

## **SOBRE HERIDAS POR ASTA DE TORO...**

### *WOUNDS PRODUCED BY BULL HORNS*

Enrique Crespo Rubio

*Académico correspondiente, Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.*

*Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Quirón Rúber Juan Bravo, Madrid.  
Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología Cirujano Jefe de la Enfermería de  
Plazas de Toros (Zamora, Ciudad Rodrigo, Huesca, Alcalá de Henares, entre otras)*

Correspondencia: Dr. Enrique Crespo Rubio  
C/ Del Arte, 25 4ºB 28033 Madrid - E-mail: ejcrubio@yahoo.es

Comunicación presentada, como Primera Lectura, el 28 de abril de 2016.

An Real Acad Med Cir Vall 2016; 53: 301-312

---

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Doctores Académicos, señoras y señores.

Permítanme que inicie mi actividad como Académico Corresponsal expresando mi gratitud a todos ustedes por la generosidad que han tenido admitiéndome como tal y especialmente a las personas que me propusieron, a los doctores Ramos, Rabadán y Mateo. Pues para un cirujano de Zamora este nombramiento y este acto representan, sin duda, no solo el más alto reconocimiento médico concedido a mi persona sino, además, un honor nunca imaginado en mi vida.

Después de examinar la memoria de esta Real Academia en los últimos años y los nombres de quienes contribuyeron a desarrollarla, convendrán conmigo en que mis primeras palabras deben ser para pedirles a todos ustedes indulgencia pues no sé si seré capaz de ennoblecer la memoria del Curso Académico actual como su prestigio merece; incluso les pido tolerancia si mi locución les defrauda ya que, honradamente lo digo, no me veo facultado para alcanzar la calidad de mis antecesores en esta tribuna.

Y entre estos tengo que decir, muy complacido, que ya hubo otros cirujanos de mi familia, de apellido Crespo, distinguidos como académicos de esta

Real Academia. Así, en 1.931, mi tío-abuelo Dacio Crespo Álvarez fue nombrado Académico corresponsal, consideración que llevó con gran honra durante su vida. Su hijo, Dacio Crespo Hernández de Medina, en 1.964 también recibió esa deferencia. Y, recientemente, en el año 2.011 el primogénito de este, mi primo Eduardo Crespo Brunet, igualmente recogió este magno privilegio.

Los tres, en su momento, también ocuparon esta tribuna para exponer su lección a los ilustres miembros, en una Sesión Científica, con argumentos diferentes al mío. Sin embargo, ellos y quien les habla hoy, tenemos en común, además del apellido, la vocación de cirujano taurino ya que desde principios del siglo XX hasta la actualidad hemos ocupado en las plazas de toros nuestro sitio en el burladero de médicos. Recordarles era obligado y, además, o sobre todo, un motivo de satisfacción para nuestra familia y para todos los doctores Crespo que de ella han salido.

Sin duda alguna, los acreditados académicos que me propusieron para esta insigne distinción habrán tenido en cuenta, esencialmente, mi trabajo y mi dedicación en las Enfermerías de las Plazas de Toros de España, el único fundamento con el que yo puedo presentarme ante todos ustedes. Por ese motivo he querido que la sesión científica encomendada verse sobre las heridas por asta de toro, sobre las cornadas concretamente. Un tema, al menos para mí, de una transcendencia enorme en nuestra tierra, pues no en vano cada año alcanza mayor morbilidad y mortalidad. El pasado año, sin ir más allá, los toros provocaron 16 fallecimientos y un sinnúmero de heridos, muchos de los cuales quedaron con secuelas irreversibles.

Mi experiencia en cirugía taurina alcanza ya 36 años, desde 1.980 asistiendo enfermerías... Esas temporadas médico-taurinas que he transitado suelen comenzar en febrero y terminar en octubre. Como pueden imaginar a lo largo de estos años, en tantas plazas de toros y con tantos festejos taurinos asistidos primero como estudiante de medicina, luego como ayudante de manos, más adelante como primer ayudante y finalmente como cirujano jefe del Equipo que formó mi padre, los percances, las lesiones, las heridas que hemos tenido que atender son numerosísimas y muy variadas.

