

TROISIÈME SECTION

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU COU

Le cou est le siège fréquent de traumatismes qui portent soit sur les parties molles, soit sur le squelette ; on y observe souvent des inflammations, des tumeurs de nature diverse, des fistules.

Bien que communes à toutes les parties du corps, ces affections revêtent souvent un caractère tout spécial en raison des organes qui occupent cette région : larynx, trachée, œsophage. De plus, ces derniers organes sont atteints eux-mêmes d'affections qui demandent une étude particulière : corps étrangers, rétrécissement. Enfin le cou est susceptible de subir une déviation connue sous le nom de torticolis. Nous suivrons cet ordre dans notre étude.

1^o TRAUMATISMES DU COU.

Deux genres de traumatismes affectent le cou : tantôt ce sont des plaies intéressant les parties molles et à la rigueur le squelette ; tantôt des chocs produisant une fracture ou un déplacement des vertèbres cervicales ; quelquefois, mais rarement, une fracture de l'os hyoïde ou des cartilages du larynx.

A. Plaies du cou. — Une plaie du cou peut être produite par *une arme à feu* et déterminer une mort rapide par la blessure des gros vaisseaux ou de la moelle cervicale ; souvent le projectile séjourne au sein des parties molles, et on n'en soupçonne en

général la présence que parce qu'il n'existe que le trou d'entrée. La règle en effet est de ne pas explorer profondément le trajet de ces blessures avec un stylet. Si la plaie était très large, on y pourrait introduire avec précaution l'indicateur à la recherche du corps étranger. Ce dernier pourrait être logé dans le larynx, la trachée, l'œsophage, ce que révélerait l'existence de la dyspnée et de la dysphagie. Quelquefois il est fiché dans le squelette ou enfermé dans le canal rachidien.

Il est évident que, si le projectile est accessible, on en pratiquera tout de suite l'extraction, en se tenant prêt à réprimer l'hémorrhagie qui pourrait en résulter. On conçoit en effet qu'une plaie d'un gros vaisseau soit oblitérée par le corps étranger lui-même. Mais, si on ne le sent pas, il est souvent inutile et même dangereux de tenter l'extraction, d'autant plus qu'un projectile de guerre peut séjourner longtemps dans le cou sans provoquer d'accidents, sans même révéler sa présence par aucun signe. En 1880, j'ai retiré un éclat d'obus du volume du pouce du cou d'un homme qui le portait sans le savoir depuis la Commune de 1871.

Une dyspnée intense nécessiterait la trachéotomie.

Des hémorrhagies secondaires sont souvent provoquées par la présence du corps étranger au voisinage d'un gros vaisseau dont la paroi s'ulcère, cas extrêmement grave nécessitant une intervention délicate sur laquelle je reviendrai plus loin à propos des plaies vasculaires du cou.

Au résumé, lorsque vous êtes mis en présence d'un blessé atteint de plaie du cou par arme à feu, il y a ou il n'y a pas d'hémorrhagie. S'il s'écoule du sang, commencez par vous en rendre maître en suivant les préceptes que j'indiquerai plus loin. Recherchez ensuite les caractères de la blessure : existe-t-il deux orifices ? Le blessé portait-il une cravate, un vêtement quelconque autour du cou, lorsqu'il a reçu la blessure ? Faites-vous présenter ce vêtement : il se pourrait à la rigueur qu'il ne soit pas perforé et vous en concluriez que le projectile ne siège pas dans la plaie. Cherchez à savoir l'inclinaison, la direction de l'arme au moment de l'accident : elles vous indiqueront le trajet de la plaie. Explorez de tous côtés par le palper afin de sentir le projectile ; apportez une grande réserve dans l'exploration avec le stylet, manœuvre susceptible de détacher un caillot et de provoquer une hémorrhagie. Enfin lavez, nettoyez la plaie, débarrassez-la des corps étrangers, s'il en existe, et faites un pansement antiseptique.

Tenez-vous en garde contre l'hémorrhagie secondaire.

