

celui que nous avons sous les yeux il faudrait transfixer profondément toute la masse du viscère sur plusieurs points et s'exposer ainsi à produire de graves désordres. *Je pense que le mieux est de créer au-dessous du foie une cloison séreuse artificielle, transversale, d'une longueur suffisante pour prévenir tout déplacement ultérieur.* J'y parvins sans difficulté en adossant immédiatement au-dessous de l'organe réduit, le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec son feuillet postéro-latéral, au moyen de fils de soie à anses séparées comprenant ces séreuses, et partout où cela est possible une certaine épaisseur de tissu fibro-celluleux ou fibreux. Je renforce ensuite cette suture par un surjet de catgut. Ainsi se trouve formé un plancher solide, séparant complètement la nouvelle loge hépatique du reste de la grande séreuse et ne gênant en rien le fonctionnement des canaux biliaires. Ce cloisonnement artificiel a été d'autant plus facile à établir que la glande hépatique, en se luxant dans le bassin, avait repoussé devant elle le côlon ascendant et le transverse de droite à gauche et qu'elle avait largement dilaté toute la séreuse du côté latéral droit de l'abdomen.

« Bien entendu, les aiguilles et les fils qui ont servi aux sutures ont été passés par l'ouverture faite au péritoine, au niveau de l'incision abdominale; cela nous permet de refermer ensuite la plaie péritonéale par un nouveau surjet de catgut et d'intercepter toute communication de la cavité avec l'extérieur. »

En somme, comme le dit Robin-Massé¹ qui complète la description de Péan, pendant que d'une main : « un aide soutenait le foie et le maintenait dans sa position normale, de l'autre main il soutenait 3 ou 4 languettes placées transversalement sur le péritoine postérieur, y déterminant un pli dont le sommet pouvait, sans tiraillement, se mettre au contact du péritoine antérieur, un peu au-dessus de la lèvre supérieure de l'incision transversale. Il était suturé en cette position (fig. 24), au moyen d'anses séparées de soie, un surjet de catgut renforçant cette première ligne de suture. L'application temporaire de pinces pour former ce pli péritonéal et l'amener au contact du péritoine présente cet avantage que, jusqu'à la fin de la suture, le péritoine non encore fixé est soutenu par ces pinces et ne pèse pas sur les premiers points. La dernière pince est enlevée quand le dernier fils est rogné. Quand ce temps est achevé, la face

(1) ROBIN MASSÉ, *Du traitement chirurgical de l'hépatoptose totale.* (Procédé Péan.) Thèse de doctorat, Paris, 1898.

inférieure du foie se trouve reposer sur une large sangle transversale et antéro-supérieure qui la sépare du reste de la cavité abdominale. »

Reste à savoir si cette méthode sera toujours applicable. La manœuvre est rendue facile par la laxité considérable que présente dans certains cas le péritoine postérieur.

Péan avait apporté à sa première manière d'opérer une légère modification : « Au lieu de pincer le péritoine pariétal postérieur et de former avec lui un pli qu'il amène au contact du péritoine antérieur, il a incisé son péritoine postérieur; il mobilise la lèvre supérieure et la fixe par des anses séparées de soie fine au péritoine pariétal antérieur en passant ces fils à travers les muscles et le périoste des côtes qui forment le bord antérieur du thorax. Il obtient ainsi une belle cloison transversale qui soutient le gros lobe et la partie voisine du foie. Il ne lui reste plus qu'à fermer la cavité péritonéale au-dessous de cette cloison, ce qui est facile, grâce à la mobilité de la lèvre inférieure du péritoine postérieur divisé qui lui permet de l'attirer et de le suturer au péritoine pariétal antérieur. »

C'est à un procédé analogue de formation d'une cloison séreuse sous-hépatique que F. Terrier a eu recours chez une jeune fille de vingt-cinq ans, qu'il opérait en 1898, pour un foie mobile.

« On relève le foie et on le met en place sous le diaphragme. Un aide maintient l'organe réduit. On attire alors vers la paroi péritonéale latérale droite, la partie droite de l'épiploon, qui vient former une sorte de sangle sous le foie et surtout sous son lobe droit hypertrophié. Cette sangle est maintenue par des sutures en anse attirant l'épiploon et le mettant en contact avec la paroi latérale droite sous-hépatique. Il en résulte un plancher formé par l'union de l'épiploon et du péritoine pariétal, plancher maintenant le foie réduit. »

La malade fut revue plusieurs années (2 ans) après l'opération; la fixation du foie était parfaite et les troubles digestifs avaient complètement disparu.