No quiero sobrecargarles con números y cifras, en definitiva, no quiero presentar aquí una descripción detallada de mi trabajo en las plazas de toros durante estos años, sin embargo, quizás para justificar mi presencia ante ustedes, déjenme que les revele algunos datos, escuetos, pero muy significativos: en ese tiempo nuestros equipos médicos atendieron, atendimos, unos 4.717 festejos taurinos; los eventos con profesionales, es decir con toreros, fueron 2.634 y los llamados festejos populares, 2.083.

En estos años se asistieron 3.036 pacientes; de los que 1.548 fueron considerados dentro de la traumatología, con lesiones por asta de toro 1.335 y

con patología médica, 153 pacientes. Evidentemente se atendieron muchos más pacientes, casi todos de carácter leve, pero no fueron filiados correctamente y no constan.

Las 1.335 heridas por asta de toro se distribuyeron en: 774 varetazos, 65 puntazos y 496 cornadas. Y en estas quiero pararme. Porque, simplificando, mi recorrido en cirugía taurina se resume en haber participado, de una manera u otra, en la intervención quirúrgica realizada en la enfermería de la plaza de toros en 413 de esas 496 cornadas. Y si, puedo decirlo, muy pocos cirujanos taurinos pueden presentar esta doliente trayectoria, este fogueo... Sobre todo, y no me duelen prendas en mencionarlo, porque un porcentaje cercano al noventa por ciento, se solventaron y evolucionaron satisfactoriamente.

Pero como ya he dicho en más de una ocasión, ni tan siquiera eso debo apropiármelo como mérito propio. Esos logros, esos resultados, son de todas las personas que formaron parte, y de cuantos lo siguen haciendo, en el Equipo Médico, conocido como *Equipo Crespo*. Gracias a todos ellos hoy me presento ante ustedes.

Pero si en estos instantes me acuerdo de alguien es de otra persona, inolvidable para quienes hoy día formamos ese equipo, y a quien, sin duda, le debo estar hoy aquí: por eso, en estos momentos, tengo presente, en la memoria del corazón, a mi padre, al Dr. Antonio Crespo-Neches, cirujano en el más amplio sentido de la palabra, responsable de muchas enfermerías de otras tantas plazas a lo largo de la geografía española, maestro de cirujanos y a quien tanto reconocemos quienes seguimos formando su equipo y, en general, la cirugía taurina, a la que dedicó más de sesenta años. Otórgueme unos minutos para recordarle.

En 1.947 asoma, por primera vez como miembro de un equipo médico, en el burladero de la plaza de toros de Zamora, junto a su tío Dacio Crespo -cirujano jefe de esa Enfermería durante más de 40 años- y sus primos, entre otros.

Mi padre, desde un primer momento, ve que los heridos por asta de toro que mejor curaban, eran los que se operan en la enfermería; sin embargo, aquellos otros que, desde las capeas de los pueblos, les llegaban a la Clínica de su tío Dacio, y los operaban tarde, padecían graves infecciones y muy penosas recuperaciones.

Incluso ya deja escrito, en 1.956, sus conceptos visionarios sobre la cirugía taurina en un pequeño trabajo donde hace mención a la premiosa necesidad de limpiar quirúrgicamente las cornadas en la misma plaza de toros y de tener en ella un quirófano acondicionado para hacerlo.

Con 22 años, en 1.949, opera su primera cornada en la plaza de Zamora, un banderillero cuyo nombre lamento no haber localizado. Y hace 10 años, en Alcalá de Henares, a los 79 años, operó la última: un recortador de toros francés. Durante los años que hay entre una y otra, mi padre dedicó parte de su vida a la cirugía taurina, acudiendo a cuantas plazas solicitaron sus servicios por humildes y lejanas que fueran.

Tal era su destreza y capacidad en los quirófanos de la plaza de toros y tan grande su dedicación a la medicina taurina, salvando muchas vidas y devolviendo la salud a los heridos en aquellas enfermerías donde, hasta entonces, muchos percances eran sinónimo de tragedia que, como en el día de su entierro recogía un periódico, se convirtió en una leyenda de la cirugía taurina, en un ángel de la guarda de los toreros.

