

Contribution à l'étude de la main du joueur de pelote*

(Contribution to the study of the pelotaris' hands)

Camino et Larroulet, Docteurs

[BIBLID \[1136-6834 \(1998\) 11:7-24\]](#)

Les docteurs Camino et Larroulet, tous deux de Cambo, étudient la question de la main du joueur de pelote à main nue esku-uska: déformation de l'auriculaire, oedème de la main, durillons, phénomène du "doigt blanc" et surtout le phénomène particulièrement intéressant du "clou".

Camino eta Larroulet doktoreek, Kanbokoak biek, esku-huskako pilotariaren eskua aztertzen dute. Behatz txikiaren deformazioa, eskuaren edema, kailuak, "behatz zuria" deiturikoa eta, batez ere, erlakaiztenari dagokion kasu bitxia.

Los doctores Camino y Larroulet, ambos de Cambo, analizan la mano del jugador de pelota a mano, esku-uska: deformación del meñique, edema de la mano, callosidades, fenómeno del "dedo blanco" y sobre todo el curioso caso del divieso.

* Communication adressée par Inés Rotaetxe Larroulet

La main du joueur de pelote "esku-uska" c'est-à-dire à mains nues, peut se définir grossièrement comme un instrument de frappe: matière vivante, sensible, dépourvue de défense, en lutte contre une matière résistante inerte, la pelote qui la meurtrit. Regardons un pelotari faire son entrée sur le fronton; jamais il ne donnera toute sa force en frappant la pelote dès le premier coup, mais avant de commencer la partie, il tapote doucement celle-ci contre le mur pour "se faire la main", au besoin avec une balle molle. Ce n'est qu'après ce travail préalable, qu'elle sera apte aux chocs violents sans qu'il apparaisse une douleur quelconque, bien que la main puisse être sensible, si l'on considère l'importance de sa vascularisation et de son innervation.

Ceci nous amène à faire un bref rappel anatomique de la main et à en considérer les régions, qui chez le joueur de pelote, présentent quelque intérêt du point de vue lésionnel dans cette lutte, où les délabrements peuvent présenter des localisations multiples. Ces sujets ont déjà attiré l'attention de nombreux médecins, et nous citerons les très intéressantes thèses du Docteur Etchepare: "Quelques remarques sur le joueur de pelote", et du Docteur Lahontan, dont les conclusions sont à peu près analogues. Il n'a été fait, que nous sachions, aucune étude, aucune communication par nos confrères basques d'au-delà des Pyrénées.

Observons le pelotari. Sa main qui reçoit la balle est excavée en forme de conque, avec les doigts légèrement recourbés. La paume est creusée en une sorte de gouttière que surplombent de chaque côté les éminences thénar et hypothénar, en avant desquels la deuxième phalange du pouce fléchi et l'auriculaire arqué constituent en dedans et en dehors comme une barrière. Ainsi disposée, quelles en sont les parties qui exercent sur la pelote ou subissent de sa part les plus fortes pressions? Evidemment, celles dont la sensibilité est la plus fine ou qui font le plus saillie. C'est pourquoi recevront surtout les chocs de la pelote: la pulpe des doigts, les trois petites bosses graisseuses, sous-cutanées correspondant aux espaces interdigitaux, le massif musculo-osseux constitué par les deuxième, troisième, quatrième métacarpiens et les deuxième, troisième, quatrième phalanges, avec comme centre leur articulation, enfin, la partie antéro-inférieure de la paume de la main parallèle au pli d'opposition du pouce.

Les trois bosses graisseuses sont en rapport dans la profondeur avec les artères digitales et leurs branches terminales, les rameaux terminaux d'une branche du nerf médian. Plus en arrière, vers la face dorsale de la main, nous trouvons le système ostéo-articulaire avec les métacarpiens, les articulations métacarpo-phalangiennes et les phalanges de chaque doigt.

Les coups répétés, incessamment assésés à la pelote peuvent avoir à priori un retentissement non seulement sur la peau, mais encore sur le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, les artères, les nerfs, les os et les articulations des doigts. Ils peuvent modifier la main dans tous ses éléments.

C'est ainsi que divers auteurs ont déjà illustré de façon très complète la déformation du cinquième doigt, l'œdème du joueur de pelote, les durillons de la main et enfin le "clou", "l'itizia" du pelotari, dont les interprétations pathogéniques nous semblent légèrement différentes, si nous tenons compte des constatations observées. Ce sera notre modeste apport à cette question, avec les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

Présentez-moi votre main et je vous dirai si vous êtes Basque. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'obliquité de

dedans en dehors vers l'axe de la main de la dernière phalange de l'auriculaire, formant un angle obtus ou parfois même droit avec l'axe de la phalange. Le cinquième doigt de la main est seul à présenter cette déformation. Les autres n'ont rien. Cet aspect est typique de quiconque a pratiqué le jeu de pelote. Très fréquent, il n'en est pour autant constant ni un signe pathognomonique du pelotari, puisque le plus fameux joueur de trinquet, qui ait peut-être jamais existé, Portefño, en était exempt. Tout ce qu'on peut dire de certain, c'est que cette déformation appartient en propre aux seuls pelotaris à mains nues. Comment expliquer cette déformation? Il semble qu'il faille donner une cause mécanique, la manière dont la pelote vient frapper la main; les doigts sont légèrement incurvés pour bien garder le contact avec la pelote, celle-ci frappe particulièrement le bord cubital de l'auriculaire, la charnière formée par l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième; écrasant celle-ci, distendant légèrement le ligament interne, elle rejette la troisième phalange en dehors.

