Diplôme Inter Universitaire : Rééducation et appareillage en chirurgie de la main.

Années 2009-2011

Rafael COUHARD-BORDAHANDY

(M.K.D.E.)

SOMMAIRE

Introduction ____ *1*

I. Historique et présentation ____ *2*

II. Le matériel ____ *3*

A. La cape ou « capote de brega » ____ **3**

1. Description ____ 3
2. Technique de prise ____ 3
   a) Technique classique ____ 3
   b) Technique dite « des oreilles » ____ 4
3. La passe de cape ____ 4

B. Les banderilles ____ **5**

1. Description ____ 5
2. Technique de prise ____ 6
3. Technique de pose ____ 6

C. La muleta ____ **7**

1. Description ____ 7
2. Technique de prise ____ 7
   a) Main droite ____ 7
   b) Main gauche ____ 8
3. Technique de la passe ____ 9
   a) Le derechazo ____ 9
   b) La naturelle ____ 9

D. L'épée ou estoque ____ **10**

1. Description ____ 10
2. Technique de prise ____ 10
3. Technique du volapie ____ 11

E. Le descabello ____ **12**

1. Description ____ 12
2. Technique de prise ____ 12
3. Le coup de grâce ____ 13

III. Première partie : les lésions rencontrées ____ *14*

A. Les lésions fermées ____ **14**

1. Les fractures des os de l'avant-bras ____ 14
   a) Mécanisme lésionnel ____ 14
   b) Spécificités ____ 14

c) Prise en charge 14
2. Les fractures des os du carpe 14
a) La fracture du scaphoïde 14
(1) Mécanisme lésionnel 14
(2) Spécificités 15
(3) Prise en charge 16
b) La fracture de l'hamulus de l'hamatum 16
(1) Mécanisme lésionnel 16
(2) Spécificités 16
(3) Prise en charge 16
3. Les fractures des métacarpiens et des phalanges 17
a) Mécanisme lésionnel 17
b) Spécificités 18
c) Prise en charge 18
4. Entorses et luxations 19
a) Le coude 19
(1) Mécanisme lésionnel 19
(2) Spécificités 19
(3) Prise en charge 19
b) Le poignet 20
(1) Mécanisme lésionnel 20
(2) Spécificités 21
(3) Prise en charge 21
c) L'articulation métacarpo phalangienne du pouce 21
(1) Mécanisme lésionnel 21
(2) Spécificités 22
(3) Prise en charge 23
d) Les articulations inter phalangiennes 24
(1) Mécanisme lésionnel 24
(2) Spécificités 25
(3) Prise en charge 25
e) Le coup de corne fermé ou « cornada envainada » 25
(1) Mécanisme lésionnel 25
(2) Spécificités 26
(3) Prise en charge 26
B. Les lésions ouvertes 27
1. Les plaies par banderilles 27
a) Mécanisme lésionnel 27
b) Spécificités 28
c) Prise en charge 28
2. Plaies par l'épée 29
a) Mécanisme lésionnel 29

b) Spécificités 30
c) Prise en charge 30
3. Le coup de corne ou « cornada » 30
a) Mécanisme lésionnel 30
b) Spécificités 31
c) Prise en charge 32

IV. Deuxième partie : à propos de deux cas cliniques 33

A. Fracture du scaphoïde 33
1. L'accident 33
2. Une prise en charge adaptée 34
a) Au niveau médico-chirurgical 34
b) La rééducation 35

B. Lésion du système extenseur du pouce 36
1. L'accident 36
2. Une prise en charge complexe 37

V. Synthèse 41

Conclusion 42

Glossaire 43

Bibliographie 46

La tauromachie est une pratique dont les premières traces dans nos contrées remontent au IXème siècle. Le terme tauromachie englobe toutes les pratiques opposant du bétail brave « toro bravo » à un homme qu'il soit à pied ou à cheval.

Ainsi on en retrouve diverses formes en fonction de la zone géographique et du bétail rencontré. On pourra notamment répertorier la course landaise pratiquée dans le sud-ouest de la France avec des vaches landaises et la course camarguaise typique du sud-est qui est la grande messe du taureau camarguais.

Cependant la forme la plus connue et la plus répendue reste la corrida ou tauromachie à l'espagnole que l'on retrouve dans toute la péninsule ibérique, dans le sud de la France et en Amérique latine.

Après vous avoir brièvement présenté la corrida et son histoire, nous allons nous efforcer de vous faire découvrir le rôle de ce formidable outil de préhension qu'est la main au cours des différentes phases de la corrida mais également les différentes lésions traumatiques pouvant l'affecter.

I. Historique et présentation

La corrida telle que nous la connaissons a fait son apparition il y a seulement deux siècles.

Jusqu'au début du XVIIIème siècle, le taureau était combattu exclusivement à cheval par la noblesse espagnole et c'est Francisco ROMERO qui fut le premier homme à mettre à mort un taureau à pied armé d'une épée et d'un morceau de toile, devenant ainsi le premier matador de toros de l'histoire.

Il faut attendre 1836, pour que l'organisation actuelle de la corrida soit mise en place par Francisco MONTES « Paquiro » dans un traité intitulé « La tauromachie ou l'art de toréer dans les plazas à pied comme à cheval ».

A partir de là, le matador de toros devient l'acteur principal après le taureau, alors que les banderilleros et picadors sont relégués au rang de subalternes au service du maestro.

Depuis lors, la corrida n'a pas évolué et elle peut être comparée à une tragédie se déroulant en trois actes ou tercios :

- Le premier tiers, ou tercio de pique, au cours duquel le matador fait connaissance avec son partenaire en le recevant par des passes de cape jusqu'à l'amener à la rencontre du picador.

- Le deuxième tiers, ou tercio de banderilles, où le taureau reçoit trois paires de banderilles posées soit par le propre matador, soit par les banderilleros.

- Le troisième tiers, ou tercio de mort, peut être subdivisé en deux parties : la faena de muleta correspondant à l'ensemble des passes de muleta réalisées par le matador, et la mise à mort à proprement parler *(BENNASSAR B.1993)* .

L'organisation des soins au sein des arènes a elle aussi évolué parallèlement à la corrida pour voir se généraliser de nos jours le système de soins dits « à la française » par opposition à la prise en charge jusqu'alors classiquement adoptée en Espagne. En effet, la prise en charge se faisait autrefois dans son intégralité au sein de l'infirmerie des arènes ce qui causa la mort de nombreux toreros par manque de moyens, de personnel et d'asepsie.

De nos jours, l'infirmerie des arènes s'apparente plus à un service d'urgences où le patient est stabilisé en vue de son transfert vers un centre médico-chirurgical où il sera opéré dans des conditions optimales.

II. Le matériel

A. La cape ou « capote de brega »

1. Description

Son origine remonte à l'époque où les nobles toréaient à cheval ; c'était alors un vêtement-outil dont se servaient les aides du cavalier pour dévier la charge du taureau.

Il s'agit de l'instrument utilisé pour toréer au cours du premier tercio par le matador et durant toute la corrida par les banderilleros.

La cape ou « capote de brega » a, comme son nom l'indique, une forme de cape dont le rayon peut varier de 110 à 125 centimètres et son poids oscille entre 4 et 8 kilogrammes. Actuellement, elle est rose et l'envers classiquement jaune peut aussi être vert, bleu ou mauve selon la préférence du torero. La toile utilisée sur l'endroit est généralement synthétique ou en soie afin d'éviter qu'au cours de la passe la corne du taureau puisse s'y accrocher.

2. Technique de prise

Il existe deux techniques de prise pour la cape desquelles découlent la maîtrise et la précision dans la présentation du leurre à l'animal.

a) Technique classique

Les pans libres de la cape sont saisis dans le premier espace interdigital, le pouce sur l'envers et les doigts longs sur l'endroit. Le tissu est saisi entre les deux premiers doigts par une pince subtermino terminale *(CHARDEL P. 2001)*. Les autres doigts longs en extension des articulations inter phalangiennes et en flexion des métacarpo phalangiennes soutenant seulement la toile.

