

vaincue, de manière que l'ouverture artificielle de la trachée resta spontanément ouverte.

Le malade passa cette journée aussi bien que les précédentes; seulement, le 16 au soir il y eut un peu d'exaspération fébrile.

Le 17, au matin, l'exaspération fébrile du soir précédent était apaisée, et le malade ne conservait plus que son état fébrile ordinaire; mais la spécialité de cet état fébrile lui-même, l'aspect de la face, qui offrait assez de maigreur, la coloration particulière de ses pommettes, la sensation désagréable que laissait au toucher la moiteur de la peau, enfin l'ensemble général et l'absence de toute phlegmasie viscérale: tout inspirait la pensée d'un travail organique intérieur, qu'on ne pouvait localiser, et que cependant on soupçonnait avoir son siège dans le sommet des poumons. Mais l'auscultation ne fournissait aucun signe précis à ce sujet, et le malade, consulté sur son état actuel, se trouvait très-bien. Pour la première fois depuis l'opération, il rendit par la bouche un crachat assez volumineux qu'il avait, dit-il, très-bien senti venir de la poitrine et traverser le larynx.

Ce jour-là, le pus fourni par la plaie, plus abondant qu'à l'ordinaire, était de mauvaise nature; il était terne, presque fluide, et d'un rouge brunâtre. La surface d'opération était elle-même d'un gris sale, blafarde; tout-à-fait au fond de la plaie, au-devant et au-dessous de l'angle inférieur de l'ouverture trachéale, on apercevait une petite excavation creusée par le pus sur le devant de la trachée. Le décubitus dorsal du malade, en plaçant cette partie dans une position déclive, y favorisait la stagnation du pus; de temps en temps celui-ci s'introduisait, sans doute, dans la trachée par l'angle inférieur de son incision, car le malade avait fréquemment des quintes de toux, pendant lesquelles il chassait par la canule et par la plaie une matière

sanieuse purulente, semblable à celle fournie par la plaie. Dans un de ces efforts de toux, le malade rejeta la ligature qui avait été placée le jour de l'opération. Dans l'anse de fil se trouvait compris un peu de tissu blanc-sale mortifié: c'était probablement le bout de l'artère. Je cherchai à prévenir les effets fâcheux de cette stagnation du pus au-devant de la trachée, en plaçant dans l'angle inférieur de la plaie, jusqu'au-devant de cet organe, une mèche de charpie, qu'on renouvela deux fois par jour; dont l'extrémité antérieure était liée et retenue par un fil qu'on fixait sur le haut de la poitrine avec un rond de diachylon; de plus, j'engageai le malade à se tenir autant que possible assis sur son lit, afin que le pus s'écoulât plus facilement en avant.

18. Le lendemain et les jours suivants, nous eûmes la satisfaction de voir que ce moyen avait parfaitement réussi: à chaque pansement on trouvait la mèche entièrement imbibée de pus; le pus et la surface de la plaie reprirent un bon caractère; l'excavation remarquée au-devant de la trachée devint vide de pus, et les quintes de toux disparurent presque complètement.

L'état général du malade était aussi beaucoup amélioré, ce qui faisait penser que la mauvaise qualité du pus, sa stagnation dans la plaie, son introduction dans la trachée, avaient eu la veille beaucoup de part aux symptômes généraux qui avaient laissé une si mauvaise impression.

Le soir, presque point d'état fébrile. Une bonne selle. Bon sommeil la nuit.

Plusieurs fois dans la journée, bouchant lui-même l'ouverture de la canule, le malade nous avait parlé d'une voix haute et bien articulée. Lors même que la canule restait ouverte, il parlait encore de manière à se faire bien comprendre, mais à voix basse. Dans les deux cas, il lui fallait, avant de parler, faire une longue inspiration. Il en était de la respiration comme de la voix, car le 19, la canule étant bouchée, le malade

pouvait respirer par le larynx, tout aussi librement, et sans plus de bruit que par la canule, c'est-à-dire sans presque aucune production de bruit.

L'état de la plaie, l'état général étaient au moins aussi bien que la veille.