TABLEAU I. — Cas d'hépatopexie simple.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Arelza, 1896.	H. 20 ans.	Tumeur hépatique énorme située dans l'hypocondre droit, lisse, mobile, aux crises douloureuses, vomissements, ictere. Diagnostic: kyste hydatique du foie.	<i>Laparotomie</i> : on trouve un foie mobile. Fixation du foie à la paroi abdominale avec 4 fils de soie. Cautérisation des organes au thermocautère pour obtenir de solides adhérences.	<i>Guérisson</i> . Le malade revu cinq ans après l'opération est en bon état et le foie est demeuré fixé en place.
Blanc, 1897.	F. 35 ans.	Présente des accès fébriles avec frisson violent, vomissements bilieux qui firent craindre l'existence d'un abcès du foie, volumineux pendant les accès. Entre les accès, foie gros, abaissé, mobile. Un ictere léger était dû à la consistance dure des voies biliaires et à la rétention qui s'en suivait.	Incision verticale sur le bord externe du muscle droit. Foie dur, étranglé, en sablier. Avant de penser aux sutures, on gratta au bistouri la face antérieure du foie et la face interne des fausses côtes pour adosser des surfaces vivées. 3 fils de soie n° 3 sont introduits à un demi-centimètre de profondeur dans le foie et passés entre les cartilages des fausses côtes. 3 autres fils de soie fixent le foie à la partie supérieure de l'incision en comprenant le péritoine et le plan musculo-aponévrotique.	<i>Guérisson</i> . Résultat parfait obtenu. Les douleurs et les poussées fébriles n'ont pas reparu depuis l'opération, c'est-à-dire depuis 18 mois.
Bobroff, 1895.	F. 50 ans.	Douleurs violentes à droite. Ictère. Faiblesse générale. Marche et position assise très pénibles. La limite inférieure du foie tombe presque à la crête iliaque. Diagnostic: déplacement du foie.	<i>Laparotomie</i> : Sutures du foie avec deux fils de soie très gros passés dans toute l'épaisseur du foie, et fixés à la 9 ^e côte. On labourea la face supérieure du foie avec l'aiguille à sutures pour favoriser les adhérences.	<i>Amélioration</i> . Aussitôt après l'opération l'ictère diminue, la marche marche sans douleur. Mais l'ictère a reparu; la malade ne souffre pas lorsqu'elle marche, mais lorsqu'elle est couchée ou qu'elle se repose, d'habitude.
J. L.-Championnière, 1897.	F. 35 ans.	A la suite du port d'une lourde charge: malaise, sensation d'étouffement, douleur dans le ventre. Le malaise augmentant, le malade reste au lit une huitaine de jours. Depuis lors, constipation, pesanteur dans le ventre. Douleur sous forme de tiraillement au creux épigastrique. Tiraillement en arrière du sternum jusqu'au niveau de la base du cou. Ventre pendant, éventration de la ligne blanche; le foie facile à reconnaître descend par son lobe droit jusque dans la fosse iliaque; il est assez mobile.	<i>Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale</i> . 9 fils de catgut servirent à fixer le foie: 4 pour le lobe droit, 3 pour le lobe gauche, les 2 autres furent passés dans le ligament suspenseur de manière à le soulever et le fixer à la paroi. C'est le bord antérieur du foie qui est fixé à la paroi abdominale. On touche à l'aide d'une éponge trempée dans une solution phéniquée forte (1/20) la surface péritonéale et hépatique.	<i>Guérisson</i> . La malade, revue quelques semaines après l'opération, était en bon état. Les troubles douloureux avaient disparu. La malade est revue le 1 ^{er} mai 1897: son état est excellent, tous les accidents ont disparu. Le foie est demeuré en place.
H. Delagènière, 1897.	F. 30 ans.	Grande faiblesse générale. Troubles de la menstruation. Cachexie. Perte d'appétit, vomissements. Douleur constante au creux de l'estomac. Ventre distendu à droite, par une tumeur; elle se continue en haut avec le foie, et descend jusque dans la fosse iliaque droite. Dure, résistante, légèrement mobile.	<i>Opération</i> . Incision verticale de 15 centimètres. La tumeur est le foie mobile augmenté de volume, cirrhotique. L'organe peut être réduit facilement à sa place normale. Delagènière fait en somme deux opérations. Dans un premier temps il remédie à la chute du foie en fixant l'organe au rebord costal par 6 catguts passés dans son épaisseur. Dans un deuxième temps, il crée une fistule biliaire temporaire pour remédier à la cirrhose.	<i>Guérisson complète</i> . Les renseignements fournis à la date du 8 mars 1897 (15 mois après l'opération) portent: état général excellent, aucun trouble digestif, le foie occupe sa situation normale. La solidité n'a pas été compromise par une grossesse survenue depuis l'opération.
Desguin, 1892.	H. 23 ans.	Depuis des années, douleurs intolérables du flanc et de l'hypocondre droits. Ces douleurs sont telles que le malade menace d'attenter à ses jours.	Le chirurgien se proposait de fixer la capsule du foie au péritoine pariétal et voulait aussi pratiquer le raccourcissement du ligament falciforme. Des accidents d'origine chloroformique gênèrent les manœuvres chirurgicales; quelques points de fixation furent placés tant bien que mal.	<i>Mort</i> par péritonite aiguë.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Franké, 1896.	F. 23 ans.	Depuis un an la malade se plaint de douleurs variables dans la cavité abdominale. Elle sent en même temps une tumeur qui se déplace dans son ventre. On rencontre au-dessus des côtes une tumeur du volume du poing, très mobile. Le diagnostic est : rein mobile malade.	Incision lombaire pour pratiquer la fixation du rein; on reconnaît l'erreur du diagnostic, le rein est normalement placé. On reconnaît qu'il s'agit du foie. On pratique alors la laparotomie et on incise parallèlement au rebord costal. On trouve le foie tombé et mobile. Le foie fut suspendu à la paroi abdominale par 9 fils de catgut placés à environ un centimètre et demi du bord.	<i>Guérison.</i> La malade quitta l'hôpital un mois après l'opération. Le foie est en position normale, les douleurs ont disparu.
Franké, 1896.	F. 41 ans.	Troubles généraux, perte d'appétit, maux de tête, vomissements, diarrhée, douleurs stomacales. Diagnostic, rein mobile qui fut opéré par la fixation, et dont elle guérit. Réapparition des mêmes accidents; on trouve dans le côté droit une tumeur mobile, cette fois on pose le diagnostic de foie mobile.	<i>Laparotomie.</i> Incision parallèle au rebord costal. Le foie était abaissé et présentait un lobe étranglé gros comme le poing, très mobile et rattaché au lobe droit. Difficulté pour réduire le foie dans sa position. On suture le lobe étranglé au bord supérieur de la plaie par 5 sutures. Le lobe gauche fut également fixé par 3 ou 4 sutures.	<i>Guérison complète</i> ayant persisté jusqu'à ce jour.
Lanelongue et Faguel, 1895.	F. 52 ans.	Tumeur volumineuse très mobile dans l'abdomen. Elle affleure presque au niveau du détroit supérieur. Sensation de pesanteur et douleurs abdominales. Troubles intestinaux. Diagnostic: tumeur de l'épiploon, coïncidence avec une cirrhose atrophique probable.	Après laparotomie, on constate qu'il s'agit d'un foie prolévé cirrhotique et très mobile. Pas de ligament falciforme. Avivement de la face convexe du foie. Fixation à la paroi abdominale par 3 points de suture au catgut.	<i>Guérison.</i> Résultats immédiats bons. Deux ans et demi après, la malade a repris ses occupations antérieures, les douleurs ont disparu. Etat général bon. Foie immobilisé. La cirrhose ne paraît pas avoir fait de progrès.