Figure 1 : Pouce enroulé dans la cape dans la technique classique

Figure 2 : Aspect de la prise par pince pouce-index.

b) Technique dite « des oreilles »

Les pans libres de la cape sont rabattus sur eux-mêmes doublant ainsi la toile jusqu'au col de cette dernière. Les pointes ainsi formées ou « oreilles » sont alors saisies à pleine main en pronation. Par une supination associée à une flexion des coudes, le torero tend le tissu devant lui, faisant ainsi écran entre son corps et l'animal. Cette technique, dont la prise est plus grossière, est essentiellement utilisée par les banderilleros car elle offre une plus grande surface de tissus pour leurrer le taureau. De plus, leurs interventions se devant d'être plus axées sur l'efficacité que l'esthétisme, cette technique leur permet à la fois maîtrise et fermeté dans la prise et donc dans la conduite de l'animal.

Figures 3 et 4: La technique de prise dite « des oreilles »

Si nous devions comparer ces deux techniques de prise à la peinture, la première technique serait la prise du pinceau par l'artiste peintre, alors que la seconde correspondrait plus volontiers à celle du peintre en bâtiment.

3. La passe de cape

Lors de la passe de cape de base, à savoir la véronique, le torero se présente de trois-quarts ou de face à l'animal en restant caché derrière l'étoffe. Arrivé à la distance idéale, il réalise une brève et rapide extension bilatérale des coudes de seulement quelques degrés qui aura pour effet de faire onduler le tissu, fixant ainsi l'attention du taureau et provoquant sa charge. C'est alors que le travail de l'ensemble du membre supérieur est essentiel : la main externe (côté où doit passer l'animal) avance et le poignet s'étend comme pour présenter le creux de la paume de la main à l'animal. C'est cette main qui par son déplacement va guider la charge du taureau, elle doit également s'adapter à la vitesse de déplacement de l'animal. Le poignet va progressivement se fléchir pour atteindre environ 30° de flexion à hauteur du corps du torero avant de s'étendre à nouveau. Le tissu n'est maintenu que par une subtermino terminale entre le pouce et l'index alors que les autres doigts sont en légère flexion des articulations métacarpo phalangiennes et extension des articulations inter phalangiennes soit une position intrinsèque plus.

Figure 5 : Passe de cape dite de Véronique

B. Les banderilles

1. Description

Les banderilles sont des bâtons de 70 à 80 centimètres de long recouverts d'ornements de papier et se terminant par un harpon métallique.

Leur origine remonte à l'époque de la tauromachie à cheval, les cavaliers les posaient alors une à une sur le dos du taureau. C'est avec l'apparition de la tauromachie à pied que tout naturellement cette pratique s'est développée. Les banderilles furent alors posées une à une comme il était de coutume à cheval. La technique de pose par paires, telle que nous la connaissons actuellement date de la fin du XVIIIème siècle, époque à laquelle cette pratique était considérée d'un grand mérite.

Les banderilles n'ont pas évolué jusqu'à la fin des années 90 où un système permettant de désolidariser le bâton du harpon s'est imposé évitant ainsi de nombreuses blessures au visage.

2. Technique de prise

Les banderilles sont saisies de sorte que l'extrémité du bâton repose sur les têtes des deuxième et troisième métacarpiens, les trois premiers doigts enserrant ce dernier dans une pince pulpo pulpaire *(CHARDEL P. 2001)* à sa partie haute.

Figure 6: La prise du bâton des banderilles tenu à trois doigts.

3. Technique de pose

La forme la plus classique de pose est la pose dite « al cuarteo » : le torero va à la rencontre du taureau depuis une distance variant en fonction des facultés intrinsèques de l'animal. Quand ce dernier se fixe et démarre vers cet objectif qui vient vers lui, le banderillero continue sa course curviligne jusqu'à ce que les deux acteurs se rencontrent au centre de la piste. Le taureau va alors baisser la tête, c'est le moment que va choisir le torero pour mettre les bras dans le berceau des cornes, poser la paire de banderilles et sortir de la zone critique avant que l'animal ne lance un coup de tête pour le prendre.

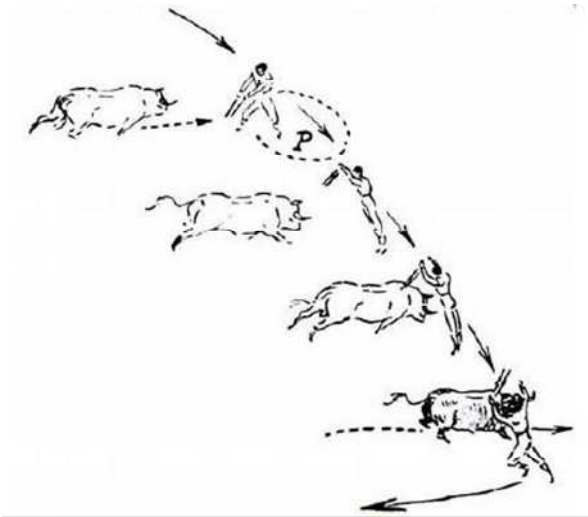

Figure 7: Technique de la pose « al cuarteo »

Figure 8: Pose des banderilles « al cuarteo »

Il existe de nombreuses autres techniques de pose mais il serait évidement bien trop long de toute les décrire ici.

C. La muleta

1. Description

La muleta est le fruit de l'évolution du « lienzo » qui était un linge blanc de lin ou de coton dont l'usage était uniquement limité à faire baisser la tête du taureau au cours de la mise à mort. Peu à peu la taille de cette toile a augmenté et sa couleur a changé. En parallèle à l'augmentation des dimensions du leurre, le potentiel de l'instrument s'est vu élargi favorisant ainsi un usage plus complexe et plus artistique. C'est seulement à la fin du XVIIIème siècle que la muleta prendra sa forme actuelle, sa taille variant encore en fonction de la taille et des choix du matador.

Actuellement la muleta est un morceau de tissu en serge rouge de forme ovoïde replié sur lui-même suivant son grand diamètre. Elle est partiellement montée sur un bâton, « l'estaquillador », et doublée intérieurement par une toile épaisse servant de lest. Tenue par la main droite, elle sera toujours associée à l'épée qui ne quitte pas cette main alors qu'à gauche elle sera utilisée seule.

2. Technique de prise

Il existe deux techniques de prise de la muleta en fonction de la main utilisée.

a) Main droite

Dans la main droite, la muleta est toujours tenue avec l'estoque, de ce fait la prise est un peu particulière. L'estaquillador est saisi entre le pouce qui passe en avant et les $3^{ème}$,$4^{ème}$ et $5^{ème}$ doigts

qui, tout en tenant l'épée par la poignée, se rabattent sur la face postérieure du bâton. Le deuxième rayon soutient généralement l'estoque en dessous de la garde par la partie haute de la lame.

Figure 9: La prise de la muleta dans la main droite.

b) Main gauche

La muleta est prise seule, la surface de toile est donc plus limitée, c'est pourquoi cette main est dite la main de la pureté.

L'estaquillador est saisi par opposition terminale. Les articulations métacarpo phalangiennes des doigts longs et du pouce sont en flexion alors que l'articulation inter phalangienne du pouce est en hyper extension. Là encore, il s'agit d'une prise fine et non d'une prise de force, montrant une fois de plus l'extrême précision et la finesse que nécessite la maitrise de ce leurre.

Figures 10 et 11: Technique de prise et présentation de la muleta par la main gauche.

3. Technique de la passe

a) Le derechazo

Le matador se présente de trois-quarts, face au taureau, la main droite tenant la muleta et l'estoque, l'avance vers la tête de l'animal, le poignet se tend et s'incline radialement afin d'augmenter la surface de tissu présentée à l'animal. Une brève et rapide extension de coude fait frémir la toile, c'est le « toque », provoquant ainsi la charge du taureau. Au fur et à mesure de la passe, la supination et l'inclinaison radiale vont diminuer. Une fois le taureau passé, une inclinaison ulnaire associée à une supination vont faire disparaître la muleta du champ de vision de l'animal, préparant ainsi la passe suivante.