20. L'auscultation de la poitrine, faite avec le plus grand soin, ne fournit d'autre résultat qu'une expansion pulmonaire un peu moins complète, un peu plus obscure aux sommets que dans le reste de l'étendue de ces organes. L'état général continuait d'être bon, relativement aux jours précédents, mais néanmoins il laissait encore une impression défavorable d'un peu de caractère hectique, dont on ne pouvait se défendre. La plaie était manifestement resserrée et couverte de toutes parts de bons bourgeons charnus; l'excavation de son fond était rétrécie, mais encore fort profonde, car un stylet recourbé, qu'on portait dans cette excavation, pénétrait jusqu'à un pouce de profondeur, et se trouvait arrêté là par une sorte de cul-de-sac. Toute la partie de la trachée laissée à découvert par la plaie était également couverte de bourgeons charnus; son ouverture, rétrécie par eux, embrassait dès lors exactement le diamètre de la canule. Plus de possibilité que le pus pût pénétrer dans la trachée. Il était tout-à-fait remarquable combien la nature de la suppuration, combien l'état de la plaie, l'état général du malade, et la respiration elle-même s'étaient améliorés depuis que, par l'heureux emploi des mèches de charpie j'avais réussi à attirer le pus au dehors de la plaie.

Les jours suivants, Morin continua d'aller très-bien. Le mouvement fébrile ordinaire et la faiblesse diminuèrent sensiblement. Le 23, il commença de se lever, et marcha un peu; les jours suivants il prit progressivement plus d'exercice, et sentit ses forces augmenter; déjà on lui donnait des soupes,

des potages, des biscuits, du lait. Le 25, on lui permit de manger un peu de poulet avec un peu de pain, et de colorer son eau avec un peu de vin de Bordeaux; il se trouvait très-bien de ce régime.

Malgré l'amélioration notable de l'état général du malade et des voies respiratoires, la respiration conservait beaucoup de fréquence; dans un de ses meilleurs moments elle offrait vingt-huit mouvements par minute. Le malade n'avait pas conscience de cette grande fréquence; au contraire, ne se reportant jamais qu'au temps de sa plus grande orthopnée, c'est-à-dire avant l'opération, il disait que sa respiration était très-facile.

Afin d'observer jusqu'à quel point la respiration pourrait se faire par le larynx, je laissai les jours suivants la canule s'oblitérer insensiblement. A mesure que son calibre diminuait, la respiration devenait plus bruyante, et lorsqu'au bout de quarante-huit heures, son obstruction fut complète, le 29 juillet, nous vîmes la respiration devenir plus fréquente, plus difficile, plus bruyante, et commencer bientôt à revêtir le caractère laryngé qu'elle offrait quelques jours avant l'opération. Alors, nous cessâmes l'expérience.

3 août. L'auscultation de la poitrine, pratiquée avec beaucoup de soin, ne donnait pas plus de résultats que la dernière fois, et laissait seulement une impression douteuse sur le sommet du poumon gauche. MM. Jadioux et Piédagnel partageaient cette impression défavorable. Cependant l'état général du malade était encore amélioré, l'état fébrile était presque complètement cessé, et ses forces, notablement relevées, lui permettaient de se lever et de se promener: chaque jour le malade descendait dans les cours de l'hôpital. La plaie avait marché rapidement vers la cicatrisation, et des bourgeons charnus, s'élevant de toutes parts et se réunissant à ceux de la trachée, étaient venus se mouler sur la surface de

la canule, de sorte que, quand on enlevait celle-ci, il restait un canal charnu, parfaitement régulier, se soutenant de lui-même, offrant un peu plus d'un pouce de longueur, et aboutissant à la trachée. Le malade pouvait très-bien respirer par ce canal; mais la crainte de le voir s'oblitérer faisait qu'on y laissait constamment une canule à demeure. Si celle-ci était peu courbe et un peu longue, le malade accusait une douleur dans la trachée, et se soulageait en retirant la canule un peu en avant, ou bien on était obligé de lui passer une canule qui fût assez courte, et dont la courbure fût assez grande pour que son extrémité n'appuyât pas sur la paroi interne de la trachée, mais restât libre dans sa cavité.