Les plaies du cou par *instrument piquant* sont rares, et c'est à la suite d'un duel à l'épée qu'on les observe ordinairement. Elles ne sont graves en général que si elles intéressent un vaisseau important. Il faut savoir toutefois qu'un instrument piquant enfoncé dans la fossette de la nuque pourrait, en laissant à peine des traces extérieures, pénétrer dans le canal rachidien entre l'occipital et l'atlas, atteindre le bulbe et provoquer une mort immédiate.

Les plaies du cou de beaucoup les plus communes dans la pratique sont les plaies par instrument tranchant faites souvent par le blessé lui-même dans un but de suicide. Ces plaies, ordinairement produites avec un couteau ou un rasoir, ont une direction générale transversale et occupent presque toujours la région antéro-latérale du cou. J'ai cependant vu un cordonnier qui avec son tranchet s'était coupé tous les muscles de la nuque à ce point qu'en inclinant légèrement la tête en avant on apercevait le bulbe rachidien intact.

Lorsque l'une des carotides a été atteinte, le blessé succombe en général rapidement, avant qu'on ait eu le temps de lui porter secours, mais cet accident est rare, en raison du relief que forme au cou le conduit laryngo-trachéal sur lequel porte ordinairement la blessure, et à cause aussi de la saillie des muscles sterno-mastoïdiens au devant des vaisseaux.

Un point dont doit se préoccuper tout d'abord le praticien, c'est de rechercher le rapport de la plaie cutanée avec les parties profondes : bouche, pharynx, larynx, trachée. Cette recherche exige un souvenir très précis des rapports anatomiques, et le schéma ci-joint (fig. 40) me paraît devoir la faciliter. Il faut prendre comme points de repère extérieurs l'os hyoïde, les cartilages thyroïde et cricoïde, toujours tangibles.

Une plaie siégeant au-dessus de l'os hyoïde pénètre dans la langue et prolongée arrive dans la cavité buccale (A, fig. 40).

Une plaie siégeant au-dessous de l'os hyoïde, entre cet os et le bord supérieur du cartilage thyroïde, traverse la membrane thyro-hyoïdienne et prolongée intéresse l'épiglotte (dont un fragment détaché peut tomber sur l'orifice supérieur du larynx et provoquer l'asphyxie) et finalement pénètre dans le larynx. Ce point correspondant à la partie moyenne du cou porté en extension est

le siège le plus habituel de ce genre de plaies (B, fig. 40). Le larynx est intact et par conséquent les blessés ont conservé la voix.

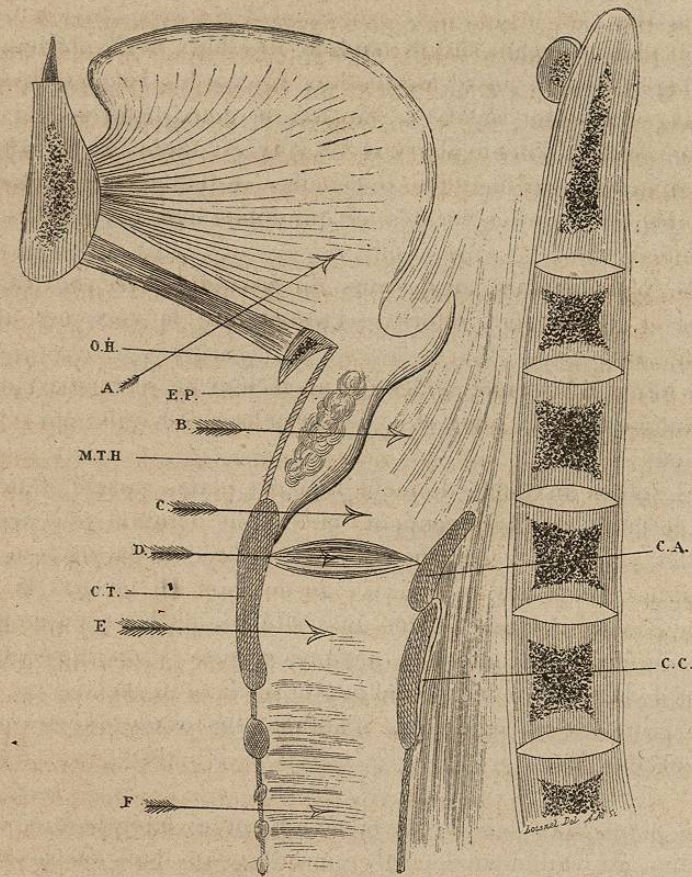


Fig. 40. — Schéma représentant le rapport des plaies transversales du cou avec les organes profonds.

