

est à peu près équilatéral. Les bords sont formés : en dehors par le couturier, en dedans par le premier ou moyen adducteur; la base, dirigée en haut, répond à l'arcade crurale; le sommet, formé par la rencontre des deux muscles précédents, est situé à 15 centimètres environ au-dessous de l'arcade. Les vaisseaux fémoraux sont étendus de la base au sommet du triangle et le coupent à la manière d'une bissectrice. Les deux muscles sont recouverts par le feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale, qui s'étend d'un bord à l'autre.

Le triangle musculaire profond inscrit dans le précédent est limité : en dehors par le muscle psoas, en dedans par le pectiné; la base, dirigée en haut, répond également à l'arcade crurale, et le sommet résulte de la rencontre à angle aigu de ces deux muscles. Ils sont recouverts par le feuillet profond de l'aponévrose fémorale, qui se confond intimement avec leur gaine propre. Les vaisseaux fémoraux, étendus de la base au sommet du triangle, occupent le fond de la gouttière que forment ces deux muscles par suite de l'inclinaison de leurs faces respectives vers l'axe du membre.

On a rencontré des ossifications du psoas, du droit antérieur, et principalement des adducteurs. Le moyen adducteur est de beaucoup le plus fréquemment atteint de l'ostéome désigné sous le nom d'*ostéome des cavaliers*. Sans repousser complètement l'hypothèse de la myosite ossifiante, il est plus probable que la cause réside dans un arrachement du périoste au niveau de l'insertion du muscle au pubis.

J'ai vu plusieurs malades atteints d'une rétraction du moyen adducteur, que je ne saurais mieux comparer qu'à celle du sterno-cléido-mastoïdien. Il en était résulté une flexion et une adduction permanentes de la cuisse. On pourrait, comme pour le torticolis, pratiquer la section du tendon.

*Vaisseaux fémoraux.* — Le triangle inguinal se trouve, ainsi que nous venons de le voir, formé par les deux plans de muscles qui délimitent chacun un espace triangulaire que parcourent de la base au sommet les vaisseaux fémoraux. Ces derniers se trouvent recouverts dans la région de l'aîne par les couches suivantes : la peau, la couche grasseuse sous-cutanée, dont l'épaisseur est très variable suivant les sujets, les deux lames du fascia superficialis, entre lesquelles se trouvent les ganglions lymphatiques superficiels, et le feuillet superficiel du fascia lata. Il est des individus chez lesquels ces couches sont tellement minces que l'artère fémorale bat, en quelque sorte, à fleur de peau, et forme relief sur les sujets injectés; chez d'autres, au contraire, par suite de l'abondance de la graisse ou de l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, l'artère est située profondément, ce qui rend la ligature de ce vaisseau fort difficile, d'autant plus qu'il n'y a nul point de repère précis, surtout vers la base du triangle de Scarpa : le couturier et le moyen adducteur sont, en effet, trop éloignés des vaisseaux en ce point pour pouvoir servir de guide. Dans les cas ordinaires, la direction connue de l'artère est à peu près le seul point de ralliement.

L'*artère fémorale* commence immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, où elle se continue avec l'iliaque externe; elle se dirige obliquement en bas en dedans et un peu en arrière, et sa direction est représentée par une ligne étendue de l'éminence ilio-pectinée au bord postérieur de la face interne du condyle interne du fémur. Il faut savoir, toutefois, que cette obliquité de l'artère n'est que relative, car, si sur le squelette on attache un fil à plomb à l'éminence