Langenbuch, 1894.	F. (?)	Déjà opérée antérieurement par la néphropexie lombaire pour un rein mobile du côté droit. De nouveau apparaissent des accidents douloureux, localisés à droite et s'irradiant vers les parties voisines. Existence d'une tumeur dans la moitié supérieure droite de l'abdomen. On croit à une récurrence du rein mobile.	Une incision lombaire montre que la tumeur est développée aux dépens du foie. Le rein est en place. On fait alors une <i>laparotomie latérale</i> et on constate l'existence d'un foie mobile; incision transversale des parois abdominales parallèlement au rebord costal. On passe à travers le bord inférieur du foie 8 fils de soie, et on les fixe à la paroi abdominale. Hémorragie à peu près nulle.	<i>Guérison.</i> La malade était complètement rétablie six semaines après l'opération et trois mois après le résultat s'est maintenu d'une façon parfaite.
Legueu, 1898.	F. 31 ans.	Vomissements fréquents. Anorexie. Digestions laborieuses, estomac distendu. Faiblesse générale; état très nerveux. Les deux reins sont mobiles. Le foie est mobile, descendant assez bas dans l'abdomen. Paroi abdominale flasque, relâchée; rétrodéviations utérine.	Tout d'abord néphropexie droite, suivie de <i>guérison</i> . Plus tard, souffrant d'une douleur fixe à l'hypochondre droit, on propose la laparotomie, qui est acceptée. <i>Hépatopexie par le procédé de l'auteur précédemment décrit.</i>	<i>Guérison.</i>
Legueu, 1898.	F. 27 ans.	Crises douloureuses aiguës dans l'hypochondre droit, irradiant vers l'épaule et l'ombilic. Subictère. Lassitude extrême. Foie augmenté de volume, irrégulier, douloureux au palper. Diagnostic. Kyste hydatidique probablement central.	<i>Laparotomie.</i> Foie abaissé. Réduction dans les fausses côtes. <i>Fixation par le procédé de l'auteur</i> , décrit précédemment.	<i>Guérison.</i> La malade revue cinq mois après est dans un bon état; la fixation se maintient, la malade a repris ses forces, son appétit; les douleurs et les troubles nerveux ont disparu.
Lennander, 1900.	F. 65 ans.	Douleurs dans le flanc droit. Constipation croissante. On ne perçoit aucune tumeur.	Incision transversale au-dessous du rebord costal. Le lobe droit du foie descend jusqu'à E I A S. On sent un calcul dans la vésicule. Incision de la vésicule, on en extrait 33 calculs. <i>Cholecystostomie et hépatopexie.</i>	<i>Guérison.</i> La malade revue plus de deux ans après l'opération allait très bien et travaillait sans fatigue.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Lemander, 1900.	F. 56 ans.	Péritonite diffuse purulente du flanc droit, dont le point de départ était une cholecystite gangréneuse d'origine lithiasique.	<i>Laparotomie transversale.</i> Pendant la chloroformisation difficile, presque tout le foie se prolabe dans la plaie opératoire; avant de réduire le foie on frota la surface du diaphragme avec des compresses imbibées de sublimé à 1/1000; thermocautérisation de la face convexe sur une étendue grande comme la main. Résection du foie; fixation de la vésicule à la paroi et drainage. Drainage du ventre avec gaze stérile et tube.	Le foie s'était maintenu en place. <i>Guérison.</i> Quelques mois après, la malade allait bien et le foie se maintenait à sa place.
Gérard-Marchant, 1891.	F. 37 ans.	Opérée antérieurement pour kyste hydatidique du foie par la méthode de Récamier. Tumeur mobile de l'hypocondre droit réductible sous les côtes, et au-dessous de laquelle on sent profondément une seconde tumeur mobile aussi, constituée par le rein. Crises très douloureuses. On décide la laparotomie exploratrice avec l'arrière-pensée de trouver un kyste hydatidique analogue à celui pour lequel la malade avait été opérée une première fois.	<i>Laparotomie</i> en mars 1891. On trouve le foie abaissé et mobile. On le fixe par 4 fils de soie passés dans son bord antérieur et d'autre part dans l'épaisseur du cartilage périhépatique de la côte inférieure à travers la paroi abdominale.	Les phénomènes douloureux persistent et cependant le foie reste fixé en place. En juin, on pratique la néphrectomie. Disparition à peu près totale des phénomènes douloureux. La malade, revue huit mois après, présente de nouveau un abaissement du foie, et cependant elle est complètement ré-
Ramsay, 1897.	F. 29 ans.	Douleurs abdominales et tumeur dans l'hypocondre gauche. Diagnostic: rein mobile.	1 ^{re} opération: néphropexie gauche. Guérison. Revient plus tard souffrant de douleurs abdominales dans le côté droit, tumeur du même côté. 2 ^e opération: néphropexie droite. On trouve le foie mobile. La face supérieure du foie fut frottée avec de la gaze aseptique pour provoquer des adhérences. Suspension du foie à la paroi costale.	<i>Guérison complète.</i>
G. Richelot, 1893.	F. 28 ans.	Tumeur dans la fosse iliaque droite, douleurs abdominales, vomissements bilieux. Tout travail impossible. Malade immobilisée, impotente. Porte, en présence de l'examen physique, le diagnostic de typhlite tuberculeuse.	A l'ouverture du ventre on trouve le foie prolabé et fixé dans la fosse iliaque droite par une plaque de périhépatite localisée. On rompt l'adhérence; on réduit le foie aussi haut que possible et on le fixe à l'aide de 3 fils de catgut passant à travers les couches profondes de la paroi abdominale et d'autre part la zone fibreuse de périhépatite, dont la résistance est supérieure à celle du tissu normal du foie.	<i>Guérison complète.</i> Le foie est resté fixé. La malade marche sans fatigue, sa santé est excellente, les douleurs ont disparu. Elle a été revue trois mois après l'opération.
Routier, 1898.	F. 40 ans.	Douleurs rénales des deux côtés; à droite tumeur mal limitée, qui ne donne pas le vrai ballottement rénal, mais qui ne semble pas être le foie. Il y a comme une zone sonore entre le foie et la tumeur.	<i>Laparotomie latérale.</i> La tumeur est sur le foie violacé, mais normal. Le foie basculé autour de son axe transversal se présente par sa face convexe. On le relève et le fixe par deux points de soie qui le traversent au niveau de son bord libre. Ce bord antérieur est plus gros que normalement et se trouve très au-dessous de l'ombilic.	<i>Guérison.</i> Revue deux ans après, elle ne souffre pas, et paraît être en parfait état.