Figure 12: Derechazo de Julien LESCARRET, poignet en extension et inclinaison radiale

b) La naturelle

Le matador se présente de trois-quarts ou de face au taureau, la main gauche tenant la muleta avance vers la tête de l'animal, le poignet se tend et s'incline radialement. Le « toque » peut être réalisé, tout comme dans le cas du derechazo, par une légère flexion du poignet dans cette position, ce qui aura pour effet de mobiliser la partie la plus externe du tissu en direction de l'œil opposé du taureau. Ce deuxième type de « toque » est plus précis et plus fin que celui que nous avons décrit précédemment. Au cours de la passe, l'inclinaison radiale et la supination diminuent progressivement. En fin de passe le même principe de supination inclinaison ulnaire ôte le tissu de la vue de l'animal.

Figure 13: La passe naturelle

D. L'épée ou estoque

1. Description

L'utilisation de cette arme est concomitante avec l'apparition des premiers « matadores de toros » à savoir le début du XVIIIème siècle.

L'épée actuellement utilisée pour mettre à mort le taureau est une arme blanche à lame d'acier. Cette dernière est étroite et affutée uniquement sur ses deux derniers tiers, sa pointe est effilée et extrêmement résistante. La lame de l'estoque présente une autre particularité, en effet elle est incurvée vers le bas. Cette courbure permet, au cours de la mise à mort, de transformer le mouvement horizontal du bras du torero en mouvement vertical une fois l'épée fichée dans l'animal.

Le règlement taurin détermine une longueur maximale de la lame, à savoir 88 centimètres et son poids peut atteindre 3,5 kilogrammes.

Depuis le début du XIXème siècle, l'épée utilisée au cours du travail de muleta est généralement factice pour éviter les blessures accidentelles et pour gagner en endurance. En effet c'est depuis cette époque, et notamment avec le célèbre « Manolete », que les faenas de muleta prennent la plus grande importance au cours du spectacle.

2. Technique de prise

L'estoque est toujours tenue par la main droite que ce soit associée à la muleta lors de la faena ou lors de la mise à mort et ce quelle que soit la latéralisation du matador. Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur la prise associant l'épée à la muleta que nous avons décrite précédemment.

Au cours de la mise à mort, l'estoque est tenue horizontale, à hauteur du visage du matador pointant la zone précise du dos de l'animal. Le pommeau vient en butée sur le talon de la main, le poignet est en extension, le pouce passe sous la poignée, l'index repose sur cette dernière dans l'axe de la lame alors que les autres doigts saisissent fermement la garde.

Figure 14: La prise de l'épée pour la mise à mort.

3. Technique du volapie

Le matador se présente face au taureau, le pan libre de la muleta est rabattu autour de l'estaquillador qui est tenu par la main gauche. Le membre supérieur droit, prolongé par l'épée, vise la zone létale d'une dizaine de centimètres carrés sur l'immensité du dos de l'animal. A ce moment là, la main gauche avance pour aller présenter la muleta sous l'œil gauche du taureau, ce qui aura, en théorie, pour effet de faire baisser la tête de l'animal, libérant ainsi le passage pour le bras droit et l'épée. Simultanément le matador avance, poussant de tout son poids derrière l'estoque afin de la placer dans l'espace visé et ainsi porter le coup fatal à l'animal.

Figure 15: Le travail des deux mains au cours de la mise à mort.

E. Le descabello

1. Description

Le descabello est le coup de grâce auquel le matador peut avoir recours si son estocade ne s'avère pas efficace assez rapidement. Par un abus de langage également réalisé par les professionnels, ce terme peut également désigner l'épée spéciale utilisée pour achever l'animal cependant son nom réel est « verdugo ». Jusqu'en 1936 le matador descabellait avec l'épée de mort mais de nombreux accidents par projection de cette dernière conditionnèrent son évolution. C'est au matador de toros Vicente PASTOR que l'on doit l'invention de la cruceta petite croix formée par une barrette transversale sur la lame.

Cette épée n'est tranchante que sur ses dix derniers centimètres, sa lame est large et également incurvée vers le bas. A une dizaine de centimètres de la pointe du « verdugo » on trouve une barrette métallique transversale servant de butée lors du « descabello ».

2. Technique de prise

La prise du « verdugo » est quasiment identique à la prise de l'estoque en ce qui concerne la main proprement dite, cependant le poignet est beaucoup moins en extension, voire en légère flexion selon la technique.

Figure 16:La prise du descabello

3. Le coup de grâce

Le matador se présente face à l'animal blessé, il place la muleta sous le museau du taureau afin de lui faire baisser la tête. Ainsi l'espace occipito-cervical s'ouvre et la lame peut venir sectionner la moelle épinière de la bête.

Figure 17: La technique du descabello

III. Première partie : les lésions rencontrées

A. Les lésions fermées

1. Les fractures des os de l'avant-bras

Ce type de lésion reste extrêmement rare.

a) Mécanisme lésionnel

Les fractures affectant les os de l'avant-bras résultent dans leur grande majorité d'un choc direct avec la corne lors d'un violent coup de tête du taureau. Quelques cas secondaires à des réceptions hasardeuses ou des écrasements sont également décrits.

b) Spécificités

Toutes les fractures des os de l'avant-bras répertoriées à notre connaissance étaient déplacées et elles sont toutes à l'origine de l'arrêt immédiat de la lidia et au transport du torero à l'infirmerie des arènes.

c) Prise en charge

A l'infirmerie le patient est déshabillé méthodiquement ; on ne découpe le costume qu'en cas d'extrême urgence. Le diagnostic de fracture est rapidement posé, le patient est alors cadré et le membre immobilisé en vue du transfert du torero dans le centre médico-chirurgical référent.

Après examen radiographique, la prise en charge sera toujours chirurgicale afin que la réduction soit anatomique et que les délais soient le plus court possible.

2. Les fractures des os du carpe

a) La fracture du scaphoïde

Il s'agit là de la fracture la plus fréquemment rencontrée chez les toreros.

(1) Mécanisme lésionnel

La fréquence des fractures du scaphoïde carpien chez le torero s'explique par une triple étiologie :

La fracture classique, telle que nous la connaissons tous, résultant d'une chute sur le talon de la main poignet en extension *(LAULAN J. 2001 / SKIRVEN T. DE TULLIO L. 2006)*, est évidement très répandue lors de réceptions acrobatiques de « volteretas ».

Figure 18: La réception cause de nombreuses fractures du scaphoïde.

Des fractures par choc direct sont également décrites lors de la mise à mort quand la course de l'épée est brutalement stoppée par un os de l'animal. La boule du pommeau vient alors percuter le carpe prenant ainsi le scaphoïde en étau avec l'épiphyse distale du radius.

Enfin, des cas de fractures de fatigue du scaphoïde ont été décrits en dehors des deux mécanismes précédents. Ces cas là se sont révélés après de longues séances d'entrainement au cours desquelles le mouvement de l'estocade est répété des centaines de fois afin d'automatiser le geste et d'affiner la technique.

(2) Spécificités

La spécificité de ces fractures ne réside pas ici dans la fracture elle même mais le plus souvent dans son mode de découverte. En effet, le matador n'arrêtera la lidia du taureau qu'exceptionnellement après une fracture de ce genre. Généralement le valet d'épée réalise une sorte de momification du poignet et de la main par superposition de bandages.

Le torero ne se préoccupera de son poignet que plusieurs jours plus tard voyant que la douleur ne cède pas et surtout qu'elle l'empêche de toréer normalement.

(3) Prise en charge

La prise en charge des fractures du scaphoïde chez le torero est, comme nous l'avons vu précédemment, rarement immédiate. De ce fait le diagnostic radiologique s'en voit souvent simplifié.

