

Andrzej L. Komorowski* [ORCID: 0000-0002-5763-7921]

Zakład Dydaktyki Chirurgicznej, Katedra Chirurgii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

SPECYFIKA LECZENIA CHIRURGICZNEGO RAN POWSTAŁYCH PODCZAS WALK BYKÓW

Autor korespondencyjny:

Andrzej L. Komorowski, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: alkomorowski@wp.pl

Streszczenie

Urazy zadawane torreadorom podczas walk byków cechują się własną specyfiką. W krajach, w których tego rodzaju widowiska stanowią stały element krajobrazu kulturowego, leczenie urazów zadawanych przez byki podczas korridy oraz amatorskich gonitw z bykami jest stałym elementem nauki lekarzy i chirurgów. W poniższym artykule przedstawiono podstawowe informacje na temat charakterystyki urazów zadawanych przez byki oraz specyfiki ich diagnozowania i leczenia zarówno w miejscu zdarzenia (bezpośrednio na arenie), jak i w szpitalu.

Słowa kluczowe: walki byków, chirurgia urazowa

* Chirurg Areny w El Puerto de Santa María w Hiszpanii w sezonie letnim walk byków 2009.

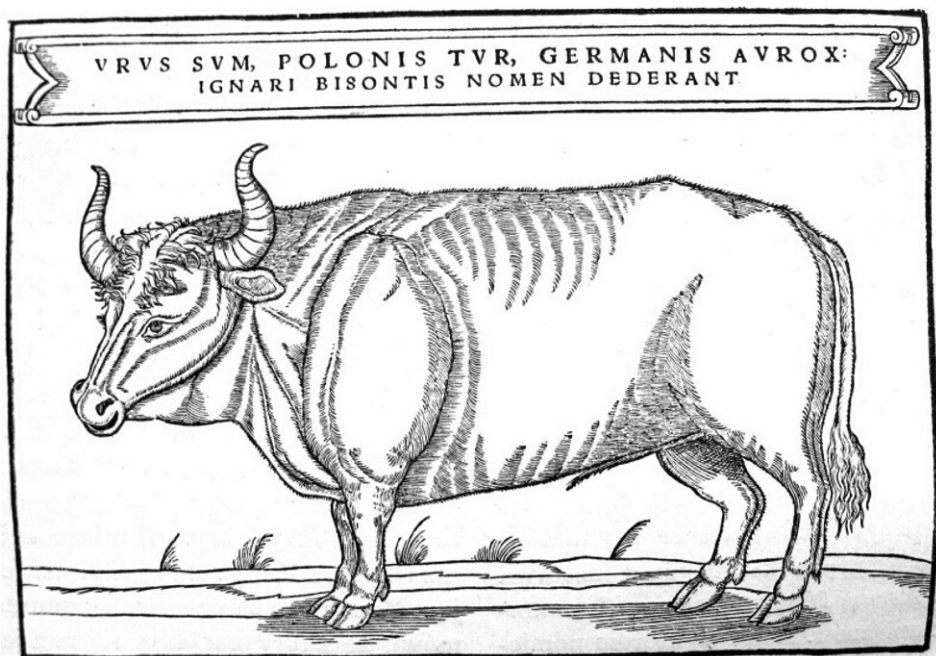
Wprowadzenie

Programy nauczania medycyny na uniwersytetach hiszpańskich i polskich są do siebie bardzo podobne. Istnieje jednak jedna, istotna różnica uwarunkowana kulturowo. O ile studenci polscy przyswajają sobie podczas kursu toksykologii specyfikę zatruć grzybami oraz możliwości diagnostyki i leczenia chorych zatrutych tym leśnym specjałem, o tyle ich koledzy w Hiszpanii poznają mechanikę urazów zadawanych przez byki, klasyfikację ran oraz zasady określające diagnostykę i leczenie chorych po tego rodzaju urazach. Tak jak w Polsce grzybobranie jest zjawiskiem powszechnym [1], tak w Hiszpanii niemal we wszystkich większych i mniejszych miejscowościach (z wyjątkiem Katalonii) odbywają się klasyczne korridy bądź innego rodzaju imprezy masowe, których elementem jest gonitwa z bykiem. Jeżeli dodać do tego podobne festyny we Francji, w Portugalii oraz kilku krajach Ameryki Łacińskiej, nie dziwi, że szacunkowo ok. 60 mln ludzi na świecie bierze udział we wszelkiego rodzaju walkach i gonitwach z bykami [2].

Powszechność tych widowisk w niektórych rejonach świata sprawia, że równie popularnym zjawiskiem stają się urazy powodowane przez byki. Stąd potrzeba przygotowania teoretycznego – nie tylko hiszpańskich lekarzy – do prowadzenia diagnostyki i leczenia tych dość jednak nietypowych urazów [3]. O ile dla polskiego lekarza zjawisko to może być egzotyką, o tyle dla osoby zarówno podczas pobytu stricte turystycznego, jak i zwłaszcza podczas dłuższego pobytu i pracy zawodowej w jednym z krajów o kulturze tauromachii, znalezienie się w sytuacji wymagającej podstawowej wiedzy o urazach zadawanych przez byki może być czymś powszechnym. W poniższym artykule przedstawiono najważniejsze informacje na temat: specyfiki urazów zadawanych przez te zwierzęta, głównych zasad obowiązujących przy określaniu stopnia rozległości urazu oraz sposobu jego leczenia, a także problemów z jakimi może zetknąć się lekarz leczący zarówno torreadorów, jak i uczestników innego rodzaju gonitw i festynów z udziałem byków.

