

LA CALAVERA DE ENRIQUE I DE CASTILLA

I

En febrero de 1946 inaugurábamos el tercer Curso Monográfico de Historia de la Medicina en la Universidad de Granada, bajo la presidencia de mi querido amigo D. José Pareja Yébenes, prestigioso profesor de la asignatura, con una lección cuyo sumario era: Los sepulcros del Monasterio de las Huelgas, de Burgos. Tumba de Enrique I. Su calavera está trepanada. Mutismo de historiadores y cronistas. Conjeturas acerca del agente traumático. Lesiones producidas y el porqué y el cómo de la trepanación. Fuentes de conocimiento. Los cirujanos de Castilla en los siglos XII y XIII. El cirujano de las milicias Diego del Villar. Hospitales, Alberguerías y centros de enseñanza de la época. Textos de griegos, romanos y árabes. Conclusiones.

En aquella conferencia, publicada en *Actualidad Médica*, revista mensual de Granada, procurábamos realzar el gran interés científico e histórico de la trepanación del rey, no ya desconocida, sino insospechada por la historia; pero evidente a nuestro juicio concluyendo que nos parecía indispensable un estudio directo y detenido del cráneo, descubierto y vuelto a inhumar por el sabio arqueólogo D. Manuel Gómez Moreno, en 1944, según expusimos.

Consecuente con esta idea obtuve los necesarios permisos para practicar una nueva exhumación, tener la calavera en las manos y observarla minuciosamente conforme ya lo hice muy complacido en junio de 1948, gracias a las bondades del Excmo. Sr. Arzobispo de Burgos, de la Comisaría del Real Patrimonio, particularmente de su Jefe el Coronel Vara del Rey, de la Madre Abadesa de las Huelgas, del General del Cuerpo Jurídico D. Luis Cortés y de D. José Luis Monteverde, Delegado Provincial del Turismo y del Real Patrimonio, a quienes damos desde aquí las más expresivas gracias por sus múltiples atenciones.

El fruto de esa paciente labor son estas breves páginas y fotografías, dedicadas al estudio anatómico y quirúrgico de la calavera de Enrique I de Castilla, añadiendo algunas cuantas consideraciones acerca de la doctrina y la técnica de la trepanación craneal en Castilla por aquellos años de Alfonso VIII

y su hija Doña Berenguela, tránsito del siglo XII al XIII, en que la fortaleza y las admirables conquistas de nuestros hombres de guerra, contrastaban con la insignificancia y obscuridad de nuestros médicos y cirujanos, hasta hoy anónimos e inéditos en su casi totalidad, al revés, precisamente, de lo que sucedía entre los pueblos musulmanes de la península.

Advertiremos que la exhumación, aunque de riguroso carácter privado, no careció de solemnidad por la presencia de la Reverenda Madre Abadesa, Administradora del Real Monasterio, con otra Religiosa de la Comunidad, del Párroco de San Antonio Abad, barrio de las Huelgas, del Sr. Capellán del Monasterio, del Conservador de los Reales Patronatos de las Huelgas y Hospital del Rey, D. José Luis Monteverde y de un Notario Eclesiástico que levantó acta.