- | | |
|---|---|
| A, rapports de la plaie siégeant au-dessus de l'os hyoïde ; | F, plaie passant au-dessous du cartilage cricoïde ; |
| B, plaie siégeant entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde ; | C.A, cartilage aryénoïde ; |
| C, plaie intéressant le tiers supérieur du cartilage thyroïde ; | C.C, cartilage cricoïde ; |
| D, plaie siégeant entre les deux cordes vocales ; | C.T, cartilage thyroïde ; |
| E, plaie occupant les deux tiers inférieurs du cartilage thyroïde ; | E.P, épiglotte ; |
| | M.T.H, membrane thyro-hyoïdienne ; |
| | O.H, os hyoïde. |

Un instrument intéressant la partie supérieure (le tiers environ) du cartilage thyroïde détache l'épiglotte à son point d'insertion

sur ce cartilage, divise les replis aryténo-épiglottiques, la partie supérieure du cartilage aryténoïde, et finalement aboutit au pharynx; la glotte est intacte et par conséquent la voix conservée (C, fig. 40).

Une plaie siégeant sur la hauteur des deux tiers inférieurs du cartilage thyroïde passe au-dessous des cordes vocales, divise le cartilage cricoïde, sépare le larynx en deux tronçons, et prolongée pénètre dans le pharynx; la voix est abolie (E, fig. 40). On conçoit que l'instrument puisse pénétrer en D et passer exactement entre les deux cordes vocales, ce qui donne lieu aux mêmes phénomènes.

Une plaie passant au-dessous du cricoïde divise la trachée-artère et, prolongée, intéresse l'œsophage; la voix est abolie (F, fig. 40).

La figure 40 permet également au lecteur de se rendre compte des rapports de la plaie avec les vertèbres cervicales, je n'y insiste pas.

Les signes auxquels donnent lieu ces plaies varient donc suivant le point qu'elles occupent, et ils sont d'autant plus accusés que les plaies siègent plus bas. Au-dessus du larynx, ce sont les signes des plaies ordinaires; au-dessous du larynx, la plaie donne passage à l'air et à des mucosités; le blessé est aphone. Il peut toutefois faire entendre quelques paroles, si on rapproche les lèvres de la plaie en fléchissant la tête sur la poitrine.

Le pronostic est également d'autant plus grave que les plaies siègent plus bas.

Les plaies transversales de la région antéro-latérale du cou nécessitent un traitement spécial. Surveillez dans tous les cas attentivement le blessé, dont l'état mental est souvent troublé: un de nos confrères, trompant la surveillance dont il était l'objet, arracha violemment son pansement, ainsi que la ligature appliquée sur la carotide, et mourut sur-le-champ.

Lorsque la plaie occupe le point A, il faut réunir immédiatement la peau et drainer. Je crois que c'est encore la meilleure conduite à tenir lorsqu'elle occupe les points B, C, D, E, en ayant la précaution de tenir la tête fléchie et immobilisée. Les parties profondes et en particulier les cartilages du larynx se rapprochent suffisamment pour s'opposer à la sortie de l'air et à la production de l'emphysème.

Mais, lorsque la plaie siège en F, c'est-à-dire intéresse la trachée, la réunion des parties superficielles seules expose à la production d'un emphysème du cou, car les anneaux de la trachée restent écartés, surtout si la section se prolonge loin en arrière. On pourrait alors songer à rapprocher et à suturer les deux bouts de la trachée, mais il me paraît préférable de placer immédiatement une canule dans le bout inférieur et de rapprocher ensuite les bords de la plaie cutanée sur les côtés de la canule. C'est la conduite que suivit dans mon service, et avec un plein succès, un de mes anciens internes, le Dr Garsaux. Un grave traumatisme fut de la sorte transformé en une simple trachéotomie.