Du 3 au 19 août, le malade continua d'être dans un bon état, interrompu cependant de temps en temps par un peu de fièvre, de malaise, d'affaiblissement. Sur la fin de ce temps, il tomba dans un état d'ennui et de nostalgie, qui lui faisait à chaque instant désirer de retourner dans son pays. Le 19 août, cédant à ses demandes et aux instances de ses parents, on le laissa sortir. Il pouvait alors se suffire à lui-même, sachant très-bien replacer la canule, quand elle venait à se déranger ou à tomber. Les paroles de reconnaissance qu'il nous témoignait à sa sortie étaient prononcées d'une voix plus haute et mieux articulée que jusque là. Ce jour-là, l'auscultation de la poitrine, en outre de l'obscurité, de l'état fort incomplet de l'expansion pulmonaire, du défaut de bruit vésiculaire, observés jusque là, nous fit entendre, en avant du sommet du poumon gauche, un léger râle de craquement, mais seulement dans les fortes inspirations. La sonorité de ce côté de la poitrine était parfaitement bonne.

En sortant de l'Hôtel-Dieu, Morin fut habiter Ivry. D'abord ses forces se rétablirent, son état général parut s'améliorer assez rapidement; mais, malgré les soins dont il ne cessa d'être

tre entouré, malgré le bon régime auquel il fut soumis; l'habitation extrêmement saine dans laquelle il fut placé, et la vie tout-à-fait hygiénique qu'il y mena, cet état fébrile général que nous avons déjà plusieurs fois observé avec inquiétude à l'Hôtel-Dieu reparut, et ne tarda point à revêtir tout-à-fait le caractère hectique. L'amaigrissement, l'affaiblissement progressif, un dévoiement colliquatif abondant, se déclarèrent, et le malheureux Morin, après avoir vu de si près la mort par asphyxie, après avoir échappé aux dangers d'une opération rendue extrêmement grave par les circonstances extrêmes dans lesquelles elle avait été pratiquée, succomba vers la fin de septembre à la marche rapide d'une phthisie aiguë. Il respira jusqu'à la fin par la canule, sans qu'il survint jamais aucun accident de ce côté.

#### AUTOPSIE.

Le médecin d'Ivry qui fut appelé à lui donner les derniers soins (et dont je regrette beaucoup de ne pouvoir me rappeler le nom) fit l'ouverture du cadavre, constata une vaste tuberculisation du sommet des poumons, mais surtout du gauche, observa avec soin le larynx et la trachée, et eut la bonté de nous porter lui-même la pièce à Paris. Je la montrai à M. Trousseau, et je l'examinai avec lui. Nous constatâmes dans ces organes l'état suivant.

#### 1°. Face antérieure du Larynx.

L'os hyoïde et la membrane thyro-hyoïdienne n'offraient aucune altération; les tissus qui recouvraient la partie antérieure du cartilage thyroïde conservaient leur couleur et leur souplesse normales; mais déjà, sur les parties latérales de ce

cartilage, le tissu cellulaire devenait un peu plus épais et un peu plus dense, et les faisceaux musculaires de cette région, appartenant, soit aux thyro-hyoldiens, soit aux constricteurs inférieurs du pharynx, offraient un liquide brun noirâtre et étaient légèrement ramollis. L'espace compris entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le premier anneau de la trachée était occupé par un bourrelet saillant, irrégulier, comprenant dans son épaisseur le cartilage thyroïde, et formé lui-même, comme le démontrait la dissection, par l'induration squirrheuse des parties molles de cette région. Le tissu cellulaire était converti en un tissu blanc sale, d'une consistance semi-lardacée, tandis que les muscles crico-thyroïdiens, crico-aryténoïdiens latéraux, offraient une substance molle, brune, noirâtre, confondue dans l'épaisseur du tissu précédent.

L'induration, le gonflement de ces parties, se continuaient sur toute la partie supérieure de la trachée, sur tous les bords de la plaie de cet organe; mais cette altération, comme si en effet elle eût pris sa source dans le larynx, diminuait à mesure qu'on s'en éloignait; le tissu cellulo-fibreux qui entoure la trachée était sain dans les deux tiers inférieurs de sa longueur.

L'ouverture d'opération de la trachée était béante; ses bords, saillants en avant, étaient comme crénelés, et *chaque dent* de ces crénelures était formée par l'extrémité dénudée des cartilages de la trachée; aucune membrane de cicatrice n'enveloppait la surface d'incision de ces cartilages. Les *intervalles* des crénelures étaient limités par le tissu cellulo-fibreux induré. Son diamètre transversal était de quatre lignes et le vertical de neuf lignes (pied métrique). La partie supérieure de l'incision, terminée en pointe, existait aux dépens du cartilage cricoïde, qui dans l'opération avait été incisé presque jusqu'à son bord supérieur, et dont les deux moi-

tiés, s'écartant inférieurement l'une de l'autre, donnaient à la partie supérieure de la plaie la forme anguleuse dont je viens de parler. Le reste de l'incision comprenait les trois premiers anneaux de la trachée.

