

C'est également aux orteils que l'on observe le plus ordinairement la gangrène produite par congélation. J'ai, le premier, signalé l'atrophie des muscles de la jambe, qui est parfois la conséquence d'une congélation, même très limitée, et l'on fera bien de toujours porter, dans ces cas, un pronostic réservé.

Au niveau de la commissure des orteils et sur leurs faces latérales se développent souvent des plaques muqueuses qui exhalent une odeur infecte. Une sueur profuse des pieds peut produire des ulcérations presque analogues.

Les articulations métatarso-phalangiennes sont conformées d'après le même type que celles des doigts ; elles appartiennent au genre énarthrose. Du côté du métatarsien, on trouve une tête volumineuse et dont la dimension est loin d'être en rapport avec la cavité offerte par la phalange. Elle est aplatie dans le sens transversal, séparée du col de l'os par un col anatomique très accusé, et recouverte d'un cartilage d'encroûtement qui se porte plus en arrière sur la face inférieure que sur la face supérieure.

La cavité glénoïde de la phalange est agrandie par un fibro-cartilage analogue à celui que j'ai signalé en étudiant les doigts, et les têtes des cinq métatarsiens sont unies entre elles par une bandelette transversale, le *ligament transverse*.

L'interligne articulaire métatarso-phalangien décrit une courbe à convexité antérieure, dont le sommet répond au deuxième orteil. Il est important de noter que la commissure des orteils est plus longue que celle des doigts ; la membrane interdigitale embryonnaire a persisté dans une certaine étendue. La distance qui sépare la peau de la surface articulaire est d'environ 2 centimètres. Cette disposition doit être mise à profit dans la désarticulation métatarso-phalangienne. La difficulté de cette opération consiste, en effet, à conserver des lambeaux suffisants pour recouvrir la tête des métatarsiens : on y arrive néanmoins, à la condition de déplier en quelque sorte chaque orteil, afin de ne pas perdre la plus petite quantité de peau ; je l'ai pratiquée une fois pour un écrasement des orteils, avec un très bon résultat.

On a rarement l'occasion d'amputer isolément un orteil, ces appendices étant bien moins souvent que les doigts le siège d'affections phlegmoneuses. On emploierait, d'ailleurs, la même méthode, c'est-à-dire l'amputation en raquette.

Pour le gros orteil, la difficulté consiste à recouvrir la tête du premier métatarsien ; de plus, il faut éviter que la cicatrice se trouve sur la face dorsale ; aussi, convient-il de commencer l'incision, non pas directement sur la ligne médiane, mais dans la commissure qui sépare le premier du second orteil.

L'articulation du gros orteil présente trois os sésamoïdes qui peuvent gêner la marche du couteau lorsqu'on taille un lambeau plantaire. C'est à la présence des os sésamoïdes que la luxation du gros orteil (Malgaigne en a réuni 19 cas) doit de présenter les mêmes difficultés de réduction que celle du pouce, ainsi que l'a fait remarquer Roser. On emploierait, d'ailleurs, le même mode de traitement.

Le gros orteil est le siège à peu près exclusif de l'affection décrite sous le nom d'*ongle incarné*. Comme la scoliose, le genu valgum, la tarsalgie,