Krótki rys historyczny

Aby w pełni zdać sobie sprawę z charakteru urazów zadawanych przez byki, należy krótko opisać narzędzie urazu – byka. W Hiszpanii, podobnie jak w pozostałych krajach gdzie kulturowany jest zwyczaj walk byków, czyli korridy, wykorzystuje się specjalnie w tym celu hodowane byki bydła domowego *Bos taurus*. Sami hodowcy lubią powtarzać, że jest ono dużo bliżej spokrewnione z turem *Bos primogenius* (ryc. 1) niż z innymi gatunkami hodowanego na świecie bydła. Rzeczywiście, analizując fenotyp byków wykorzystywanych do walk, można zauważyć o wiele więcej cech łączących go z fenotypem tura, którego ostatni okaz padł na Mazowszu w Puszczy Jaktorowskiej w 1627 r., o czym chętnie i z dumą wspominają także autorzy hiszpańscy [4].



Rycina 1. Tur na rycinie z książki *Rerum Moscoviticarum Commentarii* Zygmunta Herbersteina wydanej w Bazylei w 1556 r. Napis nad turem głosi: „Jestem Urus, po polsku tur, po niemiecku *aurox*: ignoranci zwą mnie żubrem”

Na przestrzeni wieków zmieniały się pewne cechy byków hodowanych do walk w zależności od poszukiwanego przez hodowców wzorca. Wynikało to także z ewolucji korridy hiszpańskiej. Początkowo stanowiła ona okazję dla rycerstwa do treningu walki na koniu. Zadaniem pieszych torreadorów było zaganianie byka w kierunku jeźdźcy i ewentualne odganianie go, gdyby rycerz spadł z konia. Pozostałością tego pierwotnego zastosowania walki z bykiem jako treningu rycerskiego jest korrida typu *rejoneo* [czyt. rehoneo]. Z czasem, a konkretnie w okolicach XVIII w., piesi naganiacze uznali, że bieganie za bykiem i próba zabicia go stanowi także nie lada wyzwanie i jednocześnie jest niezwykle fascynującym, ściągającym rzesze gawiedzi widowiskiem [5]. Korrida przeszła zatem ewolucję od ekskluzywnego sportu rycerskiego do zabawy przeznaczonej dla wszystkich warstw społecznych. Ponieważ do korridy pieszej nie potrzeba było drogiego i doskonale ułożonego konia, jej trenowaniem mógł się zająć w zasadzie każdy zainteresowany. Zrastanie się korridy ze swoście pojętą „hiszpańskością” nasiliło się zwłaszcza w okresie interwencji wojsk Napoleona w latach 1808–1814, wspieranych przez Polaków. W ten sposób powoli kształtowała się korrida XIX-wieczna, różniąca się od dzisiejszej głównie tym, że po pierwsze w jej trakcie ginęły rutynowo także konie naganiaczy (nie używane tak

jak w *rejoneo* do ataków, uników i zwodów, a jedynie do drażnienia byka przez pikadorów; zamiast doskonale wyszkolonych koni „tańczących” przed bykiem stosowano stare, nieprzydatne do innych prac gospodarskich konie, które gdyby nie na pożegnalny występ na arenę zawieziono by do rzeźni, a po drugie, że przez cały czas trwania korridy nie usuwano zabitych zwierząt z areny. W ten sposób w trakcie spektaklu, jak pisał Henryk Sienkiewicz, piasek areny jest zasłany rozszarpanymi ciałami koni (ryc. 2) a w końcu i byków, przez co cała arena jest wypełniona zapachem krwi. Oddajmy zresztą głos autorowi Trylogii: „Oto z rozdartego brzucha zwiesza się mu cały wór wnętrzności wraz z różową śledzioną, sinawą wątrobą i zielonkawym żołądkiem. Nieszczęsne zwierzę usiłuje postąpić kilka kroków, lecz drżące nogi płaczą mu się we własne kiszki, więc pada, kopie ziemię kopytami, drga – tymczasem nadbiegła służba, zdejmuje siodło i uzdę, męki zaś konia kończy uderzeniem sztyletu tam, gdzie głowa łączy się z szyją. Na arenie zostaje nieruchomy trup [...]. *El toro* tymczasem, zaprawiwszy się raz we krwi, zabija kilka innych koni [...] i straszny jest wówczas, gdy okryty potem, świecący się w słońcu, z zakrwawionym od lanc karkiem i ubarwionymi na czerwono rogami obiega arenę, jakby w upojeniu zwycięstwa. Czasem zatrzymuje się nagle nad nieruchomym już ciałem konia i mści się nad nim straszliwie; porywa je na rogi, obnosi wokół areny obrzucając skrzące kroplami krwi widzów pierwszego rzędu” [6].