Pour qui joue à la pelote, l'œdème de la main est un incident banal. Au début d'une partie, rapidement apparaît sur le dos de la main une dilatation du relief veineux sous-cutané, une vive sensation de chaleur, les doigts augmentent progressivement de volume. Ils pendent lourds, gros, informes, boudinés. La main est énorme, en battoir, a perdu sa souplesse et par moment toute précision pour diriger la pelote dans la direction connue; le joueur "lâche la pelote" au cours du point. Parallèlement, la sensibilité a disparu pour faire place à une hypoesthésie. Celle-ci, avec le gonflement n'a ni localisation ni limite précises. Les conséquences immédiates de l'œdème sont bénignes. Il cède rapidement, disparaît complètement après le sommeil d'une nuit. La conséquence lointaine de cet œdème traumatique est l'augmentation du volume de la main aussi bien en largeur qu'en épaisseur. L'inspection d'une main de joueur professionnel est caractéristique: on est frappé par son aspect grossier, élargi et épaissi qui lui donne une apparence de bouleversement, auquel s'associent les modifications cutanées apportées par les chocs de la pelote.

C'est un fait de notion vulgaire que des heurts, des frottements répétés sur la peau provoquent un épaississement de l'épiderme. La face palmaire de la main du joueur présente une dureté ligneuse du fait de l'hypertrophie de la couche cornée. Il se développe des callosités caractéristiques, non douloureuses, ne faisant pas saillie sur la peau. Ces durillons se rencontrent essentiellement aux points de choc de la pelote:

- au centre de la pulpe des troisième et quatrième doigts: ils sont de la dimension d'une lentille de couleur jaune gris, légèrement translucide. Souvent à leur place on ne trouve qu'une petite tache ecchymotique due à une légère suffusion sanguine qui se résorbera en quelques jours.

- Il en est de même au niveau des massifs musculo-osseux des troisième et quatrième doigts plus haut signalés et à la partie inférieure de l'éminence thénar. Le durillon qui se développe à cet endroit n'est plus arrondi, mais ovalaire, de la taille et forme d'un haricot, n'empiète que rarement sur le pli de la peau qui relie la base du pouce à celle de l'index. Cette localisation semble être spécifique du joueur de pelote.

Les durillons ne sont guère gênants et sont bien supportés. Et si l'œdème de la main est constante et désagréable, ce gonflement n'est pas la conséquence la plus redoutée du joueur. Il en existe une autre que tout pelotari craint par dessus tout du fait de la douleur particulièrement vive qu'elle provoque. C'est le clou. Beaucoup de joueurs l'ont éprouvé. Ils ne

savent pas l'expliquer. Ils souffrent. Ils vous montrent leur main et vous disent: "C'est là que j'ai mal". Le clou, c'est le "Aie" significatif de la douleur qui transfixe la main et qui échappe des lèvres lorsque vous appuyez à l'endroit indiqué. Classiquement en observant la main, vous ne découvrez rien. Tout au plus voit-on une tache ecchymotique sous-cutanée sans aucun autre symptôme d'accompagnement: il n'y a pas d'empatement ni de tuméfaction anormale, seulement une hyperesthésie très marquée qui ne tolère aucun contact sans exacerber la douleur. On a prétendu que cette douleur était essentiellement localisée au niveau des espaces interdigitaux entre le doigt majeur et l'auriculaire, plus rarement entre l'index et le majeur, et s'accompagnait d'une irradiation algique vers la face dorsale de la main. Parfois aussi, une crevasse profonde et facilement saignante peut apparaître sur cette même face entre les deuxième et troisième espaces interdigitaux.

Ces altérations indiscutables sont dues au fait que la pelote frappée avec force contusionne les vaisseaux artériels et les filets nerveux sous-jacents: les terminaisons du nerf média sont comme écrasées, d'où hyperesthésie momentanée. Le sang, issu des artérioles directement traumatisées s'infiltré dans le tissu cellulaire avoisinant, d'où formation constante d'ecchymose interdigitale, qui est le délabrement le plus important.

C'est à la même cause de contusion vasculaire qu'il faut attribuer le phénomène du doigt mort, "doigt blanc" si douloureux parfois et justiciable du glycostène intraveineux.

Nous pensons seulement qu'il ne s'agit pas là du vrai clou. Nous avons en effet observé des cas, dans lesquels les lésions présentées étaient sensiblement différentes quant à leur topographie et description, et fait unique à notre connaissance, on a pu se rendre compte des altérations anatomopathologiques macroscopiques qui leur correspondaient du fait que leur ablation totale n'a pu être pratiquée.