La peau de la trachée était différente au niveau et au-dessous de son incision: dilatée dans son diamètre antéro-postérieur, au niveau de la plaie, à cause de l'écartement des bords de l'incision; elle était au contraire fortement aplatie d'avant en arrière, et offrait son diamètre transversal fortement augmenté, en dessous de la plaie.

Des ganglions bronchiques noirâtres, indurés, squirrheux, entouraient l'extrémité de la trachée et le commencement des bronches.

#### 2°. *Face postérieure du Larynx.*

L'épiglotte, presque verticalement placée, et fixe dans cette position, était très-fortement recourbée en gouttière. Le gonflement du ligament aryténo-épiglottique était tel, que l'ouverture supérieure du larynx en était réduite aux diamètres suivants: transversalement, quatre lignes et demie; d'avant en arrière, quatre lignes. Les deux énormes bourrelets qui résultaient de ce gonflement remplissaient complètement les deux excavations qui existent entre la partie postérieure latérale du cartilage thyroïde et l'ouverture supérieure du larynx, comprenaient dans leur épaisseur les cartilages aryténoïdes et les parties adjacentes, s'étendaient jusqu'aux bords de l'épiglotte, et allaient même jusqu'à diminuer, par leur saillie, le diamètre antéro-postérieur de l'œsophage (1). La tuméfaction était au reste beaucoup plus considérable du côté gauche que

(1) Le malade, dans les derniers temps de son séjour à la l'Hôtel-Dieu, s'était plaint d'un peu de difficulté à avaler.

du côté droit. Sa nature était œdémateuse; cependant, dans les parties les plus centrales, les plus profondes, les tissus étaient de plus un peu indurés.

Les cornes postérieures inférieures du cartilage thyroïde (petites cornes) étaient entièrement dénudées et saillantes au milieu des parties molles ulcérées, grisâtres, indurées et décollées, qui les entouraient. Cette partie du cartilage, dans l'étendue de sept lignes, était dure, ossifiée, noirâtre, en un mot, nécrosée. La partie la plus nécrosée était l'extrémité de ces cornes. Tout l'espace compris entre le niveau et le haut de la trachée était occupé par une vaste excavation arrondie, de neuf lignes de diamètre, dont les bords, formés par des tissus dégénérés, d'un noir grisâtre, laissaient voir dans le fond, tout-à-fait à nu, toute la partie postérieure du cartilage cricoïde ossifiée, et convertie en une nécrose, dont une partie était déjà complètement isolée par le travail d'élimination, et contenue dans une espèce d'excavation à parois solides, mais non osseuses; en un mot, c'était un véritable séquestre.

La paroi postérieure ou membraneuse de la trachée, de même que le tissu cellulo-fibreux de la partie antérieure, était fortement épaissie et indurée, au point d'offrir trois lignes d'épaisseur; cette épaisseur diminuait d'autant plus qu'on s'éloignait davantage du larynx. La couche musculaire de cette paroi en constituait la plus grande partie, et offrait ses faisceaux séparés par des stries blanchâtres, qui allaient se perdre, d'une part dans la couche sous-muqueuse, et d'autre part dans la couche cellulo-fibreuse antérieure; ces stries n'étaient autre chose que le tissu cellulaire inter-musculaire induré.

Les glandes trachéales étaient augmentées de volume, indurées, et à la partie supérieure de la trachée, où l'altération était plus avancée, elles se trouvaient même tout-à-fait con-

fondues avec l'induration squirrheuse des tissus de cette région.