Durante esos años, a su lado, muchos médicos aprendimos a operar cornadas, pero sobre todo, entendimos que lo fundamental en cirugía taurina es intervenir de inmediato, en la misma enfermería, para resolver completamente las heridas desde el principio. El, con su ética de trabajo, se afanó en instituir y llevar a la práctica, una doctrina en cirugía taurina que ha supuesto el que este *Equipo Crespo* alcanzara el reconocimiento obtenido. Y quién les habla llegar a esta tribuna, sin duda –como ya he dicho antes– la consideración más noble y distinguida otorgada a mi persona como cirujano.

Y después de esta licencia, entremos ya en materia. La fiesta de los toros es, posiblemente, el espectáculo más grandioso que existe en el mundo; capaz de ofrecernos momentos de una belleza incomparable sobre un escenario que no admite parangón y en donde el autor está expuesto continuamente al peligro, mientras se inspira para entregarse, con toda la pureza que el toro le permite, a un público culto, exigente y vibrante. Aunque no todas las tardes sean así, pues...

Probablemente llegar a figura del toreo sea de los cometidos más difíciles que una persona pueda ambicionar, por eso cuando se alcanza esa condición el torero se convierte en un semidiós, en alguien capaz de realizar cosas que no están al alcance de cualquier ser humano y por eso entran en un imaginario firmamento, en un reino, inaccesible para el resto de los mortales... como así se reconocía a Morante de la Puebla el pasado año en la plaza de toros de Zamora.

Entre otras cosas porque, ellos, los toreros, saben que en la fiesta de los toros, además del triunfo, también ocurre esto otro, el percance, la cogida, la herida y que no significa el fracaso, sino la otra cara de una moneda que puede aparecer cada tarde y en cualquier plaza.

Hasta el punto de arriesgar su vida o cuando menos, amenazar su integridad física y muchas veces, además, poner a prueba su capacidad mental para superar todo lo que conlleva una herida de esta gravedad y volver a ponerse delante del toro.

Y es entonces cuando aparecemos nosotros, los médicos de las enfermerías, para aplicar en su entorno esa rama de la medicina tan peculiar como es la cirugía taurina. Pero ¿Qué tiene de singular la cirugía taurina y los cirujanos o médicos que la practican?

Básicamente podíamos decir que la cirugía taurina trata de adaptar los principios y métodos de las especialidades médicas en las heridas provocadas por

el toro, en el ambiente original donde se producen, las plazas de toros, y donde deben tratarse, en sus enfermerías.

Pero la cirugía taurina es más, debe ser más. De hecho hay muchos factores que, relacionados entre sí, van a influir en los conceptos de la cirugía taurina: unos son propios de la fiesta nacional: el toro y los toreros. Y hay otros específicos de la cirugía: las heridas que se producen, el equipo médico que las va a atender y la enfermería donde se van a curar. Así pues, la trascendencia de las heridas por asta de toro en España no deriva solo de la cornada en sí y de su posterior cura; sobre todo si nos planteamos su problemática y soluciones o su repercusión social, desde el punto de vista de un cirujano taurino.

Por todo ello existen diversos motivos, incluso controvertidos, que nos llaman la atención –y la preocupación– al hablar de cirugía taurina. Pero hoy solo nos ocupan las heridas que provoca el cuerno del toro, las cornadas.

¿Y cómo son esas heridas? La cornada propiamente dicha consiste en una herida que traspasa las capas superficiales y penetra en el cuerpo, con toda la escala de gravedad posible, desde la contusión y desgarros de músculos, hasta la rotura de vasos, nervios o vísceras. Pero con unas características tan insólitas que resulta inútil tratar de incluirla en las diferentes clasificaciones que existen en los tratados de cirugía. Probablemente el modo más apropiado para referirnos a ellas, sea el de “Herida por asta de toro”, reflejando así sus cualidades. Características que vienen condicionadas por quien las produce, el toro y por la propia personalidad de la herida resultante.

En la posibilidad de que, tras una cogida, resulte una cornada hay dos factores que influirán directamente: por una parte, el toro, con su naturaleza y su anatomía, queriendo alcanzar, coger y herir; por otra, el hombre, con su inteligencia que, primero le permite burlar al toro, y cuando es cogido, desprenderse y huir.