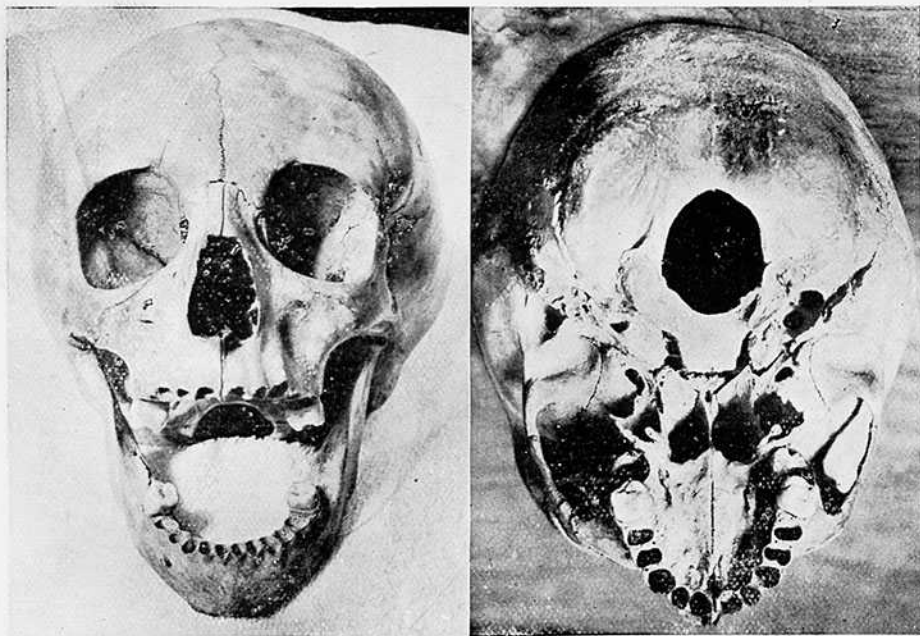
II.—EXHUMACIÓN

Abierto el sepulcro vemos, no sin alguna inevitable emoción los restos humanos allí custodiados durante más de siete siglos, apreciando al momento el contraste entre la calavera, la mandíbula inferior y una escápula que aparecieron primeramente, libres de ataduras y partes blandas, como pudieran estar en un osario de nuestros clásicos cementerios y los demás, situados debajo, negros y momificados, desnudos de las túnicas que fueron su regia y suntuosa mortaja, retiradas en 1944 para su estudio por D. Manuel Gómez Moreno y D. José Luis Monteverde. Hoy aquellas telas, admirablemente restauradas, forman parte de un rico museo instalado en el Real Monasterio donde el público puede admirarlas junto a otras muchas de diversos monarcas y príncipes de la época.

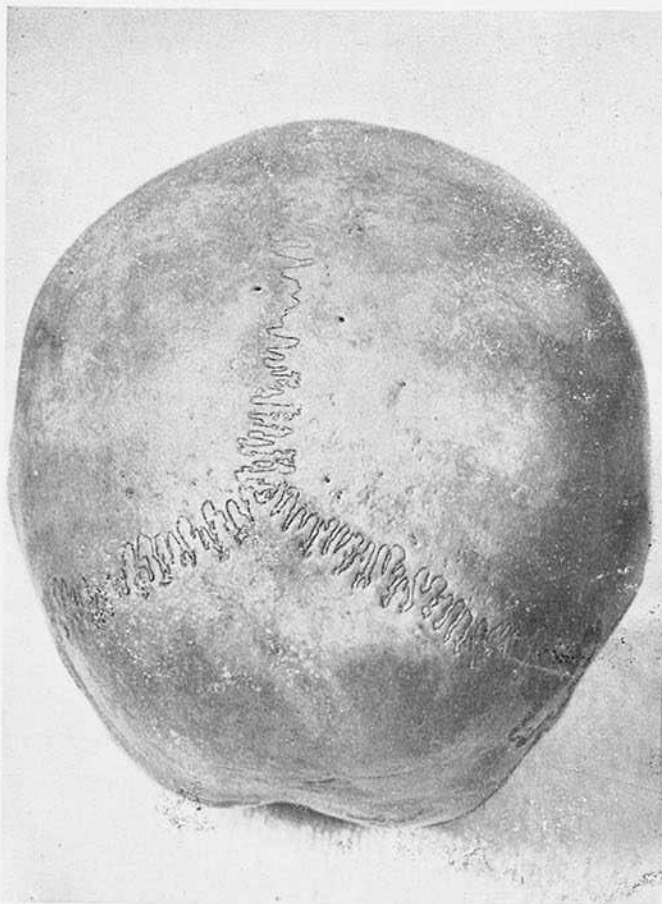
La pelvis, con la totalidad de los miembros inferiores, acartonados e incorruptos, forman un solo bloque, independiente del torax y muestran en fuerte equinismo los dos pies completos, pequeños y exageradamente cóncavos por la suma demacración de la planta y la tirantez del tendón de Aquiles.

La rodilla derecha está desgarrada y abierta por su parte anterior, sobresaliendo el extremo distal del femur sin sus cóndilos, despegados al desaparecer el cartílago epifisario de crecimiento, cuya superficie de implantación, desigual y erizada de pequeños mamelones, tenemos a la vista. Como el trocánter mayor de este lado se palpa y caracteriza bien a través de la piel endurecida, medimos la longitud del hueso desde el pico trocántereo al borde epifisario, que es de 37 cms., a los que habríamos de añadir el espesor de la epífisis desprendida para conocer el verdadero largo del femur y calcular por este dato la estatura del rey.

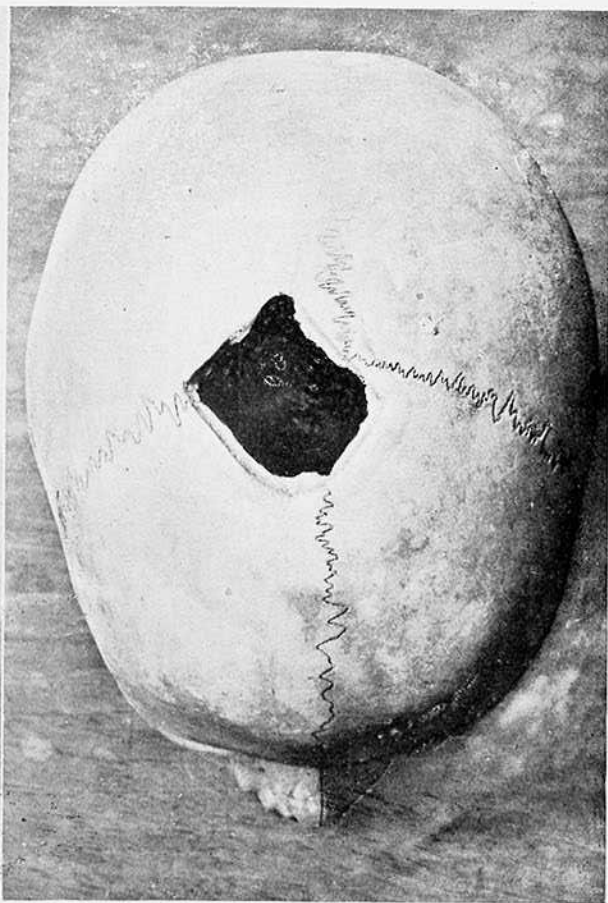
De buena gana hubiéramos continuado la exploración del esqueleto, buscando por de pronto hioides, vértebras sueltas, dientes, la otra escápula y las clavículas, probablemente libres y enterrados en el suelo de la sepultura;