TABLEAU II. — Cas d'hépatopexie avec reconstruction de la paroi abdominale.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Depage, 1893.	F. 67 ans.	Crises douloureuses. Vomissements. Subictère. Travail impossible. Foie abaissé. Paroi abdominale très flasque.	Incision de la paroi abdominale par un procédé spécial à l'auteur. Le ligament ombilical est suturé dans l'angle supérieur de la plate abdominale de manière à le raccourcir fortement. Les bords de l'incision cutanée réunis lui donnent la forme d'un T.	<i>Guérison.</i> La malade a repris son travail, ne souffre plus; son ventre ressemble à celui d'une jeune fille et son foie reste fixé dans une situation quasi normale.
Depage, 1893.	F. 36 ans.	Douleurs intolérables. Troubles généraux. Subictère. Abaissement du foie. Eventration. Diagnostic: splanchnotose et hépatopexie.	Mêmes détails opératoires.	<i>Guérison complète.</i> Suppression totale des douleurs.
Depage, 1893.	F. 40 ans.	Crises douloureuses. Vomissements. Subictère. Abaissement du foie. Eventration. Signes de l'entéroptose.	Mêmes détails opératoires. Mais ici l'opération est compliquée par la nécessité où l'on se trouve de pratiquer une cholécotomie pour extraire un calcul du cholédoque.	<i>Mort</i> de shock, 32 heures après l'opération.