Consideremos tan solo al “objeto agresor”, al responsable del trauma: es decir, al **Toro**. Bovino único y de soberbia belleza, pero al fin y al cabo, un animal temible y agresivo, capaz de hacer sentir al hombre las emociones más fuertes, y que tiene dos características que van a terciar en la probabilidad de causar lesiones y heridas.

En primer lugar se trata de un agente dañino que está vivo, que se desplaza y acomete para coger cuando se le provoca, ya sea la muleta, el caballo... o el torero y el mozo que lo desafían... Y cuyo objetivo final es herir, matar... Para lo cual está preparado, y pasamos a la otra característica, su anatomía, su potencia, sus astas, incluso me atrevería a decir que su existencia, todo lo cual hace que este animal imponga, infunda, respeto.

Yo tengo una teoría personal que relaciona las cualidades del toro con la posibilidad de originar una cornada, aunque no sea la persona más indicada para hablarles a ustedes del toro como animal de singular existencia a pesar de ser responsable de muchas lesiones y heridas. Así, después de presenciar muchas

cogidas, he llegado a la conclusión que, por parte del toro, existen tres elementos a tener en cuenta cuando hablamos de heridas por asta de toro.

Primero, durante años he comprobado que para que un toro pueda pegar una cornada, debe tener Casta; sin esta es difícil que un toro llegue a herir. Da igual que la casta sea, digamos, “buena”, es decir, que sea un toro bravo o que sea “mala”, es decir, que se trate de un manso: si está encastado puede herir.

Según mi opinión, la casta va a determinar en el toro “las ganas de coger”, bien sea al engaño, al torero o al mozo que le recorta; por tanto, siempre que haya un toro con casta puede producirse una cogida.

Pero aunque se trate de un toro encastado, bravo o manso, si no tiene movilidad, es raro que llegue a herir; y la movilidad, no se olvide, se obtiene de la fuerza. De hecho yo creo que si la casta provoca la cogida, la fuerza, la movilidad, materializa la cornada. Y, efectivamente, muchos percances originados por toros encastados pero sin fuerza, sin movilidad, no se traducen en heridas sino únicamente en sustos, volteretas...

Y falta un tercer elemento, las Aostas, a las que doy la importancia más relativa; de hecho de las tres citadas, quizá sea la menos trascendente: pues si un toro está afeitado, pero está encastado y tiene fuerza, puede herir; y al contrario, toros descastados o sin fuerza pero astifinos o cornalones permiten a los toreros ponerse delante con cierta temeridad. Desde mi punto de vista, eso sí, las aostas, desarrolladas y astifinas, aumentan la probabilidad de herir y sobre todo pueden agravar una herida.

Así pues, de mi cosecha personal, tengo el siguiente principio respecto a las condiciones del toro para llegar a herir:

1º La casta, buena o mala, va a provocar una cogida.

2º La movilidad que da la fuerza, origina la cornada.

3º Las aostas ni provocan una cogida ni originan una cornada, pero –sobre todo si son astifinas- aumentan la probabilidad de herir, y, en cualquier caso, si son desarrolladas, siempre pueden aumentar la gravedad de la herida.

Y vayamos con las **Heridas**. Desde hace mucho tiempo, yo vengo describiendo a la herida por asta de toro con tres cualidades que siempre van a estar presentes, sea cual sea el herido, la cornada y su localización: es una herida *embustera*, es una herida *traicionera* –se trata, pues, una herida despistante como ahora comprobaremos- y es una herida *sucia*, ya que está contaminada por gérmenes nocivos y agravada por la presencia de cuerpos extraños.

Desde siempre se ha comparado a las cornadas con las heridas por armas de fuego: pequeños orificios de entrada y enormes destrozados internos, pero no son iguales aunque ambas sean, como he dicho, heridas despistantes en cuanto a orientación, extensión y reconocimiento.

Datos que el facultativo, por otro lado, no aprende en libros y textos clásicos, no experimenta en la universidad o en los quirófanos hospitalarios, sino dentro de las Enfermerías, donde más acuciente, pero a la vez más instructivo resulta el aprendizaje: con la dificultad encima de la mesa operatoria y la urgencia apremiando el devenir del herido.