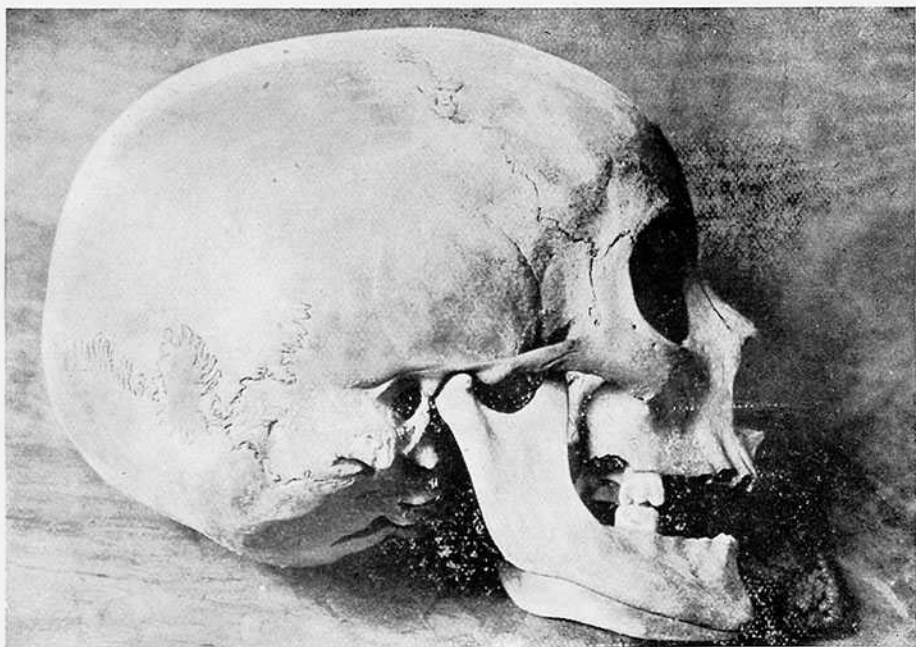
Cráneo del Rey D. Enrique I



Cráneo del Rey D. Enrique I



Cráneo del Rey D. Enrique I. Orificio de trepanación



Cráneo del Rey D. Enrique I

pero renunciamos a ello para no restar tiempo al más minucioso examen de la calavera, principal fin nuestro, persuadido también de los serios inconvenientes que habían de ofrecernos para aislar bien la mayor parte de los huesos, el endurecimiento de la carne y sus fuertes adherencias óseas.

Ya con la calavera en la mano, en excelentes condiciones de dureza para manejarla con facilidad, y bien limpia del mucho polvo que la cubría y de algunas briznas periósticas adheridas, pudo obtener felizmente el fotógrafo prevenido al efecto, hasta siete clisés de la superficie exterior, tomados en otras tantas posiciones, buscando los puntos de vista más interesantes para el anatómico, el cirujano y el antropólogo y el mayor detalle y perfección posibles de las fotografías, únicos documentos gráficos que iban a quedar al ser de nuevo inhumada la calavera, por cuyo motivo y la fidelidad de la reproducción, ofrecemos a nuestros lectores los fotograbados correspondientes.

III. — PRIMERAS IMPRESIONES

Impresiona esta calavera fuertemente al observador desde los primeros momentos por varias circunstancias.

La primera es la abertura cuadrilátera que ostenta en lo alto de la frente, zona bregmática de los antropólogos. Basta verla para asegurar que no puede ser casual sino el resultado de una trepanación amplia y quirúrgica; y este hecho que ya sería de sumo interés científico en cualquier cráneo anónimo de los comienzos del siglo XIII, adquiere singular importancia histórica y política siendo auténticamente el cráneo del rey de Castilla Enrique I, cuya muerte decide para siempre la deseada unión de castellanos, leoneses y gallegos, bajo el cetro glorioso de Fernando el Santo, suceso que visto y meditado ahora puede parecer providencial para la historia patria.