Si la trachée était complètement divisée en travers, il faudrait aller à la recherche du bout inférieur qui en général se rétracte, l'attirer en haut, y introduire une canule et fixer ensuite les deux bouts de la trachée l'un à l'autre avec un fil sur les côtés de la canule. Faute de suivre cette pratique, les deux bouts resteraient écartés et se cicatriraient isolément. Or le bout supérieur, cessant de fonctionner, finirait par se rétrécir au point de ne plus laisser passer l'air, et il en résulterait une fistule trachéale avec perte complète et définitive de la voix.

L'œsophage est rarement intéressé dans les plaies transversales du cou, ou du moins nous avons rarement l'occasion d'observer ce genre de blessure, parce que, les vaisseaux et nerfs ayant été atteints simultanément, la mort est en général immédiate.

L'issue par la plaie de la salive et surtout des liquides ingérés ne laissera pas de doutes sur le diagnostic.

Ces blessures présentent une gravité extrême et leur traitement est hérissé de difficultés.

Si après avoir traité la plaie trachéale vous apercevez la plaie œsophagienne, faites une suture; mais, si vous n'en constatez l'existence qu'après le pansement parce que les aliments ingérés sortent par la plaie, abandonnez la guérison à la nature. Contentez-vous de tenir le blessé à une diète absolue pendant plusieurs jours en le soutenant à l'aide de lavements nutritifs. La plaie granulera et arrivera peut-être à cicatrisation, mais peut-être aussi s'établira-t-il une fistule. L'emploi de la sonde œsophagienne est sans doute très indiqué; on essaiera de l'introduire et même de la laisser à demeure, mais le malade la supporte difficilement et il y faut en général renoncer, du moins pendant les premiers jours.

Les nerfs sont aussi quelquefois atteints dans les diverses blessures du cou, mais je ne crois pas devoir y insister, en raison du peu de considérations pratiques qui se rattachent à ce sujet. Si on apercevait dans la plaie les deux bouts du nerf divisé, il serait indiqué de les réunir par un point de suture en suivant les règles que j'exposerai plus loin à propos des blessures du nerf médian, qui sont de toutes les plus fréquentes.

Un accident commun à toutes les plaies du cou, quels qu'en soient la nature et le siège, est l'hémorragie. Celle-ci peut résulter de la blessure d'une veine et ne présente alors de gravité qu'autant qu'elle provient d'un tronc volumineux, de la jugulaire interne en particulier. La meilleure conduite à tenir dans ce cas est de mettre une ligature au-dessus et au-dessous de la plaie. La ligature latérale, également conseillée, doit être abandonnée, même en cas de simple piqûre.

Lorsque la plaie porte sur l'une des grosses veines de la racine du cou, je rappelle qu'au danger de l'hémorragie se joint celui de l'introduction de l'air, qui peut amener une mort immédiate et contre lequel la thérapeutique est impuissante.

Le sang provient presque toujours de la blessure d'une artère, et cette complication des plaies du cou mérite d'attirer toute l'attention du praticien. Pour bien comprendre les phénomènes qu'elle entraîne et le meilleur mode de traitement à mettre en usage, il est nécessaire de se rappeler la disposition générale des artères du cou. Le schéma n° 41 construit dans ce but facilitera cette étude.

Il est souvent fort difficile de reconnaître l'artère blessée, remarque déjà faite à propos des plaies de la région parotidienne. Supposez, par exemple, que la plaie du cou siège dans le lieu correspondant au point P: vous voyez que trois grosses artères sont superposées: le sang provient-il de la carotide primitive, de la thyroïdienne inférieure ou de la vertébrale? Impossible de le savoir. Supposez même une plaie du cou légèrement oblique ou occupant la ligne médiane: il sera quelquefois difficile, en raison des nombreuses anastomoses qui existent d'un côté à l'autre, de savoir si la blessure porte à droite ou à gauche; — et comment se rendre maître de l'hémorragie, si on ne connaît ni l'artère blessée, ni même le côté du cou blessé? On conçoit donc combien le praticien doit être embarrassé dans ces cas obscurs.