¿Por qué es una *herida embustera*, mentirosa? En primer lugar porque la forma y el tamaño de la herida en la piel no son significativos; su importancia, y grande, es que no es fiable.

Esa herida cutánea no tiene patrones determinados ni deben buscarse estereotipos o hacer reglas mnemotécnicas sobre la base de su tamaño. Lo más frecuente es encontrarnos una herida elipsoidal, de unos 4-5 cm, con los bordes contundidos o macerados, aunque el agujero de entrada es muy variable. Esta pequeña herida cutánea -en comparación con lo que habitualmente hay detrás- debe ser despreciada y en ningún modo permite suponer las lesiones que más adentro pueden existir.

Daños interiores que vienen definidos por las llamadas trayectorias y los fondos de saco formados al final de estas y que dan lugar a una herida anfractuosa no sospechada ante la simple inspección de la lesión externa. De hecho, sino se está familiarizado con las heridas por asta de toro, la primera exploración puede equivocarnos en cuanto a no determinar su magnitud real, haciéndonos creer que estamos ante una herida superficial, cuando se trata de mucho más. ¿Y que hay más profundamente?

Al abrir la herida, en primer lugar, vamos a encontrarnos grandes despegamientos del celular subcutáneo, que suele aparecer dilacerado dejando fragmentos de grasa sueltos, sin conexiones, de gran importancia patógena pues deben ser evacuados completamente, mediante lavados continuos, ya que dejarlos en el interior de la cornada aumentará la posibilidad de infección.

Más hacia adentro aparecen las aponeurosis superficiales deshilachadas y abiertas; tras ellas, los paquetes musculares negruzcos, desgarrados, partidos o simplemente, sin su típico color rojo, es decir desvitalizados, encontrando sangre extravasada formando hematomas entre las fascias y los músculos y más distalmente, en los fondos de saco que aparecen a consecuencia las distintas direcciones que tienen las trayectorias.

Pero el carácter embustero, mentiroso, de la cornada no acaba, como exponeremos más adelante, con estas distanciadas y extensas lesiones que si son manifiestamente mostradas cuando destapamos la herida.

Y además de embustera, la cornada es una *herida traicionera*. Inicialmente por lo dicho antes: siempre hay lesiones internas a distancia de la herida en la piel. Por eso, ha de quedar claro desde el principio que nunca debe suturarse el orificio cutáneo de una cornada sin antes haber explorado quirúrgicamente su

profundidad. De lo anterior se deduce que siempre debe abrirse, de lo contrario, seguro, propiciaremos el error.

Sin embargo hay otros condicionantes, más decisivos, en la evolución de la cornada que siempre debemos tener presente. En primer lugar, esta naturaleza traicionera puede originarse inmediatamente, en la intervención inicial, pues las lesiones pueden pasar inadvertidas y así debemos buscar -con insistencia, tozudez y mediante exploraciones digitales continuas y aperturas instrumentalizadas- esos espacios a modo de seno que aparecen al fondo de los trayectos con el objetivo de descubrirlos, desenmascararlos y lavarlos insistentemente.

Pero el espíritu traicionero de la cornada persevera tardíamente, en los 4 o 5 días siguientes, durante la convalecencia, ya que pueden aparecer daños que “no aparecían” visibles o no se sospecharon en la intervención inicial. Daños en zonas que aparentemente estaban ilesas y que se concretan en acúmulo de hematomas y seromas depositados en fondos de saco que pasaron desapercibidos en la operación inicial e incluso en focos de necrosis de tejidos (músculo, celular subcutáneo o piel) que aparentemente estaban ilesos. Y no olvidemos que cualquier acúmulo de secreciones o leves necrosis en el marco de una herida anfractuosa y sucia propicia la aparición de una infección. Por este motivo, entre otros, dejamos drenajes abarcando toda la extensión de la cornada.

El carácter embustero y traicionero de la cornada la convierte en una herida despistante, posiblemente la herida traumática más despistante que podemos encontrar en nuestro entorno. Y se explica por la propia biomecánica de la cogida.