### 3°. *Surface interne du Larynx.*

Toute la partie de l'intérieur du larynx comprise au-dessus des cordes vocales supérieures était gonflée et occupée par des ulcérations fort étendues, mais superficielles, qui donnaient à cette partie un aspect réticulé. Ces ulcérations ne comprenaient tout au plus que l'épaisseur de la membrane muqueuse. Dans leur partie antérieure, les cordes vocales étaient gonflées, de manière à réduire à deux très-petites fossettes les ventricules du larynx; mais, dans leur moitié postérieure, les cordes vocales et les ventricules étaient détruits par une vaste ulcération, qui, de haut en bas, occupait tout le tiers inférieur des ligaments aryéno-épiglottiques, et s'étendait jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, c'est-à-dire comprenait dans son sens vertical seize lignes d'étendue, et treize dans son sens transversal. Le fond de cette vaste surface ulcérée, fort irrégulier, profond de plusieurs lignes dans quelques points, offrait en haut de petits lambeaux de parties molles, saillants, indurés et noirâtres, et en bas une excavation large et profonde, dans laquelle se remarquaient à gauche les fragments nécrosés du cartilage cricoïde. A droite, cette excavation, beaucoup moins profonde, n'était formée que par le décollement des parties molles autour du cartilage ossifié et nécrosé. C'est dans la portion gauche de cette excavation à parois lisses, résistantes, comme cartilaginifiées, que se trouvait contenu le fragment séquestré dont j'ai déjà parlé plus haut.

Au-dessous de la partie antérieure des cordes vocales supérieures, la muqueuse laryngée était parsemée de petites ulcérations superficielles, occupant tout au plus l'épaisseur de cette membrane, et disposées par petites plaques.

Des ulcérations de même forme et de même nature se remarquaient également à la partie supérieure de la trachée, autour de la plaie d'opération (1).

Dans les deux opérations de trachéotomie dont le présent volume contient la description, j'ai introduit dans le procédé opératoire ordinaire certaines modifications qui m'ont paru donner plus de sécurité au malade et à l'opérateur, et prévenir quelques accidents qui peuvent avoir lieu pendant ou après l'opération. De plus, l'observation attentive des deux malades et de ceux que j'ai vus être opérés par d'autres personnes, m'a fait remarquer quelques faits pratiques qu'on néglige dans les ouvrages de chirurgie, à cause de leur caractère de détails, et

(1) Quant à cette incision elle-même, resserrée dans son diamètre transversal, par l'écartement mécanique imprimé à la partie postérieure des cerceaux cartilagineux, pour faire voir l'intérieur de l'organe, elle offrait sur ses bords, les extrémités saillantes et dénudées des cerceaux incisés par l'opération; mais cette dénudation avait lieu dans une plus grande étendue que pour la partie antérieure de la trachée, et de plus, vers l'angle inférieur de l'incision, elle se changeait en une véritable érosion, qui, après avoir détruit la muqueuse dans une surface de près de six lignes, avait mis à nu et creusé en gouttière la face interne des deux cerceaux cartilagineux situés au-dessous de l'angle inférieur de la plaie trachéale. Cette érosion comprenait presque toute l'épaisseur du premier de ces cerceaux. Il était évident que cette perte de substance était l'effet de la pression et du frottement continuel de la partie antérieure du corps de la canule contre cette partie de la trachée; il paraît même que la canule se trouvait ordinairement un peu inclinée de côté, car l'érosion dont je parle était plus prononcée à gauche qu'à droite. Du reste, il paraît aussi que la canule ne portait sur aucun autre point de la trachée, et que sa pointe, ramenée par une courbure convenable au centre de ce canal, y restait libre, sans jamais heurter ses parois, car il n'existait d'ulcération ni d'érosion dans aucune autre partie de cet organe.

qui cependant sont utiles dans la pratique, surtout pour le médecin qui est appelé pour la première fois à donner ses soins à des malades de ce genre. Ce sont ces modifications dans le procédé de la trachéotomie, ce sont ces quelques faits pratiques qu'on va trouver exposés dans cet article.

Avant de pratiquer la trachéotomie, il y a de l'avantage à avertir le malade qu'à un certain moment de l'opération il ne pourra plus parler, mais que cette perte de la voix, nécessaire, prévue, n'est que momentanée. Sans cette précaution, étonnés par cette subite impossibilité de proférer aucune parole, et tout disposés à la considérer comme un accident fâcheux, irrémédiable, plusieurs tombent dans un état de désordre nerveux qui peut nuire au succès de l'opération.

Dans ces cas, si l'opération a pu être préméditée, il est bon d'accoutumer d'avance le malade à faire, quand on le lui demande, de larges et profondes inspirations, afin qu'il puisse mettre ce précepte en pratique pendant l'opération, car on ne saurait croire combien cette manœuvre du malade est capable de faciliter la tâche de l'opérateur.