Dans tous les cas, l'élément douloureux était capital, obligeant le joueur à surseoir à la pratique du jeu de pelote. Dans tous les cas, cette douleur était très précisément localisée au niveau de la troisième articulation métacarpophalangienne; C'est le point capital à souligner: le clou repose en arrière sur un plan osseux, dur, qui explique, la contusion et l'éclatement des vaisseaux sous le choc de la pelote. Quand on examinait la main, la face palmaire présentait dans nos cas à l'endroit douloureux un durillon analogue à ceux que nous avons signalé précédemment: hypertrophie kératosique ne faisant pas saillie sur la peau. Son ablation a été pratiquée avec une pince de pédicure par prélèvements successifs en fines particules. Latéralement et au-dessous il n'y avait pas de solution de continuité, mais un fin manchon central ecchymotique, se prolongeant dans la profondeur, entouré d'une zone de contusion œdémateuse plus importante. Le tout a pu être cureté. Douleur, durillon superficiel, manchon central ecchymotique, zone contusionnée périphérique, le tout localisé sur le plan ostéo-articulaire nous paraissent caractériser le vrai clou.

D'autre part, il est à noter que ce traitement d'exérèse de technique facile, a eu d'excellents résultats, puisque les joueurs ainsi traités ont pu reprendre sans complications la pratique du jeu dix jours environ après l'intervention au lieu de deux ou trois mois sans intervention et que le clou, qui par le passé les incommodait fréquemment, ne les a plus inquiétés durant des périodes de temps allant jusqu'à quatre ans et plus.

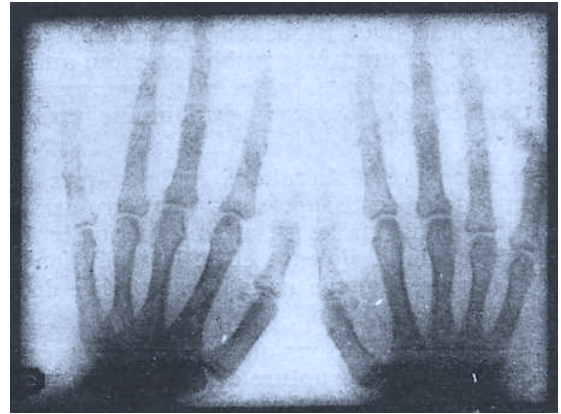


Fig.1. Radiographie des mains d'un pelotari célèbre (Remarque la déformation de la dernière phalange de l'auriculaire).

Il semble ainsi que cette épreuve thérapeutique permette de rejeter la théorie pathogénique voyant dans le clou une arthrite de l'articulation métacarpophalangienne, puisqu'après extirpation, les joueurs ne présentaient pas la moindre sensation de douleur à ces niveaux et qu'ils ont pu rejouer régulièrement.

Au point de vue évolution, le clou présente une durée plus au moins variable. Il persiste pendant quelques jours, des mois entiers, des années même. Il récidive souvent avec une déplorable facilité. Il ne survient jamais de complications. On a conseillé à titre préventif aux joueurs qui présentent à la pression une douleur si légère soit-elle, l'alternance de bains de mains d'eau chaude et froide qui dans certains cas hâtent sa résolution.

Enfin on peut se poser une question, et nous en terminerons par là. Y a-t-il dans le "clou" des altérations osseuses?

Nous avons eu l'occasion de pratiquer des radiographies de mains chez des joueurs présentant le clou, en période aiguë. A l'exception de la déformation des deuxième et troisième phalanges de l'auriculaire et non pas seulement de la troisième comme on l'a écrit dans les deux thèses précitées, nous n'avons constaté aucune atteinte osseuse, pas d'hypertrophie. La structure de l'os est normale, on n'observe pas de géodes, de formations kystiques ni d'hématomes sous-périostés. Cela est important si l'on se rappelle que l'arrière-plan du clou repose sur les métacarpiens.

En période de calme, les mêmes radiographies ne montrent rien de plus. Enfin nous avons pu pratiquer des clichés, de la main chez des joueurs très sensibles au clou, qui ne s'adonnent plus à la pelote depuis vingt ans, donc après un recul de temps considérable. Les radiographies ne présentent aucune anomalie.

Il n'existe donc pas d'altérations radiologiques, remaniant de façon appréciable le tissu osseux, peut-être existe-t-il tout au plus cliniquement une légère atteinte périostée, facilement explicable du fait de la violence et de la répétition des chocs ou d'arthrite osseuse, comme nous l'a suggéré le docteur Lastrade (Ustaritz)?

En conclusion, nous pensons que le clou est essentiellement une ecchymose due à une rupture de vaisseaux par contusion, avec participation de meurtrissure des filets nerveux de la main, reposant en arrière sur le plan osseux formé par des métacarpiens, recouverte en avant d'un durillon. Il n'y a pas d'hygroma.

Et enfin l'extirpation du clou est facile et permet une reprise rapide du jeu de pelote.