Là encore le traitement chirurgical est préféré à tout traitement orthopédique pour optimiser la récupération et réduire les délais. Il faut, dans les suites chirurgicales, réellement tenir compte de la psychologie de ces hommes qui n'auront qu'une hâte : refouler le sable des arènes. C'est pour cela qu'une immobilisation inamovible par résine ou plâtre sera préférée à tout type d'appareillage amovible car, nous pouvons être sûrs que dès la première semaine post opératoire le torero aura repris une muleta en main « pour voir… »

b) La fracture de l'hamulus de l'hamatum

C'est le deuxième type de fracture affectant les os de carpe que nous rencontrons chez les toreros.

(1) Mécanisme lésionnel

La fracture de l'hamulus de l'hamatum résulte, comme nous l'avons vu pour le scaphoïde, de l'impact de la boule de l'épée sur cette apophyse. Là encore certains cas de fractures de fatigue ont pu être décrits.

(2) Spécificités

Le caractère peu invalidant de ce type de lésion sera à nouveau à l'origine d'un retard de diagnostic plus ou moins important.

(3) Prise en charge

Le passage par l'infirmerie des arènes suite à ce genre de lésion est exceptionnel.

La palpation révèlera une douleur exquise à la palpation du compartiment ulnaire du carpe, en regard de l'hamulus de l'hamatum.

La fracture sera confirmée par examen radiographique selon l'incidence du canal carpien (possible si à distance de l'accident) ou directement par scanner.

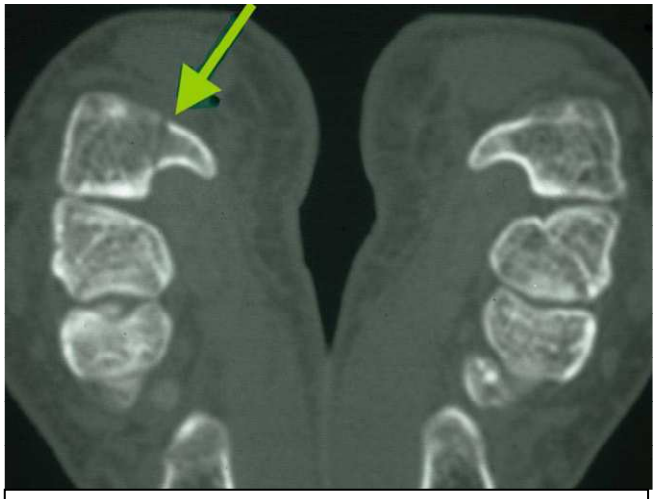

Figure 19: Fracture de l'hamulus de l'hamatum secondaire à la mise à mort

Le choix du traitement proposé sera lié à deux paramètres :

- Dans le cas des lésions récentes avec un gros fragment, l'ostéosynthèse est le traitement de choix mais l'indisponibilité qui en découle est souvent problématique.
- Dans les cas de pseudarthrose et face à un petit fragment, l'exérèse chirurgicale du fragment est proposée permettant ainsi une reprise de l'activité relativement rapide.

3. Les fractures des métacarpiens et des phalanges

Ces fractures demeurent relativement rares chez les toreros même si les lésions affectant les métacarpiens sont loin d'être anecdotiques.

a) Mécanisme lésionnel

Les lésions osseuses affectant la chaine digitale peuvent être liées à un choc accidentel violent avec le plat de la corne (mécanisme direct) ou une flexion-torsion des doigts longs lors de la mise à mort. Dans ce deuxième cas il s'agira plus classiquement de fractures arrachements des insertions ligamentaires.

Figure 20: Le novillero Patrick OLIVER toréant son second opposant le 15 aout 2010 à Béziers malgré un fracture du 2ème métacarpien

b) *Spécificités*

Là encore, même si la lésion ne présente pas de particularité par rapport à celles que nous pouvons rencontrer dans notre activité quotidienne, il nous paraît important d'insister sur le non respect des délais préconisés. La reprise anticipée de l'activité est monnaie courant dans cette population et il est classique que le matador reprenne une dizaine de jours après une ostéosynthèse du métacarpien lésé, et ce sous infiltration.

c) *Prise en charge*

Après un passage par l'infirmerie des arènes, il n'est pas rare que le matador ressorte pour finir la lidia et ce sous infiltration avec une contention élastique le plus souvent inefficace.

Secondairement, la prise en charge chirurgicale sera là encore le choix thérapeutique le plus courant ; la rééducation étant une nouvelle fois réduite à sa plus simple expression.

Figure 21: Cicatrice après ostéosynthèse du 2ème métacarpien par plaque.

4. Entorses et luxations

a) Le coude

Ce type de lésion reste heureusement relativement rare. On en répertorie moins de cinq par saison.

(1) Mécanisme lésionnel

Au cours de nos recherches nous n'avons pas pu mettre en évidence un mode lésionnel bien précis, mais il semblerait que tous les cas répertoriés résultent soit d'une chute avec le coude en porte à faux, soit d'un choc direct violent à la face postérieure du coude par la corne.

Figure 22: Un cas de choc à la face postérieure du coude

(2) Spécificités

Ces lésions ne présentent pas de réelle spécificité mais elles sont toujours synonymes d'arrêt de la lidia pour le torero.

Le caractère invalidant de la lésion et une rééducation longue sont souvent la cause de la fin de la saison pour le torero.

(3) Prise en charge

Le torero est accueilli à l'infirmerie des arènes où il est perfusé et mis sous traitement antalgique et anti inflammatoire avant d'être transféré.

Arrivé au centre médico-chirurgical, le bilan diagnostique et approfondi et les examens complémentaires sont réalisés avant une intervention chirurgicale éventuelle.

b) Le poignet

Les lésions ligamentaires du poignet sont sans nulle doute extrêmement fréquentes chez les toreros cependant elles restent très peu décrites.

(1) Mécanisme lésionnel

Il existe une multitude de mécanismes lésionnels potentiels, notamment les réceptions de volteretas, les enganches de cape ou de muleta ainsi que la mise à mort. Nous ne nous attarderons pas ici sur les réceptions de volteretas avec le poignet en extension comme décrites dans le chapitre traitant des fractures du scaphoïde.

Dans le cas des « enganches », la corne du taureau accroche le leurre, le poignet est alors soumis à un mouvement d'une grande célérité qui « surprend » la biomécanique du carpe. Ce mouvement en coup de fouet pourrait être la cause de lésions ligamentaires intra carpiennes avec une prédominance pour les atteintes du ligament scapho lunaire *(LAULAN J. 2001 / RONGIERES et al 1993)*.

Lors de la mise à mort, l'arrêt brusque du mouvement lorsque l'épée rencontre un os, peut, sur un poignet mal verrouillé ou en porte à faux, entraîner une hyper flexion, une hyper extension ou des déviations ulnaires ou radiales forcées. Ce type de traumatisme pourra là aussi engendrer des lésions ligamentaires intra carpiennes mais également des lésions affectant les ligaments radio carpiens, ulno carpiens ainsi que le ligament triangulaire du carpe *(RONGIERES M. et al. 1993 / SKIRVEN T. DE TULLIO L. 2006)*.

Figure 23: Illustration des contraintes subies par le poignet et les doigts lors de la mise à mort

(2) Spécificités

Le torero ne consultera jamais en première intention pour ce type de lésion au cours de la saison : il préfèrera honorer ses contrats quitte à toréer infiltré plutôt que de consulter un médecin qui souvent sera vecteur de mauvaises nouvelles. Là encore, il faut bien comprendre que seule une réelle incapacité motivera le recours à l'art de la médecine. Nous y voyons là l'explication au fait que ce type de lésion n'est quasiment jamais décrit.

(3) Prise en charge

La consultation est souvent tardive, voire inexistante, généralement au sein d'une structure peu sensibilisée au diagnostic des lésions ligamentaires du poignet. De ce fait, l'ensemble de ces traumatismes sera classiquement englobé sous le terme bien général « d'entorse du poignet » sans plus d'examen complémentaire. C'est cette connotation de bénignité relative au diagnostic qui est sans doute à l'origine du faible taux de ce type de lésion dans la population étudiée.

c) L'articulation métacarpo phalangienne du pouce

Il s'agit là de l'articulation la plus sujette aux lésions chez le torero. Comme dans le cas du poignet, cette articulation peut être traumatisée tout au long de la lidia *(NEGRO PERAL A. et al 2006).*

(1) Mécanisme lésionnel

Ici la lésion sera toujours liée au matériel utilisé par le matador au cours de la corrida.