Todavía sube de punto la curiosidad y extrañeza si se considera que tan infortunado como joven monarca, muere según las crónicas, once días después de sufrir una descalabradura, jugando con sus donceles en los patios del palacio episcopal de Palencia, sin que los historiadores que reseñan brevísimamente la desgracia, añadan comentarios acerca de la asistencia facultativa, dejando así hasta hoy en el más absoluto e inexplicable misterio, tanto los caracteres de las lesiones como la atrevida y fracasada trepanación, remedio heroico y emocionante, mucho más entonces que ahora, y sin embargo sigilado no sabemos si inocentemente o con el deliberado propósito de ocultarlo a la posteridad, según ya expusimos en la primera parte de este trabajo.

Después de esto llama la atención su integridad anatómica, aun en aquellas partes de extrema fragilidad que rara vez vemos bien conservadas en los museos y gabinetes de estudio, por ejemplo, las apófisis pterigoides, cuyos bordes y punta se ven intactos, las órbitas donde si bien falta el unguis derecho, dejando abiertas las células etmoidales correspondientes, no hay fractura

en ninguna de éstas; los alveolos todos irreprochables; las conchas nasales, totalmente conservadas y el conjunto de la accidentada superficie basal del cráneo y cara donde nada falta, habida cuenta de la edad de catorce años que tenía el rey al morir.

También sorprende la perfecta simetría lateral, el volumen bien proporcionado y la regularidad de relieves que dan a la calavera de Enrique un aire de armonía y belleza poco frecuente y unas formas susceptibles de servir como excelente modelo para descripciones y dibujos anatómicos, dentro de su edad juvenil y de la raza blanca. Apreciaciones que no prejuzgan la configuración definitiva, o sea la que hubiese podido adquirir en el período de transición de diez o doce años que aun quedaban al rey para llegar a su edad adulta, porque no son raros sino frequentísimos, los cambios de mucha entidad, sobrevenidos tardíamente durante esos años, y en el esqueleto de los adolescentes, según acredita la ciencia del desarrollo y sabemos todos por propia observación.

No es pues una calavera utilizable para estudios antropométricos que requieren cráneos adultos y formas definitivas por donde conocer caracteres hereditarios de familia, comarca o raza; pero sí lo es para la identificación de su edad y muy particularmente para el mejor esclarecimiento de una parte importante de la práctica quirúrgica en la corte de Castilla por los años primeros de la centuria XIII, capítulo ignorado por los historiadores y muy necesitado de documentos fehacientes como éste, si ha de ser escrito no por suposiciones gratuitas, ni por simples copias de los textos más o menos leídos en la edad media, sino por datos objetivos irrefutables.

Calaveras antiguas trepanadas existen muchas, ya de la edad de piedra ya de la edad de los metales, expuestas en museos y concienzudamente estudiadas por los antropólogos de todos los países cultos, unas con la trepanación hecha en vida y curada — según lo indican los bordes de los orificios parcial o totalmente cicatrizados — otras operadas postmortem, con fines variados y no bien conocidos aun hoy; sabemos también de calaveras recogidas en excavaciones de ruinas romanas, ya en Tarragona ya de Itálica, no trepanadas, pero sí ciertamente perforadas por clavos largos y rectos, o por fuertes alcajates, o simplemente por clavos cortos de ancha cabeza a manera de tachuelas. Muchos anatómicos y arqueólogos españoles tan destacados como D. Federico Olóriz Aguilera (1855-1912), Barras de Aragón, Telesforo Aranzadi, Santiago Alcobé, actual catedrático de Antropología en la Universidad de Barcelona, y algunos extranjeros, han publicado magistrales trabajos sobre esta materia, fundados en hallazgos de numerosos yacimientos en localidades de diversas regiones de España y demostrativos de la gran importancia alcanzada por la península Ibérica en los tiempos antiguos, a causa, es de suponer, de su posición geográfica, de las riquezas del suelo, de la diversidad de cli-

mas y terrenos habitables y atractivos, codiciados de los primeros pobladores y luego de los pueblos navegantes que al comerciar iban fundando colonias y dejando en ellas la sangre de su raza y las costumbres de sus pueblos.

Pero cráneos trepanados de la Edad Media con indudable fin médico y en perfecto estado de conservación para poderlos estudiar ahora, uo sabemos que exista otro que éste ni en España ni en el extranjero, y de aquí nuestro enorme interés por observarle atentamente, en conjunto y en detalle, con cuidado y con calma, deseosos tanto de no dejar ningún pormenor importante inadvertido, como de no extraviarnos después en las obligadas interpretaciones.