Rycina 2. Litografia braci Rouargue z 1848 r. przedstawiająca scenę z korridy (zbiory autora)

Korrida krytykowana była od dawna, przy czym początkowo zwracano uwagę głównie na nieodpowiedzialne wystawianie się przez uczestników widowiska na śmierć. Z tego powodu w 1567 r. papież Pius V wydał edykt zakazujący walk z bykami – *agitatio taurorum* – pod karą ekskomunikacji. Nie we wszystkich krajach chrześcijańskich zastosowano się w tym samym stopniu do papieskiego obwieszczenia, ale z czasem, dzięki uporowi następcy Piusa V, Grzegorza XIII, nawet w upajającej się korridami Hiszpanii udało się przeforsować szereg ograniczeń, zmierzających do zmniejszenia ryzyka śmierci torreadorów. Wiek XIX, a zwłaszcza wiek XX, to z kolei systematyczne wprowadzanie przepisów mających na celu bezpieczeństwo innych – prócz byków – zwierząt biorących udział w widowisku. Obecnie w krajach europejskich w których dozwolona jest korrida (Hiszpania, Francja oraz Portugalia), na ryzyko ciężkiego urazu narażeni są jedynie torreadorzy. Ponadto w Hiszpanii i we Francji w trakcie każdej korridy ginie niemal zawsze sześć byków. W Portugalii jest ona bezkrwawa z punktu widzenia zwierząt – byki nie giną, ale za to uczestnicy zawodów są narażeni na typowe urazy przez nie zadawane [7].

Osobnym zwyczajem pokrewnym walkom byków są typowe dla Hiszpanii zabawy polegające na wypuszczaniu stada byków na ulice miasta. Zwyczaj ten rozpropagowany został przez Hemingwaya w pochodzącej z 1925 r. książce *Słońce też wschodzi*. Opisany popularny festyn typu *encierro* jest często źródłem urazów dużo cięższych niż te, które zdarzają się zawodowym torreadorom.

Charakterystyka urazów podczas walk byków

Współcześnie podczas korridy występują byki o wadze 400–500 kg, aczkolwiek widuje się czasem okazy osiągające 600 kg. Generalnie nie poszukuje się byków jak najcięższych z uwagi na to, że są one zazwyczaj mniej aktywne i wolniejsze, przez co korrida traci na atrakcyjności, a jednocześnie zwiększa się zagrożenie dla jej uczestników. Byk może poruszać się z prędkością dochodzącą do 35 km/h. Dzięki masywnej budowie karku jest w stanie podrzucić nawet trzykrotność swojej wagi [3]. Rogi byka mierzą 10–40 cm długości i ok. 15 cm średnicy u podstawy, a siła uderzenia rogiem to ok. 3 tony/cm² [8].

Byk atakujący ofiarę stara się w pierwszym momencie wbić w nią rogi (atak z pochyloną głową), a następnie unieść ją i kilkakrotnie podrzucić. Taki sposób ataku powoduje kilka niezależnych ran kłutych lub co gorsza kilka trajektorii wewnętrznych przy jednej ranie wlotowej. Jak wspomniano róg może osiągać do 40 cm długości, dlatego w chwili podrzucania pozostaje nadal w ciele ofiary, zachowując tę samą ranę wlotową, ale każdorazowe opadnięcie ciała ofiary pod wpływem siły ciężkości powoduje nowy przebieg rany wewnętrznej i nowy uraz [9].

Rany zadane rogiem klasyfikuje się następująco:

- *Varetazo* – uraz rogiem bez przerwania ciągłości skóry;

- *Puntazo* – rozcięcie tkanek bez przzerwania ciągłości powięzi;
- *Cornada* – rana kłuta o jednym lub kilku kanałach wewnętrznych;
- *Cornada envainada* – uraz w którym nie dochodzi do przzerwania ciągłości skóry, ale dochodzi do uszkodzenia narządów wewnętrznych podobnie jak w urazach tępych [10].

Statystyka urazów

W fachowej literaturze medycznej niewiele jest kompleksowych opracowań dotyczących statystyk urazów doznawanych przez torreadorów w czasie walk byków. Jedną z najbardziej wyczerpujących publikacji w tym zakresie jest praca Rudloffa i wsp. z 2006 r. Autorzy analizują doświadczenia zebrane w czasie 10 lat obserwacji i leczenia urazów w trakcie korridy na meksykańskiej arenie w Guadalajarze. Opracowanie objęło 2328 walk, w których wzięło udział 750 torreadorów, z których z kolei 68 (9%) wymagało zaopatrzenia urazu. Anatomiczna dystrybucja urazów w opisywanej grupie została przedstawiona w tabeli 1, natomiast rodzaj urazu w obrębie najczęściej narażonej na uszkodzenie kończyny dolnej w tabeli 2 [11].