Concernant la cape, comme nous l'avons décrit précédemment, la toile est enroulée autour du pouce, de ce fait, lorsque le taureau accroche la toile, il entraine une abduction forcée du premier rayon plus ou moins associée à une rotation de ce dernier.

Figure 24: « Enganche » de cape

Figure 25: Conséquences au niveau des doigts

Au cours de la faena de muleta, là encore c'est le fait que la corne se prenne dans le tissu qui va générer un mouvement forcé du pouce autour de l'estaquillador et ainsi léser l'articulation métacarpo phalangienne.

Enfin, la mise à mort peut être à l'origine de lésions au niveau des articulations méta carpo phalangiennes des deux pouces mais selon des mécanismes différents :

La main gauche tenant fermement la muleta enroulée sur elle-même avance à la rencontre de l'animal. Lors du coup de tête du taureau, la muleta peut être projetée en l'air et, si le pouce reste coincé entre l'estaquillador et le tissu l'inertie du leurre emporte le premier rayon.

La main droite tient l'épée, le déplacement d'abord horizontal de l'ensemble matador estoque se verticalise lorsque la lame pénètre. Le pouce peut, lors de ce brusque changement de direction, glisser et venir en butée contre la poignée ou la garde de l'épée. Le pouce est alors amené en abduction forcée lésant ainsi fréquemment le ligament latéral interne de cette articulation.

Figure 26: Contraintes subies par les deux pouces lors de la mise à mort

(2) Spécificités

Il est fréquent de rencontrer des toreros présentant une mobilité anormale au niveau de l'articulation méta carpo phalangienne du pouce. Cette lésion, comme l'ensemble des lésions fermées ne suscite pas d'inquiétude au sein de cette population. La grande spécificité repose là encore sur la négligence des symptômes et le manque de suivi médical de cette population.

(3) Prise en charge

Lors de l'accident, le matador se plaint immédiatement du pouce lésé mais une fois de plus la douleur n'est pas suffisante pour arrêter la lidia. Dans le meilleur des cas le torero passera par l'infirmerie des arènes où le diagnostic est posé, mais la prise en charge se limitera bien souvent à sa plus simple expression.

Figure 27: Type de contention appliquée au cours de la lidia

Souvent si la douleur persiste ou si l'instabilité est invalidante, le matador se résoudra à consulter ; cependant toute allusion à une intervention chirurgicale, synonyme d'indisponibilité en cours de saison sera catégoriquement rejetée. Dans ces cas là, au mieux, nous arrivons à lui faire accepter le port d'un appareillage orthétique. Le port de cette orthèse ne répondra pas à un protocole précis mais bien souvent il variera en fonction du bon vouloir et surtout de l'état psychologique du matador.

Figures 28 et 29: Deux types d'orthèses stabilisatrices utilisées au cours de la lidia

Enfin quand la gène perdure en fin de saison, il arrive que le torero profite de cette période creuse pour venir se faire opérer de lui-même pour restabiliser cette articulation.

d) Les articulations inter phalangiennes

L'atteinte de ces articulations est très courante chez la population étudiée mais le degré d'incapacité en découlant est bien trop faible pour que la moindre attention y soit portée.

(1) Mécanisme lésionnel

Ces entorses peuvent également survenir dans chacun des trois tercios .

Lors du premier tercio, là encore c'est le fait que le taureau emporte le capote de brega sur son passage qui est à l'origine de la lésion. Le torero retient alors fermement la cape pour ne pas être désarmé, les doigts subissent alors cette traction violente qui se répercute sur les articulations inter phalangiennes.

Au cours de la faena de muleta, le même schéma se répète et les doigts longs tenant l'estaquillador s'opposent à la traction transmise par le tissu.

Enfin au cours de la mise à mort, les doigts longs de la main gauche peuvent être lésés selon le schéma décrit ci-dessus alors que les doigts de la main droite seront plus classiquement lésés par la garde de l'épée.

(2) Spécificités

L'ensemble du système ligamentaire des articulations inter phalangiennes peut être lésé mais quelle que soit la lésion, elle ne sera pas motif de consultation.

(3) Prise en charge

Ce type de lésion ne motivera jamais une consultation, et le traitement principal restera le mépris.

Figure 30: Aspect séquellaire des articulations inter phalangiennes proximales des 3ème et 4ème doigts.

e) Le coup de corne fermé ou « cornada envainada »

Il s'agit là d'un réel piège pour toutes les équipes chirurgicales des arènes. Cette lésion peut affecter l'ensemble des tissus mous en profondeur et ce sans effraction cutanée.

(1) Mécanisme lésionnel

Le mécanisme lésionnel est le même que dans le cas d'un coup de corne, à savoir que la pointe de la corne entre en contact avec la main ou l'avant-bras. La peau grâce à son élasticité se déforme en « doigt de gant » sous la pression sans toutefois rompre. Les tissus musculaire et vasculo-nerveux sont alors lacérés et/ou contus *(SALVOVHA JJ et al 2002).*

Figure 31: Mécanisme du coup de corne fermé (Image Jean Michel GOUFFRANT ancien chirurgien des arènes de Bayonne)

(2) Spécificités

La spécificité de ces lésions repose sur la difficulté du diagnostic associée à la gravité potentielle des lésions. La peau présente généralement une légère lésion abrasive à type de brûlure alors que les dommages sous jacents peuvent revêtir une gravité insoupçonnable.

Figure 32: Les conséquences de la cornada cerrada ou envainada (image Jean Michel GOUFFRANT)

(3) Prise en charge

La prise en charge débute souvent à l'infirmerie des arènes généralement à la fin de la corrida.

Le chirurgien rodé à la chirurgie taurine ne se fie pas à l'état cutané et réalise généralement une palpation au cours de laquelle on retrouve une dépression plus ou moins profonde suivant le trajet du coup de corne. Si l'examen fait suspecter des lésions importantes, la cure chirurgicale est inévitable.

Le patient est alors transféré vers le centre médico-chirurgical référent où l'exploration chirurgicale de la cornada est réalisée, l'intégrité des différents tissus est vérifiée et les sutures nécessaires réalisées.

Figures 33 et 34: Cure chirurgicale d'une « cornada cerrada » avec hernie musculaire à l'avant-bras

B. Les lésions ouvertes

Nous d'aborderons pas dans ce chapitre les fractures ouvertes car elles sont extrêmement rares chez le torero et elles ne présentent aucune particularité par rapport aux fractures précédemment décrites.

1. Les plaies par banderilles

a) Mécanisme lésionnel

On rencontre deux étiologies principales en ce qui concerne les lésions liées au harpon de banderille :

La première que nous qualifierons d'accidentelle, lorsque, par exemple le torero saute dans le callejon les banderilles à la main pour esquiver la charge de l'animal, le harpon d'une banderille finissant sa course en se fichant dans la main opposée.

La seconde résulte de la mise à mort ; en effet quand la mise à mort est bien exécutée et que l'épée pénètre jusqu'à la garde, la main du torero peut finir sa course sur les harpons qui se trouvent dans la même région du dos de l'animal.

Figure 35: Banderille plantée dans la main à la mise à mort

b) *Spécificités*

Ici la spécificité de la lésion est intimement liée à la forme en harpon de la pointe des banderilles. Ainsi le torero se retrouve classiquement avec une banderille fichée dans le premier espace inter métacarpien et ce de façon inamovible du fait de la forme particulière de cette dernière.

Des plaies moins spécifiques peuvent être rencontrées notamment au cours de la mise à mort et elles intéresseront aussi bien la face dorsale que la face palmaire des doigts longs. Cependant elles ne présentent pas de réelle différence par rapport à celles que nous rencontrons dans notre activité quotidienne.

c) *Prise en charge*

Dans les deux cas le torero se rend toujours à l'infirmerie des arènes.