TABLEAU III. — Suspension par formation d'une cloison séreuse artificielle.

(Procédé de Péan.)

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Péan, 1896.	F. 29 ans.	Douleurs abdominales intenses depuis deux ans. Troubles digestifs. Troubles urinaires. Tumeur dans la fosse iliaque, très mobile, qu'on réduit facilement sous les côtes. La forme et la consistance de la tumeur sont celles d'un rein hypertrophié et luxé. On intervient chirurgicalement, en raison des douleurs.	30 juin 1896. Incision transversale se portant du bord antérieur du carré lombaire dans la direction de l'ombilic, sur une longueur de 43 centimètres. On s'aperçoit qu'on est en présence d'un foie mobile. Le foie est réduit dans l'hypocondre droit; pour l'y maintenir, Péan crée au-dessous de lui une cloison séreuse artificielle, transversale, suffisamment longue. Il adosse le feuillet pariétal antérieur du péritoine avec son feuillet postéro-latéral, au moyen de fils de soie comprenant ces séreuses et une certaine épaisseur de tissu fibro-celluleux ou fibreux.	<i>Guérison.</i> Au Congrès de Chirurgie de Paris, octobre 1896, Péan déclarait la malade complètement guérie. L'opération datait de 3 mois.
Péan, 1897.	F. 49 ans.	11 accouchements. Névralgies très aiguës, troubles dyspeptiques, amaigrissement considérable, nervosisme inquiétant. Le foie est abaissé en totalité jusqu'à la crête iliaque. Diagnostic: luxation totale du foie.	Incision parallèle au rebord costal, à 3 centimètres au-dessous, longue de 15 centimètres. Réduction du foie augmenté de volume sous les côtes. Formation de la sangie péritoneale par le procédé décrit.	<i>Mort</i> le deuxième jour après l'opération.

