

contourne ensuite le bord antérieur de l'épine de l'omoplate et se termine dans la fosse sous-épineuse, où elle s'anastomose largement avec la scapulaire inférieure, branche de l'axillaire.

La scapulaire postérieure gagne l'angle supérieur et postérieur de l'omoplate, descend tout le long du bord spinal, et s'anastomose dans la fosse sous-épineuse avec la scapulaire supérieure et la scapulaire inférieure.

La scapulaire inférieure naît de l'artère axillaire, au niveau du bord inférieur du tendon du muscle sous-scapulaire, descend le long de ce bord après s'être distribuée dans les muscles de la région, et s'anastomose avec les deux autres scapulaires.

Les *veines* suivent le trajet des artères.

Les *vaisseaux lymphatiques* se rendent dans les ganglions du cou et de l'aisselle.

Quant aux *nerfs*, ils proviennent du plexus brachial : ce sont le nerf sus-épineux et les branches sous-scapulaires.

La région scapulaire offre peu d'intérêt chirurgical et j'ai dû me contenter d'une simple énumération des organes qu'on y rencontre. Je signalerai spécialement les aponévroses, qui convertissent les fosses en véritables loges ostéo-fibreuses, en sorte que les collections purulentes y sont bien limitées; des fibromes peuvent naître de ces tissus fibreux, et l'angle inférieur de l'omoplate paraît être privilégié à cet égard.

Les fibres musculaires s'insèrent non pas seulement à un point de l'omoplate, mais à toute la surface de cet os, aux crêtes qu'on y trouve; aussi, les fractures du corps de l'omoplate ne s'accompagnent-elles pas de déplacement; les fragments sont maintenus par les fibres musculaires, qui les doublent en dedans et en dehors. Il résulte aussi de cette disposition des muscles que les éclats d'os produits par une plaie d'arme à feu ont moins de tendance à se nécroser et peuvent être abandonnés à eux-mêmes. Cependant, lorsque les plaies suppurent trop abondamment, il ne faut pas hésiter à pratiquer la résection de l'os, soit totale, soit partielle, ainsi que l'a fait trois fois avec succès le Dr Chipault (d'Orléans), pendant la dernière guerre. La résection de l'omoplate a été également pratiquée plusieurs fois pour des lésions organiques. M. Rigaud en a publié une très belle observation. J'ai fait moi-même cette résection, à l'hôpital Beaujon, en 1879, sur une jeune femme dont l'omoplate était farcie d'hydatides. Chose remarquable, l'affection hydatique avait succédé à une contusion de la région, et c'est ce fait qui m'a servi à émettre pour la première fois la proposition suivante : Presque tous les kystes hydatiques, même ceux du foie, reconnaissent une contusion antérieure comme *cause déterminante*.

Une première incision, parallèle à l'épine de l'omoplate, et une seconde, parallèle au bord spinal, conviendraient pour dénuder l'os en procédant d'arrière en avant.

Lorsqu'un sarcome s'est étendu aux diverses régions de l'épaule et a envahi l'omoplate, l'ablation présente de telles difficultés que nous les considérons comme insurmontables. M. Berger a le mérite d'avoir reculé les limites de l'intervention en enlevant tout le membre supérieur avec sa racine par une opération qu'il a appelée *amputation inter-scapulo-thoracique*. La principale précaution à prendre est d'assurer l'hémostase; aussi, après avoir réséqué la partie externe de la clavicule, M. Berger pose-t-il une double ligature sur