Là, la lésion y est explorée et, dans le cas d'un harpon planté dans la main, l'exérèse chirurgicale est toujours nécessaire. Cette cure chirurgicale sera toujours réalisée au sein même des arènes et il n'est pas rare que le torero, une fois suturé et pansé, reprenne la lidia.

La mise en place d'une antibiothérapie associée à un traitement anti inflammatoire est immédiate.

Figure 36: Aspect de la lésion présentée fig.35 en post opératoire

2. Plaies par l'épée

a) Mécanisme lésionnel

Comme nous l'avons vu dans le cas des plaies par banderilles, là encore nous pouvons identifier deux mécanismes lésionnels principaux :

Un mécanisme qu'une fois de plus nous qualifierons d'accidentel qui résulte généralement d'un mouvement de protection face à un coup de tête inopiné du taureau. Ce type de mécanisme affectera toujours le côté gauche, l'estoque étant tenue par la main droite.

Le second type de lésion est lié au fait que fréquemment, suite à un premier essai de mise à mort ayant échoué, le matador a pour habitude d'essuyer la lame souillée dans la muleta. Dans ce cas là, la plaie sera toujours localisée sur la main gauche et plus précisément dans la première commissure et/ou en zones II et III de la paume.

Figure 37: Lésion de la première commissure en essuyant l'épée dans la muleta

b) *Spécificités*

Dans le premier cas, nous nous retrouvons face à des plaies généralement profondes intéressant les deux faces de la main dans les mêmes proportions. Les lésions tendineuses sont alors fréquemment associées et de ce fait la poursuite de la lidia devient impossible.

Dans le second cas, la plaie siège toujours à la face palmaire et plus classiquement dans la première commissure mais ces lésions peu profondes ne présentent pas de réel caractère de gravité.

c) *Prise en charge*

Dans les deux cas le matador arrête la lidia pour être conduit à l'infirmerie des arènes, là, la plaie est explorée, un bilan tendineux est réalisé et si l'intégrité des tendons est respectée, le parage et la suture permettent la reprise de la lidia.

Il faut cependant préciser que seule une plaie importante et béante ou une réelle incapacité fonctionnelle par lésion tendineuse seront à l'origine de l'arrêt immédiat de la prestation du torero.

3. Le coup de corne ou « cornada »

Même si la main ne constitue pas la région anatomique la plus fréquemment touchée par le coup de corne, chaque saison une dizaine de cas de plaies par cornada sont répertoriées.

a) *Mécanisme lésionnel*

Comme nous l'avons décrit dans le cas de la « cornada envainada », la plaie par coup de corne résulte du contact violent de la pointe de la corne avec la main ou l'avant bras du torero au cours de la

lidia. Ce contact peut survenir soit au cours d'une passe de cape ou de muleta, soit suite à un réflexe de protection du torero.

Figure 38: Coup de corne affectant le premier espace intermétacarpien

b) Spécificités

La plaie par coup de corne n'est pas une plaie comme les autres. La course du taureau entraine des micro-vibrations au niveau de la corne qui de ce fait va brûler les tissus en les pénétrant. En plus de brûler cette corne est un agent extrêmement souillé (sable des arènes, terre, sang, excréments…) et donc vecteur d'une multitude de germes, base d'une « superbe » infection *(CHAMBRES O et al 2005).*

Figure 39: Aspect de la lésion de Curro DIAZ vue à la fig.38

L'état même de la corne peut être la source d'une autre particularité. En effet une corne saine, effilée dont la pointe est intacte sera à l'origine d'une cornada dite « propre », alors qu'une corne éclatée déchirera les tissus, laissant sur son passage une multitude de corps étrangers.

Figure 40: Spécificités de la cornada relatives à l'état de la corne. (Image Jean Michel GOUFFRANT, association française de chirurgie taurine)

Enfin, lors du coup de corne, le torero est soulevé et tourne autour de cette dernière du fait des mouvements de tête de l'animal. De cette rotation résulte la multiplication des trajectoires internes, chose que nous ne retrouvons que dans les blessures par corne *(CHAMBRES O et al 2005 / MOKNI T. 2010).*

c) Prise en charge

Le coup de corne localisé au niveau du membre supérieur étant toujours invalidant, il en résulte un arrêt immédiat de la lidia et une conduite du torero à l'infirmerie des arènes. Là, la plaie est explorée et les différentes trajectoires éventuelles recherchées par palpation. Ces trajectoires sont alors largement ouvertes sur toute leur longueur afin de réaliser un lavage abondant et un parage soigneux notamment en raison des nombreux corps étrangers et des tissus brûlés par le passage de la corne *(VILLA JIMENEZ R. 1982).*

Il n'est pas rare, une fois de plus, que dans le cas d'une lésion « bénigne », le matador quitte l'infirmerie pour poursuivre sa prestation.

IV. Deuxième partie : à propos de deux cas cliniques

A. Fracture du scaphoïde

1. L'accident

Le 15 août 2010, le « matador de toros » Julien LESCARRET, est annoncé, en compagnie des toreros espagnols Juan José PADILLA et Antonio BARRERA, face à des taureaux du tristement célèbre élevage de MIURA dans les arènes de Béziers.

Figure 41: Affiche annonçant la féria de Béziers

A 19h03 il accueille son premier opposant, un taureau de 595 kilogrammes nommé « Cubeto ».

Figure 42: Panneau annonçant la sortie de « Cubeto »

Après quelques passes de cape, Julien est cueilli une première fois par l'animal qui le projette tel un fétu de paille à plusieurs mètres de haut. Le torero se réceptionne sur la main gauche, poignet en extension et ressent immédiatement une douleur sur le bord radial du poignet. Malgré tout, Julien poursuit la lidia de Cubeto et après avoir été accroché une nouvelle fois, il finit par le mettre à mort, non sans difficultés.

Figure 43: La réception à l'origine de la fracture du scaphoïde gauche

Il est 19h47 quand le torero reçoit son second opposant du jour après un bref passage par l'infirmerie des arènes. Le poignet gauche est alors bandé mais cela ne semble pas le gêner pour mener à bien la lidia de son deuxième taureau de l'après midi.

2. Une prise en charge adaptée

a) Au niveau médico-chirurgical

Le 17 août au matin, Julien de retour à Bayonne, consulte un chirurgien orthopédiste qui après examen radiographique, diagnostique une fracture du scaphoïde. Le contrat de Béziers étant le dernier de la saison du torero, la décision d'intervenir chirurgicalement dès le lendemain est prise afin d'espérer un retour dans les ruedos au début de l'hiver.

Le 18 août au matin, le torero est au bloc opératoire et son scaphoïde est ostéosynthésé au moyen d'une vis d'HERBERT. Il s'en suit une immobilisation par plâtre brachio palmaire prenant la première phalange du pouce de trente jours puis un plâtre anté brachio palmaire prenant la première phalange du pouce prendra le relais pour trente jours supplémentaires.

Bien que l'intérêt d'une immobilisation stricte par plâtre puisse être discuté, il nous semble qu'étant donné la population concernée, que ce type d'immobilisation pare à toute velléité de reprise.

b) La rééducation

Julien se présente donc le 20 octobre à notre cabinet où un premier bilan est réalisé. La consolidation du scaphoïde, d'après le dernier contrôle radiographique, est incomplète et l'ensemble du poignet est très enraidi.

L a première question alors posée par le torero est : « Est-ce que je pourrai toréer début novembre ? »

Nous nous retrouvons donc face à un poignet enraidi mais non douloureux, un avant bras amyotrophié, le tout couronné d'une consolidation partielle du scaphoïde à rééduquer dans un délai maximum d'un mois. En effet il faut bien comprendre que la question précédente masque en fait un « Je reprends début novembre… »

Nous n'entrerons pas dans le détail de la rééducation classique réalisée au sein de notre établissement mais nous insisterons plus sur les moyens mis en œuvre pour récupérer un membre supérieur efficace, à savoir à la fois fort et endurant sans nuire à la consolidation. En effet c'est l'ensemble épaule-coude-poignet qui doit être rééduqué pour que l'activité puisse rependre, la main sans l'ensemble du membre supérieur n'étant rien.