Il semblerait *à priori* qu'en plaçant une ligature sur le tronc de la carotide primitive on se rendrait maître du sang: oui, si l'hémorragie provient de la blessure de cette artère ou de l'une des branches qui en naissent, mais supposez que l'artère intéressée soit la vertébrale, ou que cette dernière soit blessée en même temps que la carotide, à quoi servira la ligature, puisque la vertébrale provient de la sous-clavière? De plus, il est aisé de comprendre d'après la figure 41 que dans l'hypothèse, par exemple, d'une blessure de la thyroïdienne inférieure ou de la carotide elle-même, une ligature de la carotide primitive placée au-dessous de la plaie artérielle n'arrêtera pas l'hémorragie d'une manière définitive, en raison des nombreuses communications entre elles des artères de droite et de gauche.

Il résulte de cette courte discussion que, dans toute plaie artérielle du cou, le seul traitement rationnel est la ligature dans la plaie des deux bouts du vaisseau divisé.

Le même raisonnement est *à fortiori* applicable aux hémorragies secondaires.

Il faut toutefois reconnaître que la ligature dans la plaie présente souvent de grandes difficultés, surtout dans une région où l'hémotase préventive est à peu près impraticable, si ce n'est peut-être sur la carotide primitive. Heureusement nous possédons aujourd'hui un excellent moyen hémostatique à la portée de tous les praticiens, la forcipressure. Si donc, en présence d'une plaie artérielle du cou, la ligature des deux bouts est trop difficile ou impossible, il faut appliquer sur le vaisseau une pince hémostatique et la laisser en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures.

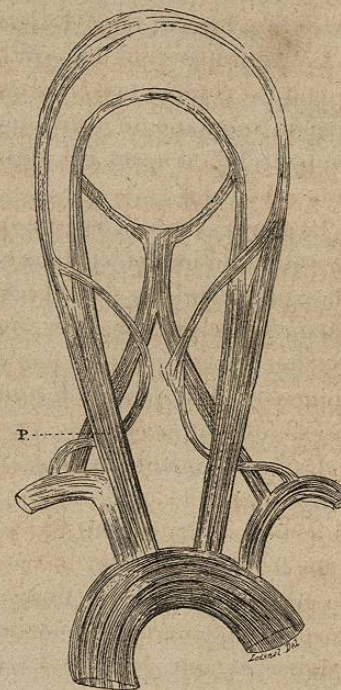


Fig. 41. — Schéma représentant la disposition générale des artères du cou envisagées surtout au point de vue de leurs anastomoses.

P, lieu de superposition des trois artères: carotide primitive, thyroïdienne inférieure et vertébrale.

B. Fracture et luxation des vertèbres cervicales. — Ces lésions sont heureusement fort rares, car elles entraînent souvent une mort immédiate ou rapide par compression du bulbe, de la moelle cervicale, ou le développement d'une myélite consécutive.

Le blessé a été en général soumis à un violent traumatisme : chute sur la tête qui a été portée dans une flexion ou dans une extension forcée; choc d'un corps pesant sur la nuque.

Ce qui frappe tout d'abord le praticien, c'est l'attitude du blessé : le cou est comme tassé, la tête est immobilisée; le moindre mouvement spontané ou provoqué occasionne une très vive douleur. On peut déjà d'après ces signes soupçonner une lésion des vertèbres cervicales.

Explorez alors la région postérieure du cou en retournant le blessé tout d'une pièce dans son lit. Si la lésion porte sur les deux ou trois premières vertèbres, cette exploration ne vous fournira aucun renseignement, les vertèbres étant trop peu accessibles au toucher; vous pourrez par contre vérifier l'état des apophyses épineuses des quatre dernières et constater si l'une d'elles est déviée ou enfoncée.

