotum prend une teinte variable depuis le violet jusqu'au noir. La région scrotale est envahie tout entière ou par places, quelquefois l'épanchement s'étend aux régions voisines ; le scrotum infiltré, épaissi, offre un volume considérable.

Nous devons rapprocher de cette affection les infiltrations qui se forment par suite de l'action de la pesanteur et de la disposition des plans aponévrotiques, consécutivement aux traumatismes des régions éloignées ; c'est ainsi que l'on voit à la suite des lésions du rein, des ecchymoses se montrer tardivement dans la région scrotale. L'hématocèle pariétale par infiltration occasionne simplement un peu de gêne, la présence de douleurs doit faire songer à une lésion du testicule ou du cordon. Le repos joint à l'application de compresses résolutives et à la compression amène en quelques jours la résolution de l'infiltration, la coloration persiste pendant longtemps.

Hématocèle pariétale par épanchement. — Cet épanchement sanguin forme ici une véritable tumeur molle non transparente, occupant les parties déclives. Durant les premiers jours après l'accident, la collection est en partie masquée par un exsudat qui se résorbe peu à peu ; lorsque les taches brunes ont disparu, on trouve une masse assez ferme, mobile, distincte du testicule, intimement adhérente aux téguments et dans laquelle la pression permet souvent de percevoir la crépitation neigeuse caractéristique de l'épanchement sanguin.

Le siège de la tumeur, la mobilité sur les parties profondes, les commémoratifs, au besoin la ponction permettront dans la majorité des circonstances d'affirmer le diagnostic et de différencier cet épanchement sanguin de l'héma-