Dès les premiers jours, nous autorisons le torero à reprendre l'entrainement sans charge, c'est-à-dire uniquement avec l'estaquillador afin de retrouver ses sensations et ses automatismes. Très rapidement un bracelet lesté est ajouté au dessus du poignet afin de renforcer les muscles du bras. Ce lest passera progressivement de un à quatre kilogrammes sur une période d'une semaine.

Après dix jours de rééducation intensive, le scaphoïde a retrouvé une cinétique quasi normale lors des mobilisations du poignet. Le renforcement musculaire de ce dernier, jusque là réalisé uniquement en statique dans différents secteurs articulaires laisse place au renforcement dynamique. Dans un premier temps nous travaillons de manière analytique en flexion/extension et dans les inclinaisons pour aller progressivement vers les mouvements combinés de flexion- inclinaison radiale et extension-inclinaison ulnaire plus péjoratifs pour le scaphoïde mais utilisés lors du maniement de la muleta.

Le 10 novembre Julien se teste, le poignet protégé par une orthèse au cours d'une tienta puis il torée un taureau dans un élevage du sud-est le 11. L'essai se révèle concluant : seule une légère gêne liée aux derniers degrés d'amplitude articulaire lui faisant défaut persiste et le poignet reste non douloureux.

Le 28 novembre marque le réel retour de Julien LESCARRET dans les ruedos : il participe à un festival à Rion-des-Landes, le poignet toujours protégé par une orthèse et il coupera les deux oreilles de son unique opposant du jour.

Figure 44: Julien LESCARRET lors de sa reprise le 28 novembre 2010 à Rion des Landes

B. Lésion du système extenseur du pouce

1. L'accident

Le matador de toros espagnol José Maria MANZANARES torée le 8 septembre 2010 dans les arènes d'Utrera (Séville) pour leur inauguration.

Alors qu'il a pris l'épée de mort pour occire son opposant, le public réclame la grâce du taureau. Le matador prolonge alors la faena pour attendre la décision du président et c'est lors d'une passe que le tranchant la lame vient au contact de la face dorsale du premier rayon de la main gauche, au niveau de l'articulation métacarpo phalangienne.

Figure 45: Moment de la lésion de JM MANZANARES

Le torero se rend alors immédiatement compte de la gravité de la lésion, le pouce ne répondant plus à ses sollicitations. Il quitte alors la piste pour regagner l'infirmerie et son opposant sera tué par un des autres matadors de l'après midi.

Figure 46: Aspect de la lésion.

2. Une prise en charge complexe

Après avoir reçu les premiers soins à l'infirmerie des arènes, où le diagnostic de section du système extenseur du pouce est posé, le torero est transféré à l'hôpital de la cruz roja de Séville. Là, la suture tendineuse est réalisée et une orthèse est mise en place permettant ainsi une rééducation précoce.

Le 10 septembre, José Maria MANZANARES prend contact avec un chirurgien d'une clinique de Madrid se plaignant de ne plus pouvoir étendre son pouce. Le jour même en consultation, une rupture itérative est diagnostiquée et la décision de réintervenir est prise.

Le 15 septembre, la réparation des tendons du long et court extenseurs du pouce est réalisée par autogreffe au dépend du muscle long palmaire controlatéral. L'immobilisation par orthèse est à nouveau mise en place.

Figure 47: Aspect de la main après la 2ème intervention.

Au cours du suivi, le patient avoue avoir ôté l'orthèse afin d'effectuer des mouvements répétitifs pour mobiliser son pouce mais surtout avoir toréé un taureau en privé le 30 septembre, dans le but de réapparaitre le lendemain dans les arènes de Madrid, provocant ainsi une nouvelle rupture des tendons.

Figures 48 et 49: Rechute de J.M. MANZANARES le 30 septembre 2010

Le chirurgien programme alors une nouvelle intervention dans le but de renforcer les tendons déjà lésés par une autogreffe d'une bandelette tendineuse prélevée sur le fléchisseur radial du carpe. Cette opération sera réalisée le 1er octobre.

Le 5 octobre, une nouvelle plastie du long extenseur du pouce est effectuée pour suturer sa portion distale et combler la perte de longueur par une autogreffe au dépend du tendon extenseur du cinquième orteil gauche. Le chirurgien insiste alors sur les consignes d'immobilisation stricte associées à l'arrêt du tabac afin d'optimiser la cicatrisation tendineuse.

Malgré ces mesures, l'évolution n'est pas favorable et le 27 octobre le chirurgien se résout à réaliser une ténodèse des tendons long et court extenseurs du pouce. En parallèle, une transposition de l'extenseur du quatrième orteil sur le cinquième dont l'extension demeure inefficace est effectuée.

Figure 50: Aspect de la main après la 5ème intervention

Le 3 novembre, au bloc opératoire, José Maria MANZANARES subit sa sixième intervention chirurgicale en deux mois. Au cours de cette dernière, l'intégrité de la plastie est vérifiée et les adhérences cutanées sont levées et une injection intra tendineuse de plasma riche en facteurs de croissance (PRFC) est réalisée.

Au cours du suivi quotidien, une perte de couverture de la portion distale du pouce apparait et ce malgré les soins journaliers et l'application de plasma riche en facteurs de croissance. Ce nouvel événement n'étant pas compatible avec une évolution favorable, une neuvième intervention est programmée. Ainsi le matador est à nouveau opéré le 15 novembre. Le chirurgien réalise alors un lambeau cerf-volant prélevé sur la face dorsale de la première phalange de l'index et vascularisé par la première artère inter métacarpienne dorsale pour couvrir cette zone de perte de substance *(COLLWARE L. ANTHONY M.2006)*. La zone donneuse sera couverte par une greffe de peau pleine prélevée sur l'avant-bras droit. Le chirurgien profite également de cette intervention pour réaliser une ténolyse et retirer les points de suture tendineuse.

Figures 51 et 52: Aspect de la main après la 9ème intervention.

Le 10 décembre une nouvelle ténolyse est effectuée associée à une greffe de peau pleine pour parfaire la couverture cutanée.

José Maria MANZANARES a, suite à cette lésion, perdu de nombreux contrats en Espagne et en Amérique du sud et n'a repris l'épée que le 26 février 2011 dans les arènes de Vista Alegre à Madrid.

Il porte depuis sa dernière intervention un gantelet de contention.

V. Synthèse

Ces deux cas cliniques mettent bien en évidence la difficulté de la prise en charge des toreros. Cette notion est à la fois liée aux spécificités des lésions de la main, par rapport à toute autre région du corps, et à la psychologie atypique de ces hommes.

En effet la majorité des lésions de la main nécessitent un respect strict des consignes post opératoires, sans quoi le pronostic s'en voit fortement remis en cause.

D'autre part, les toreros sont des hommes réellement hors normes, pour lesquels l'indisponibilité est vécue comme un vrai calvaire. Toute coupure dans la saison engendre un état de manque chez ces passionnés comme si ils étaient « drogués à l'adrénaline » et c'est bien souvent la passion qui l'emporte sur la raison. De ce fait, il est courant de voir un torero reprendre l'entrainement seulement quelques jours après une cornada, et ce avec les lames encore en place, comme ce fut le cas pour Sébastien CASTELLA en 2009 à Bayonne, pour réapparaître une semaine après le coup de corne.

Enfin, il parait clair que seules l'effraction cutanée ou une réelle incapacité à toréer soient signe de gravité chez cette population et ainsi nombre de lésions, même graves, demeurent non diagnostiquées et donc jamais traitées telles qu'elles l'auraient été classiquement.

Pour une prise en charge adaptée des lésions de la main chez le torero, il nous parait primordial de ne pas négliger cet aspect psychologique en insistant sur l'importance des consignes chirurgicales. Il nous parait également essentiel de connaître les différentes contraintes subies par l'ensemble du membre supérieur au cours de la lidia afin de trouver le meilleur compromis entre récupération et reprise.