NOM de L'AUTEUR	AGE, SEXE	SIGNES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
Péan, 1897.	F. 43 ans.	Nervosité extrême, digestions laborieuses, constipation opiniâtre. Utérus antéversé. Foie douloureux à la pression, semble petit.	Incision transversale de la paroi. Le foie est abaissé de façon que sa face supérieure est antérieure, son bord inférieur tourné en dedans et en arrière. La masse hépatique est refoulée difficilement sous les côtes. Formation d'une cloison transversale, qui soutient le gros lobe et la partie voisine du foie.	Guérison.
F. Terrier, 1898.	F. 25 ans.	Troubles de l'estomac qui font penser à une sténose du pylore. Tumeur de l'hypochondre droit, attribuée par les uns à un rein mobile, par d'autres, à une néoformation du foie. Nervosisme très accusé.	Laparotomie. Le foie est abaissé; il a basculé autour de son axe transversal. La face convexe regarde en avant. Le lobe droit est très hypertrophié. Vésicule normale. Le duodénum est abaissé et probablement comprimé, d'où les troubles gastriques. Le foie est mis en place sous le diaphragme; un aide le maintient réduit. On attire vers la paroi péritonéale latérale droite, la partie droite de l'épiploon, qui vient former une sorte de sangle sous le foie et surtout sous son lobe droit. Cette sangle est maintenue par des sutures en anses attirant l'épiploon et le mettant en contact avec la paroi latérale droite sous-hépatique. C'est en somme un plancher formé par l'union de l'épiploon et du péritoine pariétal, qui maintient le foie réduit.	Guérison. Revue plusieurs mois après, la fixation du foie était parfaite. Les troubles digestifs étaient disparus. La guérison se maintient depuis 2 années.

Résultats.

Considérés dans leur ensemble, les résultats des dix-huit observations où l'hépatopexie totale seule a été pratiquée, sont les suivants :

Sur 18 cas, on compte : 15 guérisons, 1 mort, 2 cas incertains.

La mort (observation de Desguin) est imputable à des accidents de péritonite aiguë, de sorte qu'on ne peut tirer de cette observation aucune conclusion sur la valeur thérapeutique de l'hépatopexie.

Il nous reste à examiner dans quelles conditions se sont rétablis les malades que nous considérons comme guéris.

Dans 15 cas, ceux de Langenbuch, G. Richelot, Lanelongue, Enrique Areilza, Franke, H. Delagènière, Just Lucas-Championnière, Blanc, Legueu, Lennander, Ramsay et Routier, l'état des malades est devenu et s'est maintenu très satisfaisant à la suite de l'opération, à tel point qu'on peut considérer ces 15 cas comme 15 guérisons. Il sera facile d'en juger du reste par les renseignements suivants puisés dans les observations des auteurs :

Langenbuch constate que sa malade était complètement rétablie six semaines après l'opération et trois mois après le résultat s'était maintenu d'une façon parfaite.

La malade de G. Richelot était atteinte de fréquents accès de douleur avec vomissements bilieux; au moment de l'opération elle avait cessé tout travail, elle était immobilisée, impotente et réclamait le secours de la chirurgie. « Les suites opératoires ont été nulles; la malade est revue plus de trois mois après l'intervention; la guérison est complète; le foie, resté suspendu où on l'a fixé, débordé les fausses côtes de trois travers de doigt. Le ventre est souple, insensible, et la malade qui avait pris une ceinture et la trouvait gênante, ne veut déjà plus la porter. Elle marche longtemps sans fatigue, et se déclare aussi bien portante que jamais. »

Lanelongue opère sa malade en juin 1892 et à l'occasion de la voir en mars 1895. Depuis son opération (deux ans et neuf mois) les douleurs abdominales ont disparu et elle a pu reprendre ses occupations antérieures. Son foie est prolabé, mais il a totalement perdu sa mobilité. L'état général est bon. De plus, il est un détail important à noter et qui devait assombrir le pronostic : le foie au moment de l'opération était cirrhotique; or la fixation n'en a pas