Explorez ensuite la face antérieure de la colonne vertébrale en introduisant le doigt dans la bouche. Rappelez-vous que l'arc antérieur de l'atlas fait un relief très appréciable situé exactement dans le prolongement de la voûte palatine; au-dessous du relief se trouve le corps de l'axis; vous pouvez également toucher le corps de la troisième vertèbre cervicale et quelquefois même de la quatrième, qui répond à l'orifice supérieur du larynx. Or, lorsque la tête est droite (si elle était en rotation, vous pourriez sentir les masses latérales de l'atlas, ce qui serait une cause d'erreur), la face antérieure de la colonne est lisse et régulière: si donc vous trouvez une saillie de l'un des corps vertébraux dans le pharynx, c'est qu'il y a déplacement de la vertèbre en avant. Ce signe est en réalité le seul qui permette de reconnaître une luxation. Lorsqu'il n'est pas appréciable, ce qui a lieu pour la luxation des trois dernières vertèbres (et c'est au niveau de la sixième que la luxation est le plus fréquente), on ne saurait affirmer si l'on a affaire à une fracture ou à une luxation, à plus forte raison est-il impossible de savoir sur quelle partie de la vertèbre porte la fracture.

Le diagnostic devient encore plus vraisemblable, si aux signes physiques précédents se joignent des symptômes médullaires, des phénomènes paralytiques.

Je ne puis m'empêcher de rappeler ici le cas remarquable de luxation de la sixième vertèbre cervicale que j'observai à Saint-Antoine en 1868 et que je communiquai à la Société de chirurgie. Le blessé, qui faisait avec sa famille une partie de campagne, subit sur la tête une certaine pression en jouant à saute-mouton et fut immédiatement paralysé des quatre membres. A l'autopsie je constatai que la face supérieure de la septième cervicale, au lieu d'être horizontale, présentait un plan incliné en bas et en avant sur lequel avait glissé la sixième. Ce cas parut être d'origine pathologique à quelques-uns de mes collègues, et cependant le malade ne présentait alors et n'avait jamais présenté antérieurement aucun signe de mal de Pott, ni d'affection de la colonne vertébrale.

Quel traitement convient-il de faire à ces blessés? Rien ordinairement que d'assurer l'immobilité la plus complète. Faut-il réduire le déplacement? Non certainement, s'il n'y a pas de troubles médullaires. Mais, s'il existe une compression de la moelle? Comme en définitive la mort est très probable, je ne verrais pas d'inconvénient à exercer sur la tête une certaine extension pendant qu'un aide maintient les épaules. Si l'on sentait dans le pharynx une saillie formée par le corps déplacé, une pression directe exercée avec le doigt pendant la manœuvre faciliterait sans doute la réduction, mais j'en suis réduit sur ce point à des hypothèses.

C. Fracture de l'os hyoïde et des cartilages du larynx.

— Je me contenterai de dire que dans une forte contusion du cou le corps ou les cornes de l'os hyoïde peuvent être fracturés, accident d'une rareté extrême en raison de la mobilité de cet os. D'ailleurs la fracture ne présente par elle-même aucune indication spéciale et n'offre d'autre gravité que celle qui résulte des lésions concomitantes.

Il n'en est pas de même des *fractures du larynx*.

Sans être fréquentes, ces fractures sont beaucoup moins rares que celles de l'os hyoïde. Elles portent en général sur le cartilage thyroïde et reconnaissent pour cause habituelle une violente pression latérale, la tête étant fixée. Le cas que j'ai observé et publié en 1885 (*Gazette des Hôpitaux*, n° du 26 mars) était relatif à un charretier ayant eu le cou serré entre le sol et la roue de sa voiture qui était passée en écharpe sur la tête. On en conçoit facilement le mécanisme. Un coup de poing, une forte pression avec la main dans une rixe, peuvent aussi la produire.

Le blessé présente en général l'attitude d'un sujet qui a subi un grand traumatisme : il est couché immobile sur le dos et dans une sorte de résolution. Il est atteint de dyspnée plus ou moins intense ; il est aphone. La région laryngée est tuméfiée, ecchymosée, et offre des traces de contusion. Au toucher on constate de l'emphysème du cou et, si l'on saisit le larynx entre le pouce et l'index, on perçoit de la crépitation. Le diagnostic est donc facile.