Le mundillo demeure un monde à part refermé sur lui-même qu'il reste difficile de pénétrer.

Et, même si peu à peu les mentalités évoluent, le milieu médical n'est sollicité, comme nous venons de le voir, qu'en cas de réelle incapacité au maniement des trastos.

Les lésions de la main ne sont pas les affections les plus spectaculaires pouvant toucher le torero, mais elles n'en sont pas moins graves. Cependant, leur faible impact fonctionnel les place souvent au second plan face à la responsabilité du matador au cours de la corrida.

A distance du traumatisme, la prise en charge se heurte à nouveau à ce fameux cloisonnement du monde taurin au sein duquel seuls certains praticiens sont tolérés et c'est ainsi qu'il n'est pas rare d'observer des prises en charges d'un autre temps en ce qui concerne la chirurgie de la main.

Enfin, nous avons volontairement insisté tout au long de ce travail sur l'aspect particulier de la psychologie des toreros qui reste, selon nous, un facteur à ne pas négliger avant toute prise en charge tant au niveau chirurgical qu'au cours de la rééducation.

Nous nous sommes volontairement limités à la face peu connue du grand public tant dans la description des techniques que dans l'aspect plus lié aux soins. C'est pour cette raison qu'il nous paraitrait judicieux d'approfondir ce travail en insistant sur la biomécanique mais également sur l'ensemble des troubles musculo squelettiques liés à cette pratique.

Glossaire

Arènes: Traduction : *plaza de toros*. Enceinte dans laquelle se déroulent les jeux taurins. Autrefois, l'arène s'improvisait sur les places des villes ou des villages (d'où le nom de *plaza*). Autour de la piste de sable fin r*uedo*, où se déroule la corrida, délimitée par une barrière la séparant du *callejon*, couloir réservé aux toreros et à tous les professionnels sont disposés les gradins où prend place le public. Les arènes sont réparties en trois catégories en fonction de leur fréquentation. Parmi les principales arènes d'Espagne de première catégorie, on peut citer : Madrid, Séville, Valencia, San Sebastian, Bilbao et Barcelone. Les principales arènes françaises sont pour le Sud-Est : Nîmes, Arles, Béziers et pour le Sud-Ouest : Bayonne, Dax et Mont-de-Marsan.

Banderilles : Bâtonnets entourés de papier de couleur, terminés par un harpon, que les *banderilleros*, ou le *maestro* lui même, clouent sur le dos du *toro* par paire au cours du deuxième tiers.

Banderillero : Ce terme qualifie la personne posant les *banderilles*, il peut s'agir du propre *matador* ou d'un subalterne.

Cape ou capote : Sorte de manteau dont se sert le *torero*. On distingue le c*apote de paseo*, richement orné et utilisé lors de l'entrée en piste du *maestro* et le *capote de brega* qui sera utilisé lors du premier tiers par le *maestro* et tout au long du combat par les subalternes.

Cornada : Blessure par coup de corne asséné avec la pointe de cette dernière.

Derechazo : Passe de base de *muleta* au cours de laquelle le leurre tenu par la main droite et associé à l'épée.

Enganche : De *enganchar* = accrocher . Le taureau sur son passage accroche le leurre que ce soit la cape ou la muleta.

Estaquillador : Bâton d'une cinquantaine de centimètres de long sur lequel est montée la *muleta.*

Estocade : Coup d'épée final que porte le torero. Il existe trois façons de porter l'estocade. "Al volapié", désigne l'action du torero qui plonge dans le berceau des cornes, le toro ne bougeant pas. "A recibir" désigne la suerte où le toro vient lui même s'empaler sur l'épée, le torero l'attendant sans bouger. "Al encuentro" est la manière la plus usitée pour porter les estocades, le torero cite le toro et plonge l'épée quand celui-ci a commencé à charger.

Faenas : Travaux. Désigne le troisième tiers, lors duquel le matador, seul avec le toro, le travaille afin de pouvoir lui porter l'estocade.

Matador : De *matar*, tuer. Nom donné au torero chargé de mettre à mort le taureau.

Maestro : Synonyme de *matador*

Muleta : Instrument fait d'une étoffe rouge dont se sert le *matador* pour mener à bien la *faena*.

Mundillo : Petit monde. Se dit de l'ensemble des personnalités qui composent le monde taurin, *toreros*, éleveurs, critiques...

Naturelle : passe de base de *muleta* au cours de laquelle le leurre est tenu seul par la main gauche.

Tercio : Le combat du taureau se divise en trois tercios : durant le premier, le matador torée avec sa cape puis place le taureau face au picador. Durant le second sont posées les banderilles et durant le troisième le matador réalise sa faena de muleta et porte l'estocade

Tienta : Corrida privée et sans mise à mort durant laquelle le ganadero fait toréer ses jeunes vaches par des toreros afin de déterminer leur degré de bravoure et de sélectionner ainsi les mères de ses futurs taureaux

Torero : terme général englobant tous les acteurs de la corrida ayant un lien avec le taureau. Parmi les toreros on retrouve, le matador, les banderilleros et les picadors.

Trastos : Ensemble des instruments utilisés par le matador, à savoir, la cape, la muleta et l'épée.

Véronique : Passe que donne le torero en ouvrant littéralement la cape sur la charge du taureau. Elle porte le nom de Ste Véronique qui tendit un linge au Christ.

Voltereta : Accrochage du torero qui est jeté en l'air par le taureau. La voltereta peut être accompagnée ou non d'une cornada.

Bibliographie

- **BENNASSAR B.** Histoire de la tauromachie, Desjonqueres, 1993.

- **CHAMBRES O, THAVEAU F, GABBAI M, GIRAUD C, GOUFFRANT JM, KRETZ JG.** Une discipline atypique : La chirurgie taurine. A propos de 2 observations. Ann Chir 2005, 130 : pp 340-345.

- **CHARDEL P.** Les préhensions. In : Séméiologie de la main et du poignet, Sauramps Médical, 2001, pp 109-118

- **COLL WARE L, ANTHONY M.** Skin grafts and flaps. Hand and upper extremity rehabilitation (3ème édition), Elsevier, 2006, 2: pp 17-27.

- **LAULAN J.** Biomécanique du poignet. In : Séméiologie de la main et du poignet, sauramps Médical, 2001, pp 29-41.

- **LE NEN D.** Plaies de la main. In : Séméiologie de la main et du poignet. Sauramps Médical, 2001,pp 287-294.

- **MOKNI T.** Accidents liés aux corridas. Urgences 2010, 2010, pp 457-467.

- **NEGRO PERAL A, MINAMBRES MARTIN D, BARTOLOME MARTIN JL.** Lesiones frecuentes en alumnos de escuelas taurinas. Fisioterapia, 2006, 28 (2) : pp 58-64.

- **RONGIERES M, MANSAT M, DARMANA R, BECUE J, RAILHAC JJ.** Pathomécanique des instabilités ligamentaires du carpe. Rev Chir Ortho, 1993, 79 (suppl. 1) : pp 34-35.

- **SALVOCHA JJ, ERCEA R, OTERO A.** Ahora lo sabemos, era una « cornada envainada ». Cir Esp, 2002, 71 : p 51.

- **SKIRVEN T, DE TULLIO L.** Carpal fractures and instabilities. Hand and upper extremity rehabilitation (3ème édition), Elsevier, 2006, 35: pp 461-474.

- **VAZQUEZ BAYOD R, VILLANUEVA SAENZ E, GOMEZ GARCIA E.** Aspectos generales en el manejo quirurgico de las heridas por asta de toro en el valle de Mexico 1997-2000. Reporte de 42 casos. Rev Mex Orthop Traum, 2001, 14 : pp 302-308.

- **VILLA JIMENEZ R.** Cirugia taurina : mito o realidad ? (2ème edition), Moran, 1982, p 183.

« Le toro est le seul animal à qui l'homme donne le droit de tuer l'homme … »

Anonyme