En el momento que el pitón se introduce en el cuerpo se crea una trayectoria por el impulso inicial del toro, entrando el cuerno en los tejidos a través de ellos, desgarrándolos, y al final de ese primer derrote se conforma un fondo de saco claramente visible. A partir de ahí llega un momento en que, ya sea porque el toro lanza otro derrote, bien porque el torero intenta soltarse, o por ambos, el cuerno toma otra dirección, coge otro impulso y, ahora apoyándose en los músculos contraídos y en las fascias tensas, origina otros trayectos y nuevos fondos de saco, y son estos (que pueden estar, insisto, rodeados de tejido engañosamente bueno pues esos músculos no se han dislacerado o desgarrado ya que el asta no los atraviesa, sino que se abre camino entre ellos) los más preocupantes en el devenir de la cornada.

E resumen: las lesiones internas y profundas provocadas por el toro, por sus cuernos, aparecen por dos mecanismos: de forma directa, por impacto directo del pitón sobre los tejidos y de forma indirecta por deslizamiento del cuerno, por lesión de pequeños vasos y tracciones de cizallamiento opuestas.

De forma directa, ya que una vez dentro, por el impulso inicial del toro, el cuerno impacta sobre los tejidos blandos, cediendo estos, y provocando zonas de desgarros, laceraciones y arrancamientos en los músculos y en sus envolturas a lo

largo de diferentes trayectos. Estas lesiones se aprecian desde un primer momento; el carácter despistante radica en que, a veces, son insospechadamente extensas, hasta llegar a alcanzar los 35 ó 40 cm de longitud y, por tanto, muy alejadas del agujero de entrada.

De forma indirecta, el asta de toro también lesiona a distancia los tejidos, pero por otro mecanismo distinto y con la gravedad de que no resultan fácilmente localizables. Estas lesiones son provocadas, bajo mi punto de vista, por la tensión y rigidez de algunos tejidos, como ciertas fascias y músculos largos, que permanecen rígidas o contraídos.

Esta enérgica tensión origina un doble mecanismo patogénico: en un momento puede ocurrir que el pitón resbale o patine sobre esas capas sin lesionarlas, deslizándose entre desfiladeros anatómicos, hasta alcanzar un punto, donde termina el derrote, dejando tejidos levemente contundidos al fondo de tejidos sanos.

Pero también la propia rigidez de algunas aponeurosis provoca rotura en los pequeños vasos nutricios musculares, sin hemorragia de importancia, pero de consecuencias catastróficas más adelante: con el paso de los días se va a originar una degeneración y necrosis de algunas porciones musculares de riego endeble y que causarán sangrados y seromas; esta evolución se debe advertir y para evitarla dejamos drenajes, aspirativos (tipo redón) o pasivos (tipo penrose).

Y por último hay otro punto desconcertante que debo destacar porque a mí se me ha presentado en varias ocasiones al explorar una cornada. Mientras nos preparábamos para intervenirla, iba con la idea, tras presenciar el mecanismo de la cogida, de encontrar una o dos trayectorias y me ha sorprendido descubrir, en la exploración digital, alguna más que el pitón era imposible hubiera provocado.

Estos trayectos, digamos intangibles, son provocados, una vez más, por mecanismos de cizallamiento entre fuerzas opuestas: por una parte el pitón irrumpe violentamente en una dirección causando el trayecto evidente y en contraposición, la rigidez y la tensión de fascias y músculos contrapuestos que tratan de impedir el avance del pitón, provocan una alteración de los planos por despegamiento de estos creándose unos espacios que no existen y que también deben ser considerados como trayectos aunque no presenten lesiones en los tejidos lindantes

Y la tercera cualidad de estas heridas que debemos tener presente constantemente es que una cornada nunca es una herida limpia; siempre se trata de *heridas sucias*.

En primer lugar por la presencia de cuerpos extraños y no solo de materia orgánica representada por fragmentos de tejidos del herido y que han sido arrancados durante la cogida; también es fácil encontrar fragmentos inorgánicos como astillas, arena, tela, lentejuelas, etc... introducidos en el momento del percance. Por eso cuando operamos en la Enfermería una cornada tenemos que obstinarnos en buscar cualquiera de esos cuerpos extraños pues olvidarlos en el seno de la

herida supone una catástrofe inmensa, ya que abrimos el camino a una infección severa.