Surveillez attentivement votre blessé, car il est probable que la dyspnée augmentera et la trachéotomie deviendra indispensable : tenez donc tout prêts les instruments nécessaires. Si même vous n'étiez pas certain d'être présent et de pouvoir lui prêter secours au moment opportun, il serait préférable de pratiquer la trachéotomie préventive, dans la crainte d'arriver trop tard. C'est à cela que se borne le traitement de la fracture du larynx, qui par elle-même n'est pas grave. S'il n'existe pas d'autre traumatisme, les blessés guérissent en général rapidement et peuvent même recouvrer la voix, ce qui fut le cas de mon malade.

2° INFLAMMATIONS DU COU.

Les affections inflammatoires du cou portent sur les parties molles ou sur le squelette. Sur les parties molles, ce sont : le phlegmon et les abcès ; sur le squelette : l'arthrite cervicale et spécialement l'arthrite occipito-cervicale appelée encore *mal sous-occipital*.

On y trouve encore les affections propres à toutes les régions, des furoncles, des anthrax, qui ne présentent en général rien de spécial. Il convient cependant de faire une exception pour l'anthrax de la nuque que le praticien rencontre fréquemment et sur lequel je dois m'arrêter un instant.

L'*anthrax de la nuque* emprunte une gravité particulière à son voisinage avec la cavité crânienne. Des veines émissaires font communiquer à ce niveau les deux circulations veineuses extra et intra-crâniennes, d'où la production possible de phlébite susceptible de se propager aux sinus de la dure-mère, de produire une thrombose et la mort. Réservez donc toujours le pronostic en présence d'un anthrax de la nuque. Lorsque le sujet est en même temps diabétique, ce dont il faut toujours s'assurer immédiatement, le pronostic en est encore aggravé.

L'anthrax de la nuque présente deux formes cliniques : la forme circonscrite et la forme diffuse. Je donne ce dernier nom à l'anthrax qui suit une marche envahissante. Il s'étend souvent alors de la ligne courbe occipitale supérieure à la septième vertèbre dans le sens vertical et d'une oreille à l'autre dans le sens transversal. L'anthrax circonscrit est celui qui, siégeant en général sur la ligne médiane, ne s'étend pas sur les côtés et conserve le volume d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule. On a pu croire et j'ai cru moi-même jadis qu'en intervenant activement au début du mal, en pratiquant de larges et profondes incisions, on arrêtait la marche de la maladie, mais c'est une erreur : l'anthrax, s'il appartient à la variété diffuse, n'en continue pas moins son développement jusqu'à ce qu'il ait atteint les limites que je viens d'indiquer et qu'il ne franchit pas. Notre thérapeutique n'exerce aucune influence sur la marche de l'affection qui se limite d'elle-même. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Il semble qu'une certaine portion de territoire ait été occupée par une invasion de microbes, comme lorsqu'une artère, par exemple, a été oblitérée et que la gangrène poursuit fatalement son chemin jusqu'à une limite que l'on pourrait fixer à l'avance.

Il en résulte que les incisions précoces, abortives, du début, n'ont qu'un seul résultat, diminuer la douleur quand elle est excessive, et encore ce but n'est-il atteint que lorsqu'il s'agit d'un anthrax de la variété circonscrite. Voici en effet ce qui se passe : l'anthrax, je suppose, est médian et mesure 4 à 5 centimètres carrés ; vous pratiquez une incision cruciale en ayant bien soin de dépasser en tous sens les limites du mal, mais dès le lendemain la rougeur et le gonflement débordent les incisions, d'un côté d'abord, puis de l'autre côté. Nouvelles incisions aussi peu efficaces que les premières, et le malade, qui avait espéré un grand soulagement, éprouve un énervement facile à comprendre à la suite de ces opérations successives.

J'en conclus que dans l'anthrax diffus de la nuque les grandes incisions préventives ne sont pas utiles, sont même nuisibles tant que l'affection n'est pas limitée. A ce moment, il est nécessaire de débrider largement pour faciliter la sortie du pus et des produits sphacelés, et de faire des lavages antiseptiques.

L'anthrax circonscrit m'a paru en général peu douloureux, et l'élimination se fait souvent assez bien d'elle-même pour qu'il n'y ait pas lieu de recourir aux incisions à aucune période de son évolution.