Tabela 1. Anatomiczna lokalizacja urazów w trakcie walk byków

Okolica anatomiczna	% urazów
Kończyna dolna	58%
Kończyna górna	9%
Pachwina	8%
Krocze	7%
Brzuch	5%
Głowa	5%
Szyja	5%
Klatka piersiowa	3%

Tabela 2. Rodzaj uszkodzenia w obrębie kończyny dolnej

Rodzaj uszkodzenia	Częstość
Uszkodzenie tkanek miękkich	62%
Uszkodzenie tętnicy udowej	4%
Uszkodzenie żyły udowej	1%
Złamanie otwarte	1%
Złamanie zamknięte	4%
Zwichnięcie stawu	4%

Powyższe statystyki dotyczą jedynie urazów zawodowych matadorów. We wszystkich krajach, w których istnieje tradycja walk z bykami, oprócz klasycznej korridy z udziałem torreadorów pieszych lub na koniach (*rejoneo*) często w ramach świąt i festiwali wypuszcza się byki na arenę wraz z ochotnikami z publiczności (ryc. 3) bądź na ulice miast, aby chętni mogli spróbować swoich sił w gonitwie z tymi potężnymi zwierzętami. Najślynniejsza gonitwa z bykami po ulicach miasta (*encierro*) ma co roku miejsce w Pampelunie. W mniejszych miejscowościach i wsiach podobne zabawy nie są tak drobiazgowo przygotowywane i zabezpieczane jak *encierro* w Pampelunie, gdzie policja sprawdza trzeźwość uczestników, a na trasie biegu czuwa kilka zespołów reanimacyjnych. Nierzadko wiejska zabawa z bykiem polega po prostu na wypuszczeniu go w tłum będących pod wpływem alkoholu mieszkańców. Lekarz podejmujący się zabezpieczenia medycznego tego typu imprez musi przygotować się na liczne potłuczenia, zwichnięcia oraz urazy zadane sobie nawzajem przez uciekających uczestników zabawy. Co gorsza, wiąże się to dla niego z dużym ryzykiem odpowiedzialności cywilnej, a nawet karnej. Jakby tego było mało, bardzo często ubezpieczalnie odmawiają wypłaty odszkodowań z lekarskiego OC, uznając, że lekarz zabezpieczający *encierro* nie wykonuje swojego zawodu w miejscu do tego przeznaczonym. Jest to podejście o tyle problematyczne, że przepisy hiszpańskie zobowiązują każdego organizatora (czyli w praktyce ok. 70% wszystkich gmin w Hiszpanii) do zapewnienia profesjonalnej opieki lekarskiej w miejscu zdarzenia. Jak to często bywa, wzajemnie wykluczające się przepisy powodują, że jedyną osobą którą można obarczyć za wszystkie nieszczęścia jest lekarz [12].

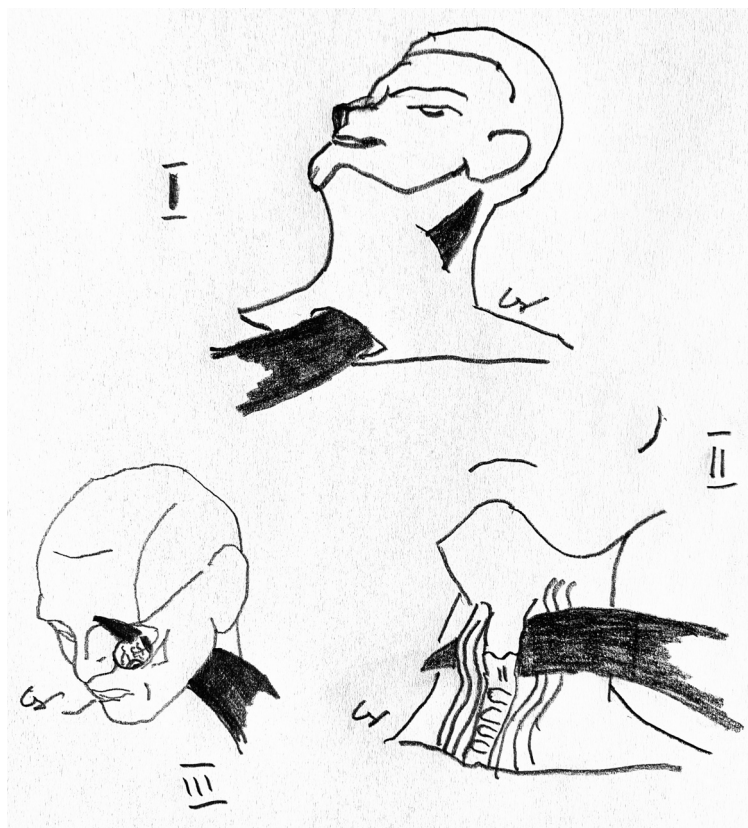
Jeżeli podczas wiejskiej gonitwy ulicznej za bykiem nieszczęśliwie dojdzie do urazu zadanego przez zwierzę, to zazwyczaj ma on miejsce w okolicy pośladkowej; urazy zadane od przodu prawie się nie zdarzają. Rana okolicy pośladkowej może być jednak bardzo groźna, gdyż może oznaczać rozerwanie odbytnicy lub nerwu kulszowego. Urazy pleców mogą natomiast kończyć się ciężkimi obrażeniami narządów zaotrzewnowych (śmiertelny krwotok z rozerwanej przez uderzenie rogiem w plecy nerki zakończył na arenie w El Puerto de Santa María w 1771 r. karierę José Cándido), a nawet wewnątrzotrzewnowych. Rzecz jasna rozjuszony byk, który postanowi zaatakować leżącego uczestnika *encierro* może zadać cios w dowolną okolicę ciała. Taki nieszczęśliwy cios otrzymał w 2011 r. w Pampelunie młody mieszkaniec Madrytu, u którego róg byka wszedł w okolicę nadobojczykową, przebił płuco i rozerwał łuk aorty. Tego typu uraz kończy się oczywiście natychmiastowym zgonem.