Y en segundo lugar las catalogamos como heridas sucias porque el cuerno es un reservorio, un depósito, de microbios perniciosos, bacterias, hongos, virus, de diferente naturaleza que se meten en el herido al ser corneado y por eso nunca podemos decir de una cornada que se trata de una herida “limpia” en el estricto sentido de la palabra.

Es más, debemos considerarlas siempre como heridas masivamente contaminadas, si las operamos de inmediato, es decir, en la enfermería, y como heridas infectadas, cuando llegan sin operar a los hospitales o clínicas, transcurridas más de 4 horas.

Por eso, cuando enseñamos a los médicos jóvenes las características del tratamiento de las heridas por asta de toro les insistimos: *nunca se fíen del orificio cutáneo de una cornada, exploren quirúrgicamente su profundidad, determinen su extensión y sanéenla, escindiendo todo tejido dudosamente viable; deben lavarla profusamente y colocar los drenajes que precise su extensión. Si no se hace, seguro, aparecerán las complicaciones. Así pues cuando reciban una cornada en su enfermería, no duden: operen inmediatamente, sean agresivos con la herida y si pueden, completen la cirugía en la propia enfermería.*

El equipo médico de la plaza de toros, si hablamos exclusivamente de cornadas, tiene dos desafíos, sin duda los incidentes más serios que nos va a exigir la cirugía taurina: uno apremiante, controlar la hemorragia severa y otro preventivo, evitar la infección; y este nunca debemos dejarlo de lado, aunque sea en circunstancias tan extremas como cuando tenemos que resolver, por ejemplo, graves lesiones vasculares en el tronco femoral. Permítanme unas consideraciones, aunque sean manidas, sobre la infección en cirugía taurina.

La sospecha de que la gravedad de una herida y el riesgo de supuración, dependen de la cantidad de tejido desvitalizado y la presencia de cuerpos extraños, se remonta hasta Ambroise Pare. Resulta pues incuestionable considerar a toda cornada como una herida francamente tributaria a la infección, ya que presenta toda una serie de condiciones favorecedoras como las ya expuestas.

Pero vayamos al origen ¿Cuál es la causa de las infecciones en cirugía? Por supuesto que son los gérmenes, y sabemos que toda cornada es una herida que ya nos llega muy contaminada, pero que todavía, en la enfermería, no está infectada. Sin embargo recordemos una frase del insigne Louis Pasteur: “El germen no es nada, lo importante es el territorio en el que crece”.

Desde entonces se ha comprobado que la mera presencia de gérmenes virulentos sobre una herida no implica “per se” el desarrollo de una infección, sino que se necesita, un terreno apropiado –una cornada- y, sobre todo, un tiempo de exposición. Cualquier retardo en operar esa cornada, con importantes destrozos

tisulares, hematomas y exudados, es el factor más determinante en la adaptación y crecimiento de los microorganismos contaminantes.

Y si, por otra parte, no se le concede la importancia que su gravedad corresponde, por pequeña, en principio, que parezca ser y no es tratada adecuadamente, seguro, seguro, se desarrollará una infección.

¿Qué tratamiento es el mejor para esquivar la infección en cirugía taurina? Sin duda el preventivo. Y ¿Con que medidas contamos? La cirugía y los antibióticos.

Pero ¿dónde y cuándo debemos emplearlas? Cuando: solo hay dos opciones: inmediatamente o tardíamente. Y Donde: pues en la enfermería o en el hospital.

Ante estas cuestiones, nuestra respuesta es manifiesta: operamos las cornadas de inmediato y, por tanto, en la enfermería.

Y lo afirmamos, no por pretensión, sino avalados por los resultados y aconsejados por la experiencia. Como he comentado al principio, llevamos atendidas casi 500 cornadas en 36 años; nuestro medio de trabajo han sido las enfermerías de las plazas de toros pequeñas, vamos las plazas de pueblo. Y en esas enfermerías, debo decirles, que fueron operadas casi todas. Pues bien el índice de complicaciones verificadas en su evolución no llegó al 15% siendo la más frecuente la infección. Con esto quiero recalcar que la mayoría de las cornadas pueden curarse definitivamente in situ, en la misma enfermería sin que aparezcan complicaciones.