IV. — IDENTIFICACION DE LA CALAVERA

Identificar esta calavera es algo que puede parecer ocioso, puesto que la tumba de piedra sólida y herméticamente cerrada que la guarda, es la del rey Enrique I, según dice su rótulo, y la santidad del lugar donde yace custodiado continuamente por la comunidad del histórico Monasterio de las Huelgas, viene a ser garantía suficiente en lo humano de su autenticidad; pero las profanaciones y rapiñas de que fueron objeto muchos sepulcros españoles por las tropas de Napoleón, al finalizar nuestra gloriosa guerra de la Independencia, acaso den lugar a dudas ante una crítica exigente o descontentadiza que pregunte: ¿será efectivamente esta calavera la misma del rey Enrique? ¿Hay en ella signos bastantes para afitarlo francamente?

Los hechos de ser la única existente con su cuerpo y miembros en el sepulcro; la talla y proporciones de la momia evidentemente infantiles como la calavera; la trama o urdimbre de la rica túnica que la envolvía a manera de mortaja, reconocida como de la primera mitad del siglo XIII por Gómez Moreno; el ancho agujero de la bóveda craneal, explicable por los dos traumatismos sufridos por el rey niño, el accidental y el quirúrgico, y los caracteres visibles en las dos fotografías obtenidas en 1944, ya nos parecieron convincentes y así lo indicábamos en nuestro primer trabajo de 1946. Hoy, después de haberla examinado y tenido en nuestras manos, lejos de rectificar, podemos añadir datos más completos y demostrativos, que vamos a exponer metódicamente y que se refieren al estado de los dientes, bordes alveolares y erupción dentaria; a las suturas de la bóveda, a las sinostosis del enfenoides anterior con el posterior y del posterior con la apofisis basilar del occipital, y al desarrollo de las mastoides y los senos maxilares, todos en relación al diagnóstico de la edad de la calavera estudiada.

Dientes.—Los bordes alveolares de ambas mandíbulas se conservan muy bien sin que haya en ellos deformidades ni huellas de traumatismos ni de afecciones dentarias. Los alveolos de la segunda dentición, perfectos y limpios aunque vacíos, indican que al morir el rey tenía intacta y muy bien im-

plantada su dentadura, de lo contrario estarían alterados en su aspecto y capacidad por el constante trabajo de absorción y atrofia que se inicia durante la vida al quedar sin sus raíces respectivas. El número de estos alveolos es de cinco a cada lado de cada mandíbula, es decir que existían todos los incisivos, caninos y molares menores. De los molares mayores hay cuatro, uno a cada lado de cada mandíbula, engastados en sus propios alveolos; pero además se ven detrás los huecos abiertos de los segundos molares, indicando que estos existían, si bien, después de inhumados, se desprendieron.

La cronología de la dentición permanente, única interesante a nuestro objeto, muy estudiada por anatómicos, paidópatas y médicos dentistas, ofrece muchas variedades y por ello está sometida a constante revisión; sin embargo suele aceptarse, por término medio, que los molares mayores primeros brotan entre los cinco y los ocho años, en plena niñez: los segundos entre los doce y los catorce, y los terceros o muelas del juicio, de los dieciséis a los cuarenta. La muda de los incisivos de leche dura desde los seis a los diez años; la de los premolares desde los nueve a los catorce, y la de los caninos, de los diez a los catorce. Podemos, pues, concluir que Enrique I (1203-1217) por tener su dentición definitiva y completa, exceptuadas las muelas del juicio, poseía la fórmula dentaria normal en su edad.

Sutura de la base del cráneo.—En los cráneos jóvenes, de niños o de adolescentes, la exploración atenta de la base, tan accidentada y compleja en datos anatómicos o embriológicos, puede suministrar importantes signos para averiguar la edad del sujeto, destacando mucho los referentes a la sutura esfeno occipital que muestra muy clara y ancha la calavera de Enrique I y se ve abierta en toda su amplitud en las fotografías obtenidas. Recuérdese que su consolidación se viene interpretando como señal cierta del paso de la niñez a la adolescencia por la generalidad de los autores.

Así lo entendía también el sabio anatómico y antropólogo D. Federico Olóriz Aguilera, catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid de 1883 a 1911, que organizó su espléndida colección de cerca de tres mil calaveras españolas, filiadas, a base de la existencia o la falta de esta sinostosis, apartándolas primeramente en dos grupos y en distintos armarios y ficheros.

Las sinostosadas, mucho más numerosas, a un lado llenaban la casi totalidad del museo, clasificadas por provincias y partidos judiciales y marcados el sexo, la edad y algunos otros caracteres menos seguros y más difíciles de comprobar; y las de sutura esfeno basilar abierta o no sinostosada, de otro, pero en corto número por la gran escasez de cráneos infantiles en la sala de disección de Madrid, principal fuente de aprovisionamiento del laboratorio de Oloriz.