Jak wspomniano, mechanika urazów u zawodowych torreadorów jest nieco inna od tej spotykanej u przypadkowych uczestników *encierro*. Znajomość techniki walki, psychologii zwierzęcia oraz – *last but not least* – obecność tuż obok kolegów torreadorów, którzy w razie potrzeby natychmiast starają się odciągnąć rozszalałe zwierzę od rannego i błyskawicznie zapewnić mu pierwszą pomoc dostarczając go do ambulatorium, pozwala wielokrotnie uchodzić

z życiem z najtrudniejszych opresji. Oprócz wspomnianych elementów, niezbędne jest jeszcze szczęście. Może o nim mówić, nawet trzykrotnie, Juan José Padilla z Jerez de la Frontera, który otrzymał w czasie swojej kariery 39 ran kłutych, z których co najmniej trzy mogły się zakończyć dla niego tragicznie. Następujące uderzenia rogiem otrzymane w czasie walki przez Padillę zostały przedstawione na schematach: w 2001 r. w San Sebastian podłużny penetrujący uraz szyi; w tym samym roku w Pampelunie poprzeczny penetrujący uraz szyi z rozerwaniem krtani, przełyku oraz złamaniem kręgosłupa szyjnego, ale bez uszkodzenia naczyń (sic!); w 2011 r. w Saragossie penetrujący uraz twarzoczaszki z rozerwaniem oczodołu, wypchnięciem gałki ocznej i przerwaniem nerwu twarzowego (ryc. 4). Nawet ten ostatni uraz nie zakończył kariery Padilli, który występował nadal mimo braku oka i pełnego porażenia Bella.



Rycina 3. Plakat o zabawie z bykami dla ochotników na arenie w Sanlúcar de Barrameda. Wśród ochotników Esmeralda Cabral, pielęgniarka ze szpitala w tym samym mieście. W górnym prawym rogu dedykacja od Esmeraldy dla autora artykułu



Rycina 4. Urazy Juana José Padilli: I – perforacja wzdłuż tkanek miękkich szyi; II – perforacja poprzeczna szyi z rozerwaniem krtani, przełyku i złamaniem kręgosłupa; III – przerwanie nerwu VII ze zniszczeniem oczodołu i wypchnięciem gałki ocznej z rozerwaniem nerwu wzrokowego (rys. C. Sosath)

Leczenie chirurgiczne

Pierwszej pomocy chirurgicznej udziela się poszkodowanemu po przeniesieniu do ambulatorium w obrębie budynków areny. W zależności od jej wielkości i kategorii na punkt sanitarny może składać się w pełni wyposażony blok operacyjny przygotowany do rozległych zabiegów w zakresie jamy brzusznej, klatki piersiowej i chirurgii naczyniowej lub też pomieszczenie bez dostępu do wody bieżącej oraz pozbawione jakiegokolwiek wyposażenia (w tym krzesła). Na ilustracjach przedstawiono stan ambulatorium chirurgicznego w El Puerto de Santa María (ryc. 5 i 6). Arena w tym mieście jest klasyfikowana jako arena kategorii II, za-

tem ustępuje wyposażeniem i zabezpieczeniem medycznym arenom kategorii I, które znajdują się w Madrycie (Las Ventas), Sewilli (La Maestrazna), Barcelonie (obecnie w Katalonii obowiązuje zakaz walk byków), Walencji, Bilbao, San Sebastian, Saragossie i Kordobie. Ambulatorium w El Puerto de Santa María jest jednak przygotowane do przeprowadzenia rozległych zabiegów w znieczuleniu ogólnym. Posiada w pełni wyposażoną salę operacyjną, pokój badań oraz 3-lóżkowy oddział obserwacyjny. Podczas walk dyżuruje chirurg ogólny z anestezyjologiem oraz dyplomowany pielęgniarz.