On peut diviser en quatre temps l'opération de la trachéotomie : 1° l'incision des parties molles extérieures; 2° l'incision de la couche cellulo-vasculaire qui recouvre immédiatement la trachée; 3° l'ouverture et puis le débridement de celle-ci; 4° l'introduction de la canule.

#### 1°. *Incision des parties molles extérieures.*

Il faut que l'angle inférieur de la plaie de la peau repose sur la fourchette du sternum, que l'incision des parties molles sous-cutanées descende moins bas, et la plaie de la trachée moins bas encore, de manière à ce que la plaie, dans sa totalité, offre une sorte de plan incliné, au moyen duquel le sang,

le mucus et le pus s'écoulent facilement au dehors ; dans les conditions contraires, le pus s'accumule au fond de la plaie, juste au devant de la trachée qu'il dissèque, et trouvant de ce côté une ouverture plus déclive qu'au dehors, il pénètre dans les bronches par l'angle inférieur de la plaie trachéale, est absorbé, influence d'une manière fâcheuse l'état général du malade, et provoque des accès de toux très-fatigants, et quelquefois des hémorrhagies inquiétantes, à cause de la facilité avec laquelle le sang pénètre dans la trachée. Ces accidents ont été portés à un très-haut degré chez le malade de l'Hôtel-Dieu ; j'ai pu les éviter facilement chez la malade de la Pitié, en suivant le précepte que je viens d'indiquer. Cette pratique a d'ailleurs l'avantage de favoriser les manœuvres du bistouri dans le fond de la plaie, et de permettre plus facilement à l'opérateur d'explorer avec le doigt les artères de cette région, telles que la thyroïdienne moyenne, quand elle existe, ou bien celles qui peuvent s'y trouver par anomalie, comme le tronc brachio-céphalique ou l'origine de la carotide droite. Cette pratique n'a du reste aucun désavantage, car on ne peut considérer comme tel quelques lignes de plus de cicatrice.

Pour réduire à leur plus simple expression les chances d'ouverture des veines et des artères, surtout de l'artère thyroïdienne moyenne, qui ordinairement, quand elle existe, suit une direction verticale, il faut avoir le soin de pratiquer les incisions secondaires suivant la même ligne que la première incision ; mais, si le toucher a pu faire reconnaître l'existence d'une thyroïdienne moyenne, on aura dû faire cette première incision un peu à côté de l'axe de l'artère. C'est ainsi que nous avons pu, chez le malade de l'Hôtel-Dieu, éviter de blesser l'artère thyroïdienne moyenne, que sa pulsation faisait reconnaître.

Cependant il est des cas dans lesquels il convient de chan-

ger, quelquefois même à plusieurs reprises, la direction de l'instrument : ce sont ceux dans lesquels des veines plus ou moins volumineuses apparaissent sur le fond ou sur les côtés de la plaie, sous forme de cordons noirâtres, sinueux, alternativement gonflés et dégonflés. Il est souvent possible, soit en éloignant un peu de ces veines l'action du bistouri, soit en les attirant en dehors ou de côté avec des pinces, d'éviter leur blessure, dont la conséquence est toujours une hémorrhagie fort embarrassante pour le reste de l'opération. Autant que la chose est possible, il est bien, surtout, de recommander au malade de larges et profondes inspirations, et de profiter de ces moments pour mouvoir le bistouri dans le voisinage de ces veines, parce que alors elles se dégorgent et s'éloignent de l'instrument, tandis que, au moment de l'expiration, elles se gonflent tout-à-coup et viennent d'elles-mêmes brusquement se présenter au tranchant du bistouri. C'est en agissant ainsi que nous avons pu, chez la femme de la Pitié, éviter la blessure d'une grosse veine, qui se montrait au fond de la plaie. J'ai vu M. Trousseau éviter ainsi avec beaucoup de bonheur l'ouverture de ces veines.

La position du malade qui fait le plus facilement découvrir, favorise le plus à l'opérateur la découverte de l'incision de la trachée, est le renversement de la tête en arrière et la saillie du col en avant ; mais cette situation rend la respiration beaucoup plus difficile, et comme de ces deux circonstances, facilité de respiration, position du col la plus avantageuse à la découverte de la trachée, l'une doit nécessairement être sacrifiée à l'autre, il importe de choisir entre les deux. Or, il est incontestablement plus avantageux pour la bonne exécution et pour le résultat de l'opération que l'on choisisse de préférence la position dans laquelle le malade pourra respirer avec le plus de facilité et de régularité possible.