La primera consecuencia de aquella ordenación fué observar que por debajo de los quince años ninguna sutura basilar estaba osificada, y la segun-

da que varios cráneos de más edad la conservaban abierta aun después de los veinte años, hechos ambos merecedores de atención particular y de un estudio más extenso que ni Oloriz ni sus discípulos y ayudantes, entre los que tuve el honor de contarme, invieron ocasión de hacer, desgraciadamente, ni acaso ya nadie pueda llevar a cabo, porque aquel estupendo conjunto de cráneos reunido por Oloriz en veinticinco años de constante y callada labor, de abnegación, de talento, de rara y admirable escrupulosidad en la investigación y de amor a la ciencia española, solo sobrevivió unos pocos años al fundador, quedando desecha en gran parte la colección y desperdigados para siempre muchos de sus ejemplares. sin otros estudios de conjunto, que sepamos, que uno muy notable de D. Telesforo Aranzadi, sobre suturas de la bóveda, y otro, acerca de la capacidad craneal, de D. Florencio Porpeta Llorente, catedrático de Anatomía Descriptiva en la Facultad de Madrid.

Esta sutura empieza a desaparecer por el interior del cráneo a la edad de doce a trece años, más tarde que la sutura metópica y mucho después de la sinostosis de los dos esfenoides, no completando su cierre hasta los quince o dieciseis años, aunque en casos excepcionales se retrasa hasta los veinte. Entonces el occipital y el esfenoides, soldados, integran un solo hueso que Sommering y Meckel denominaban hueso esfeno occipital y Virchovv, más tarde, hueso tribasilar. En adelante, para separarles de nuevo, ya es inaplicable la simple desarticulación y obligado el empleo de la sierra, con el inconveniente de seccionar la apófisis basilar un poco a capricho del operador. Esta es la doctrina corriente entre los anatómicos. Según ella, pues, el cráneo de Enrique I corresponde a la edad de 13, 14 o 15 años.

Suturas de la bóveda.—Todas se conservan entreabiertas y sin señales de la más mínima soldadura, destacando por la claridad del ajuste o engranaje de los bordes, las parieto escamosas en su parte superior y posterior, después la metópica y últimamente las occipitoparietales. Dos huesos Wormianos aparecen, uno mayor a la derecha, muy bien individualizado, detrás del asterion, de figura ovalada, con el eje largo vertical, y otro a la izquierda en punto simétrico, más pequeño y de contorno peor definido.

La complicación de estas suturas, como suele ocurrir, es muy difícil de exponer con claridad, si han de ser estudiadas en todos sus detalles, una por una. Por este motivo hemos procurado obtener fotografías capaces por si solas de documentar al lector, y, en cuanto a su clasificación antropológica, atenernos a la vieja escala de Broca, que establece cinco tipos esquemáticos ordenados del más fácil y sencillo, número 1, al más enrevesado y dificultoso, número 5, denominándolos, sucesivamente, sutura muy simple, sutura simple, ordinaria, complicada y muy complicada. Pues bien, al número 5 pertenecen la corono parietal, las parieto mastoideas, el tercio posterior de la sutura sagital y la totalidad de la sutura lamdoidea, particularmente intrincada, es decir

casi toda la bóveda; a la complicada, número 4, los dos tercios anteriores de la sutura sagital; a la ordinaria, número 3, la parte alta de la sutura metópica, y a la simple, número 2, la parte baja de esta misma sutura.

Sutura metópica.—Es un elemento importante para la identificación de la edad de un determinado cráneo aunque solo dentro de ciertos límites, porque siendo constante al nacer, va desvaneciéndose poco a poco y antes de los diez años desaparece totalmente en más del noventa por ciento de sujetos, sin dejar apenas vestigios de lo que fué.

En este cráneo existe completa y abierta, visible no solo por el exterior en la parte subsistente de la escama del frontal, sino igualmente en las dos franjas de lámina vitrea manifiestas en buena parte de los bordes de la brecha quirúrgica, dato anatómico de interés, indicador de la persistencia del metopismo en las tres hojas, compacta diploica y vitrea del hueso. El rey al morir contaba ya catorce años, edad impropia para conservar abierta esta sutura, por mucha elasticidad que concedamos a las fechas de su sinostosis, por donde se deduce que este caso pertenece al grupo de los seis o siete por ciento que por anomalía, conservan el metopismo hasta la extrema vejez.

Si por tal motivo este signo carece de valor para determinar la edad de la calavera y no invalida el de la dentición, valorado anteriormente, en cambio podría servir para una divagación antropológica acerca del futuro probable de este cráneo y su encéfalo en cuanto a la herencia e índices antropométricos probables cuando llegase al estado adulto, o sea, especialmente, a la braquicefalia anterior, sobre la cual puede ejercer notable influjo una sutura medio frontal, como esta, todavía en plena actividad pasados los catorce años, mientras llega el comienzo de las sinostosis de la bóveda. No es materia bien conocida y menos para tratarse por la simple observación de un solo caso, pero, en D. Enrique, se da la circunstancia de que podría ser estudiada en relación con la herencia por estar en las Huelgas, y muy próximos a él, los sepulcros de sus padres, D. Alfonso VIII y D.^a Leonor de Inglaterra, esta de la estirpe de los Plantagenet, hermana de Ricardo Corazón de León, y la probabilidad de extender las pesquisas a Toledo en cuya catedral yacen su bisabuelo D. Alfonso VII el Emperador y su abuelo D. Sancho III. Ya con los tres ascendientes directos e inmediatos y su hermana D.^a Berengela, mas algunos otros descendientes de esta línea colateral, habría base para intentar, en lo que se refiere a la calavera, el especial conocimiento del estuche encefálico de aquella por todo extremo gloriosa dinastía castellano-leonesa, raíz y tronco de la monarquía española durante los siglos XII y XIII, tema que ha de parecer simpático a todo buen español.