Rycina 5. Sala obserwacyjna w ambulatorium na arenie w El Puerto de Santa María (fot. autor)



Rycina 6. Sala operacyjna w ambulatorium na arenie w El Puerto de Santa María (fot. autor)

W przypadku wystąpienia urazu, po zniesieniu rannego z areny koledzy torreadorzy przenoszą go na ramionach do pomieszczenia badań. Tam zostaje natychmiast rozebrany do naga (strój torreadora jest przystosowany do rozcięcia na całej długości od nogawki do barku, aby rozebranie pacjenta trwało ok. 10 sekund), a chirurg dokonuje pierwszej pobieżnej oceny rozległości i nasilenia zmian urazowych. W zależności od jej wyniku należy zdecydować, czy chory będzie mógł kontynuować walkę (czego zazwyczaj domaga się ranny oraz towarzyszący badaniu pozostali torreadorzy, o ile rana nie jest na tyle rozległa, aby postronni obserwatorzy rozumieli powagę sytuacji). Równie ważną decyzją, która ma kluczowe znaczenie dla dalszego przebiegu leczenia, jest to, gdzie prowadzona

będzie eksploracja chirurgiczna i leczenie operacyjne. Do wyboru mamy pozostanie w ambulatorium areny lub przejazd do najbliższego centrum urazowego.

Jeśli zostanie podjęta decyzja o leczeniu chorego w ambulatorium na arenie, bezzwłocznie przystępuje się do dalszych kroków. Po przeniesieniu na stół operacyjny (rolę sanitariuszy i salowych pełnią ubrani w kolorowe stroje koledzy torreadorzy) i po zastosowaniu odpowiedniego znieczulenia, należy przystąpić do opracowania rany przestrzegając kilku podstawowych zasad:

- 1) przykrycie rany sterylnymi kompresami i przeprowadzenie chirurgicznego mycia skóry wokół kompresów;
- 2) usunięcie sterylnych kompresów i przeprowadzenie obfitego płukania roztworem soli fizjologicznej oraz roztworem jodopowidonu;
- 3) zmiana rękawiczek i obłożenie pola operacyjnego;
- 4) dokonanie oceny rozległości, głębokości i przebiegu rany palcem, przy czym należy pamiętać o możliwych dodatkowych kanałach rany, co opisano powyżej;
- 5) w zależności od wyniku oceny rozległości rany należy poprowadzić cięcie pozwalające na wygodny dostęp do wszystkich uszkodzonych narządów;
- 6) wycięcie brzegów rany;
- 7) wycięcie wszystkich fragmentów tkanek martwiczych;
- 8) hemostaza;
- 9) nekrozektomia (postępując w myśl zasady nakazującej wycinać każdy fragment tkanki, który ani nie krwawi, ani się nie kurczy);
- 10) rekonstrukcja; założenie szwów sytuacyjnych (nie należy zamykać rany powłok na głucho);
- 11) bezzwzględnie należy założyć dren, który pozostawiamy na 48 godzin;
- 12) podanie surowicy przeciwężcowej;
- 13) ponieważ rana jest zakażona bakteriami gram+, gram- oraz beztlenowymi w związku z czym proponowana antybiotykoterapia to metronidazol lub klindamycyna z aminoglikozydem (genatmycyna lub amikacyna) i penicylina krystaliczna [13].

Jak już wspomniano, przeprowadzając ocenę rozległości urazu, chirurg musi jednocześnie podjąć szybko decyzję, czy chorego można bezpiecznie zaopatrzyć w ambulatorium na arenie, czy też należy przetransportować go do większego ośrodka. Decydując się na jedną z opcji, oprócz rozległości urazu i stanu chorego oraz możliwości technicznych w danym ambulatorium, należy także pamiętać o kolejnym czynniku, jakim jest czas transportu do większego ośrodka. Pobieżne zaopatrzenie rany może mieć fatalne skutki, jak miało to miejsce w 1984 r. po urazie jakiego doznał matador Paquirri w okolicy trójkąta Scarpy. Po zaopatrzeniu, jak się wydawało, niegroźnego krwawienia podjęto decyzję o przewiezieniu torreadora do Kordoby oddalonej o 80 km, jednak Paquirri wykrwawił się w trakcie transportu [10]. Inną decyzję podjęli chirurdzy po podobnym urazie jakiego doznał w Meksyku José Tomás. W ambulatorium na

arenie wykonano pełną rewizję rany i zatamowano rozległe krwawienie z żyły biodrowej zewnętrznej i udowej. Należy dodać, że arena La Monumental jest największą na świecie i posiada bardzo dobrze wyposażone ambulatorium. Ponadto wśród 40 tys. widzów już w kilkanaście minut po urazie matadora udało się szybko znaleźć wielu chętnych do oddania krwi zgodnej z jego grupą.