¿Qué objetivos nos marcamos en esa enfermería? Restablecer las alteraciones del estado general, eliminar todo tejido inerte o sospechoso y recomponer los planos anatómicos de la herida y disminuir el inoculo contaminante.

Con la asistencia médica inmediata y la cirugía precoz mejoramos los tejidos dañados en la herida, es decir, el terreno donde se desarrollará la infección, pero, además, disminuimos el tiempo de exposición de la contaminación en la cornada. Por todo esto resulta incuestionable que las cornadas deben ser intervenidas cuando aún son heridas contaminadas, antes de las primeras 4 horas; después ya serán heridas infectadas y aunque sean bien tratadas, la probabilidad de presentar complicaciones, es mucho mayor.

Pero el médico taurino no sólo ha de velar por los cuidados médico-quirúrgicos de la herida en la plaza de toros. El cirujano para realizar su cometido, en primer lugar, tiene que garantizar la dotación material y equipamiento e instalaciones de su Enfermería. Y además, el cirujano que acude cómo responsable de la enfermería a cualquier plaza, también debe rodearse de un grupo sanitario que conformará su Equipo Médico.

Los Médicos debemos esmerarnos para que las condiciones de la **Enfermería** sean impecables, en cuanto a funcionalidad, y, permitan, aún en los momentos más difíciles, solventar la dura papeleta que supone asistir una herida complicada —a veces con riesgo inmediato de muerte— lejos del medio hospitalario.

Los profesionales debemos procurar tener dispuesto nuestro lugar de trabajo en las plazas de toros como en las clínicas y en los hospitales, hasta el punto que, hoy día, salvo excepciones rigurosísimas, las operaciones graves no debían retrasarse tomando, como vergonzoso pretexto, la insuficiencia de material o las malas condiciones de la enfermería.

Y para atender al herido grave se necesita un **Equipo Médico** acorde a nuestros tiempos, es decir, completo, polivalente y eficaz, y siempre en condiciones de resolver en la enfermería los percances que puedan presentarse.

Por ello se debe exigir un equipo humano conjuntado y advertido de las dificultades propias de esta forma de cirugía; con el hábito y templanza suficientes como para aislarse del estado de crispación formado alrededor de la enfermería y que tanto puede llegar a alterar el buen hacer del equipo médico. Porque el éxito de la fiesta taurina conlleva muchas vertientes; una de ellas recae directamente sobre el cirujano.

Él va a ser, cuando se produce el momento trágico de la cogida, cuando de la fina seda brota, manchando el oro, un chorro de sangre; cuando el colorido y variopinto escenario de un coso taurino se transforma en la silenciosa y, muchas veces, tensa sala de enfermería, quién va a vivir la tragedia, haciéndole un quite al torero herido. Y en esas circunstancias inquietas, será cuando la figura humana y profesional del médico, se agigante, cuando no solo tendrá que aplicar con exactitud sus conocimientos, sino que además, habrá de sobreponerse a esa responsabilidad que, antes, en el ruedo, recaía sobre el torero y que, en ese momento, es y hacen suya.

¿Quién compone ese equipo? Razonadamente, según nuestra experiencia, debería contar con un cirujano general, un traumatólogo, un cirujano vascular, un anestesista, un médico intensivista y dos ATS.

Honestamente creo que la curación de una cornada, de un herido por asta de toro, empieza cuando previamente el cirujano ha dispuesto todo en orden y de acorde a los modos actuales; solo después de comprobar nuestra enfermería impecable y rodearnos de un equipo humano de garantías, iremos, con la conciencia tranquila, a nuestro burladero para presenciar el festejo taurino.

Y los toreros, y los mozos, que tan poca importancia dan en otras ocasiones a su salud, cuando ocurre el percance y se vean obligados a entrar en la enfermería, nos agradecerán la inquietud y el trabajo por disponer de los medios adecuados para curarles.

Con el recuerdo, siempre presente, de mi tierra, de Zamora, les doy a todos ustedes las gracias por su presencia y atención.