Apososis mastoides.—Las dos son planas puntiagudas y de ningún relieve cual ocurre en los niños.

Los demás detalles de la superficie exterior de cráneo y cara, observados

minuciosamente, nada ofrecen que llame la atención. La glavela apenas si se advierte por su escaso relieve, los rebordes orbitarios superiores son lisos y cortantes; las escotaduras orbitarias están muy bien marcadas; las eminencias frontales laterales son simétricas y algo prominentes cual corresponde a los catorce años; los agujeros de Santorino son de calibre considerable, según ocurre generalmente en los jóvenes; la cresta y protuberancia occipital externa se advierten, pero ni son abultadas ni están provistas de asperezas,

V. — LA TREPANACIÓN

Las consideraciones hechas en la primera parte de este trabajo sobre la naturaleza, sitio de acción y efectos inmediatos del agente traumático, aunque breves y fácilmente ampliables, nos parecen suficientes para no insistir en tales temas ni tampoco en las probables razones tenidas en cuenta por los cirujanos del rey para trepanarle, ni aun sobre las fuentes de conocimiento que pudieron guiarles al decidirse a intervenir en el lugar y con la amplitud que lo hicieron. Todo esto no pasa del orden conjetural y por tanto secundario en la historia, prefiriendo por estos motivos empezar el capítulo estudiando la brecha o abertura craneal del rey niño, único dato positivo de lo que disponemos por donde presumir la técnica quirúrgica empleada, dejando para después las apreciaciones más o menos presumibles o hipotéticas acerca del acto quirúrgico y la parte doctrinal tenida en cuenta verosímilmente por los facultativos al decidir la operación del rey, remedio muy poderoso y eficaz, a veces, contra los traumatismos craneales, pero también muy atrevido y arriesgado en aquellos tiempos remotos, sin prácticas asépticas, ni buen instrumental, ni anestesia.

El orificio resultante de la trepanación es cuadrilátero, de unos tres y medio centímetros de lado, lo que da una superficie abierta de algo más de doce centímetros cuadrados, verdadera y no pequeña craniectomía que diríamos hoy. De sus cuatro ángulos uno es superior, en pico ligeramente truncado, y está en el parietal derecho, junto a la sutura sagital, dos centímetros más arriba del bregma; otro es inferior, arqueado y corresponde al hemifrontal derecho, próximo a la sutura metópica; el tercero, lateral derecho, es un pico de preciso emplazamiento en la propia sutura corono parietal, y el cuarto, lateral izquierdo, cae debajo de la parte izquierda de la misma sutura. En cuanto a su valor los cuatro se aproximan mucho a los noventa grados, de tal modo que si no fuese por las pequeñas imperfecciones indicadas, diríamos que la brecha, de apariencia rómbica, en realidad es cuadrada con los dos lados superiores rectilíneos y los dos inferiores levemente arqueados.

Los bordes son limpios y perpendiculares, sin escalones, biseles ni asperezas en sus láminas compacta y diploica, como debidos a instrumentos cortantes de buen filo, guiados por mano hábil, mientras la tabla interna o vítrea,

si exceptuamos la del borde superior derecho, sobresale varios milímetros del nivel de sus compañeras, formando una cintilla de borde irregular y sinuoso resultante, no de corte sino de arrancamiento, quizá por efecto de una espátula o del mismo cincel manejados como palanquetas en el momento de la extracción del colgajo óseo. Si trazamos, aunque solo sea con la mirada, el plano medio sagital del cráneo, vemos que el área extirpada es claramente asimétrica, dejando a la derecha sus cuatro quintas partes.

Un dato curioso es que las márgenes de la abertura están más pulimentadas que el resto de la bóveda y ofrecen, paralelamente al filo de los bordes, unos surcos anchos y suaves al tacto, de brillo ebúrneo y de tan poca profundidad que ni siquiera penetran hasta el diploe. De su presencia resulta el semicontorno derecho algo acintado y prominente con respecto al izquierdo.