Przytoczone zasady dotyczą opracowania każdej rany zadanej przez byka. Oczywiście w zależności od okolicy anatomicznej w której nastąpił uraz, należy brać pod uwagę szereg dodatkowych czynników. Wbrew przytoczonej statystyce z meksykańskiej Guadalajary, inni autorzy – co prawda mniejszych liczebnie opracowań – uważają, że uczestnicy korrid są najbardziej narażeni na urazy naczyniowe okolicy trójkąta Scarpy (skądinąd nazywanego często przez chirurgów i anatomów hiszpańskich trójkątem torreadorów właśnie ze względu na ryzyko urazów w tej okolicy) oraz urazy brzucha. Diagnostyka i leczenie obrażeń brzucha stanowi największe wyzwanie dla chirurgów. Wyjątkową trudnością diagnostyczną charakteryzują się zwłaszcza urazy zadawane od tyłu. W sytuacji braku dostępu do szybkiego wykonania badania KT, a nawet – co niestety jest rzeczywistością w większości małych i średnich aren zwłaszcza w krajach Ameryki Południowej [3] – braku USG, konieczne jest zastosowanie nietypowego postępowania. Okolica anatomiczna obejmująca powierzchnię ograniczoną przez obie linie pachowe środkowe, dolną powierzchnię szóstego żebra, dolny biegun łopatek oraz grzebień biodrowe stanowi odwzorowanie na plecach zasięgu jamy otrzewnej i w związku z tym wszystkie rany w tej okolicy (także bez przerwania ciągłości skóry – *cornada envainada* [14]) zadane przez rogi byka wymagają wykonania laparotomii zwiadowczej z oceną wszystkich organów jamy brzusznej. Postępowanie to różni się istotnie od postępowania z urazami o innym mechanizmie w tym rejonie anatomicznym, w przypadku których preferuje się raczej obserwację, a decyzję o ewentualnej laparotomii podejmuje się na podstawie objawów uszkodzenia narządów wewnętrznych, czyli stabilności hemodynamicznej chorego oraz wyników badań obrazowych typu FAST (o ile są dostępne).

Postępowanie z poszczególnymi narządami jamy brzusznej w sytuacji stwierdzenia ich uszkodzenia przedstawia się następująco:

- 1) zawsze konieczne jest wykonanie manewrów Cattella-Braascha i Mattoxa, aby uwidocznic przestrzeń zaotrzewnową po obu stronach jamy brzusznej;
- 2) uszkodzenia dużych naczyń zaopatrjuje się szwami lub przeszczepem autologicznym; należy unikać stosowania protez z tworzywa sztucznego;
- 3) uszkodzenia żołądka i jelita cienkiego należy zaopatrzyć jak najmniejszą liczbą szwów pojedynczych po uprzednim upewnieniu się, że tkanka jest żywa i prawidłowo ukrwiona (tj. unikamy gęstego zakładania szwów pojedynczych);
- 4) zespolenie jelita cienkiego należy wykonywać raczej koniec do końca niż koniec do boku (to zalecenie ma uzasadnienie jedynie przy braku dostępności staplerów);

- 5) wszystkie urazy jelita grubego wymagają wykonania kolostomii odbarczającej;
- 6) w urazach prawej połowy okrężnicy wskazane jest wykonanie prawostronnej hemikolektomii;
- 7) w urazach odbytnicy konieczne jest wykonanie klasycznej triady leczniczej znanej z chirurgii wojennej: kolostomii, płukania kikuta i założenia drenu przedkrzyżowego;
- 8) w uszkodzeniach wątroby stosuje się postępowanie typowe jak w urazach tego narządu (kompresja, hemostaza, ewentualnie resekcja);
- 9) w uszkodzeniach śledziony wskazana jest splenektomia [3].

Analizując powyższe wytyczne, należy pamiętać, że zostały one oparte na doświadczeniach chirurgów urazowych pracujących w trudnych warunkach szpitali przy arenach w krajach południowoamerykańskich o często ograniczonej dostępności do nowoczesnych metod diagnostyki i monitorowania stanu chorego. Postępowanie z matadorem, który będzie miał szczęście bezpośrednio po urazie trafić do w pełni wyposażonego centrum urazowego powinno być oczywiście zgodne z wytycznymi obowiązującymi w danym ośrodku. Tym niemniej lecząc takiego chorego należy pamiętać o specyfice urazów zadawanych przez byki, aby nie narazić się na przykrą niespodziankę. Prowadzenie chorego z tego rodzaju urazem poza ośrodkiem urazowym jest niesłychanie trudne, dlatego powyższe uwagi właśnie w takiej niekorzystnej sytuacji mogą się okazać najbardziej przydatne.

Ciekawym elementem diagnostyki i leczenia chorych po urazach w trakcie walk byków jest fakt, że jest to bodaj jedyny przypadek w chirurgii urazowej, kiedy chirurg ma okazję oglądać mechanizm urazu z trybun dla publiczności i to z najlepszych miejsc położonych w cieniu (*sombra*), bezpośrednio przy barierce oddzielającej piasek areny od publiczności. Dużo ważniejszym elementem leczenia chorych podczas walk niż bezpośrednia obserwacja korydru jest jednak wiedza o fizjologii tych nietypowych urazów. Czasem niewielki ruch głową wykonany przez byka tuż przy nachylającym się do ostatniego ciosu matadorze, może ująć uwagę nawet najbardziej baczego obserwatora. Tymczasem byczy róg podczas tego manewru wbija się w udo kucającego torreadora, przebija *lacuna vasorum*, penetruje do miednicy mniejszej i rozrywa żyłę próżną dolną. W ten sposób zginął w El Puerto de Santa María jeden z matadorów, wykrwawiając się na stole operacyjnym przy arenie (według opowieści emerytowanego chirurga w El Puerto, dra J.C.). Kluczowym zatem elementem oceny chorych jest przyjęcie założenia, że uraz może być dużo większy niż wydaje się na pierwszy rzut oka. Dodatkowym elementem utrudniającym ocenę rozległości urazu jest fakt, że torreadorzy walczą w olbrzymim stresie i w związku z tym w momencie przeniesienia do sali badań mają bardzo silne pobudzenie układu adrenergicznego. Nierzadko ciężko ranny torreador wyrывa się kolegom oraz lekarzowi, żądając natychmiastowego powrotu na arenę. Silne pobudzenie adrenergiczne może

zatem maskować objawy rozwijającego się wstrząsu hipowolemicznego i przez to powodować tragiczne w skutkach niedoszacowanie stanu ogólnego pacjenta.

Podsumowanie

Korrida oraz miejskie gonitwy z bykami są tradycyjnym elementem kultury kilku krajów europejskich oraz Ameryki Łacińskiej. Leczenie urazów zadawanych przez byki uczestnikom tego rodzaju atrakcji rządzi się własnymi prawami i jest nieco odmienne od typowego postępowania w urazach powstałych w innym mechanizmie. Mechanika ran zadawanych przez byki oraz trudności w postawieniu prawidłowego i szybkiego rozpoznania powodują, że do leczenia tych urazów potrzebne jest właściwe przygotowanie teoretyczne, którego nie posiadają lekarze szkoleni w krajach, którym obca jest tradycja walk z bykami.

Bibliografia

1. Gawlikowski T, Bilaska-Kos A, Satora L. *Zatrucia grzybami jadalnymi*. Państwo i Społeczeństwo. 2018; 3: 119–131. doi.org/10.31749/pismz2018/20850.
2. Paniagua C. *Psicología de la afición taurina*. Ars Medica. Revista de Humanidades. 2008; 2: 140–157.
3. Pestana-Tirado RA, Herrera F, Ariza-Solano GJ, Barrios AIR, Oviedo Castaño LI. *Trauma por cornada de toro. Experiencia en el Hospital Universitario de Cartagena*. Trib Med. 1997; 96: 67–83.
4. Pedraza FB. *Iniciación a la fiesta de los toros*. Biblioteca Edef, Madrid 2008.
5. Rudowski W. *Spowiedź chirurga. Varia litteraria*. Towpik E (red.). Fundacja im. Jakuba hr. Potockiego, Warszawa 2001; 115–120.
6. Sienkiewicz H. *Walka byków. Wspomnienia z Hiszpanii*. Słowo. 1889; 151–156.
7. Paniagua C. *Bullfight: The afición*. Psychoanalytic Quarterly. 1994; 63 (1): 84–100.
8. Chambres O, Thaveau F, Gabbai M, Giraud C, Gouffrant JM, Kretz JG. *Une discipline atypique: la chirurgie taurine. À propos de deux observations*. Annales de Chirurgie. 2005; 130 (5): 340–345. doi: 10.1016/j.anchir.2005.02.015.
9. Tuser G. *Para entender la corrida de toros*. Tuser JM (il.). Avandaro, México–Barcelona 1961.
10. Ortega-Deballon P, Radais F. *À propos de la chirurgie taurine*. Annales de Chirurgie. 2005; 130: 537. doi: 10.1016/j.anchir.2005.06.003.
11. Rudloff U, Gonzalez V, Fernandez E, Holguin E, Rubio G, Lomelin J, Dittmar M, Barrera R. *Chirurgica taurina: A 10-year experience of bullfight injuries*. J Traum. 2006; 61 (4): 970–974. doi: 10.1097/01.ta.0000196871.19566.92.
12. Franchitto N, Gavarrri L, Zavaleta I, Telmon N, Rouge D. *Responsabilité de l'anesthésiste et corrida*. Ann Francaises d'Anesthésie et de la Réanimation. 2007; 26 (7–8): 656–665. doi : 10.1016/j.annfar.2007.02.021.
13. Campos Ligastro X. *Traumatología taurina*. 2nd ed. Impresiones modernas, México 1984.

14. Sellés-Dechent R. *Herida por asta de toro: Cornada envainada*. Cir Esp. 2002; 72 (1): 53–54. doi: 10.1016/S0009-739X(02)72008-3.

The specific nature of the surgical treatment of bullfight injuries

Abstract

Bullfight injuries are a relatively uncommon type of surgical emergency. However, in countries with a strong bullfighting tradition, the treatment of these injuries has in recent decades almost become a separate trauma specialization. This article presents a short history of bullfighting and describes the social background of bullfights and local festivals, including bull running. It briefly discusses the surgical approach to injuries inflicted by bulls both at the site of injury and upon arrival in hospital.

Key words: bullfighting, trauma surgery