Diríase que el cirujano operador había iniciado su trabajo de penetración por la derecha del foco traumático, valiéndose de un raspador obtuso, por ejemplo un sílex al estilo de los trepanadores neolíticos, trazando con él dos lados de un cuadrilátero muy amplio, y que, al advertir lo excesivo de la brecha o la lentitud de la operación, o dudas y discrepancias de colegas presentes, cambió de plan y de técnica, empezando por reducir las dimensiones de la trepanación y substituyendo el raspador por el escoplo certante y el martillo, para mayor rapidez. Así se explicaría, ese reborde acintado de un centímetro de anchura, que se palpa más que se ve y que solo existe por la mitad del contorno, testimoniando una maniobra comenzada, pero que se abandonó antes de penetrar en la cavidad craneal.

Este supuesto cambio de rumbo ¿fué decisión de momento que no interrumpió el acto operatorio, o por el contrario, quedó este suspendido para otra sesión, aprovechando el paréntesis de horas o días en consultas nuevas, oyendo el consejo de otros cirujanos y acaso variando de operador? Posibilidad hubo para cualquiera de los dos modos, porque entre la descalabradura y la muerte del rey, pasaron once días, tiempo sobrado, si la intervención primera se hizo precozmente, para apelar incluso a cirujanos fuera de Palencia.

A favor de esta hipótesis recordaremos que el triste suceso de Enrique ocurrió en verano, estación durante la cual, trepanar en las heridas graves de la cabeza, sin salir de la primera semana, era prescripción formal de la antigüedad, adoptada resueltamente por los dos autores árabes más acreditados de la Edad Media, Avicena y Abulcasis, en particular por este, verdadero restaurador doctrinal y técnico de aquella operación que realizaba en dos tiempos, separados por unos días, según veremos. Trepanación urgente y en dos actos debió de ser, pues, la practicada al rey de Castilla.

Otra pregunta que no sabemos contestar satisfactoriamente es si la parte de calota craneal extirpada por el trepanador y quizá inhumada con el propio cadáver, sería de varios fragmentos o de uno solo. Nos inclinamos a pen-

sar que fué un solo trozo fijándonos en que nada queda en la calavera de la zona directamente traumatizada, ni señales de contusión, ni erosiones, ni fisuras, ya en los bordes, ya en sus alrededores. La fractura estrellada con hundimiento, efecto probable del agente traumático, fué sin duda de tan cortos límites que pudo ser bien cercada y a considerable distancia del foco herido, y, siendo así, ese trozo perdido en el fondo del sepulcro guarda el secreto de los caracteres anatómicos patológicos, que ahora nos afanamos en adivinar.

En lo demás de la superficie craneana, repetiremos que no hay fracturas por contragolpe o fracturas de eco, según gráficamente calificaban nuestros tratadistas del siglo XVI a las fracturas aisladas de la base del cráneo, coincidentes con traumatismos de la bóveda o de ciertos huesos de la cara.

Tampoco hay indicios del uso de perforadores por rotación, como el berbiquí, el trépano, el simple barreno y el tirafondos, que siempre dejan rastros de su empleo, instrumentos conocidos de griegos y romanos, en su mayor parte y olvidados en la segunda edad media para ser reinventados a fines del siglo XV y principios del XIV.

Con estos precedentes y el estudio de la historia de la cirugía en los siglos XII y XIII, cuyas ideas principales quedaron sintetizadas en la primera parte de este trabajo, trataremos de reconstruir brevemente la técnica o manual operatorio más probable de aquellos prácticos que trepanaron atrevida y ampliamente al rey de Castilla en el mes de julio de 1217, puntualizando ciertos detalles.

No conocemos textos originales del reinado de Alfonso VIII, ni de sus inmediatos sucesores que nos pudieran guiar, pero sí del de sus abuelos Alfonso VII, el fundador del colegio de traductores de Toledo 1128 a 1154, que brilla esplendorosamente en la obscuridad del medioevo por sus numerosas versiones del árabe al latín y al griego, destacando las de Gerardo de Cremona, ya de libros médicos de la antigüedad griega y romana, obras inmortales de Hipócrates, Celso y Galeno, ya de los compiladores del bajo imperio, siglos V al VII, como Oribasio y Pablo de Egina, o ya también de los más famosos médicos árabes del Asia Menor y del Califato de Córdoba. Estos libros y otros muchos, formando nutrida biblioteca, honor de España, venían corriendo en idioma arábigo por los pueblos mediterráneos conquistados o influídos por la entonces floreciente civilización musulmana, aunque sin salir de un corto número de especialistas.

En España se difundieron mucho más, siendo Abulcasis, moro cordobés, (936-1013) quien más contribuyó a ello en toda Andalucía por sus grandes dotes de sabio, de médico práctico, de hábil cirujano, de escritor y de hombre bueno, cuya vida larga y ejemplar, fructificó dejando escuela. Supo Abulcasis elevarse por encima de la tendencia general de su pueblo, más amigo de la medicina, de la botánica, de la alquimia y de la astrología que de las prác-

ticas anatómicas y quirúrgicas, y aunque no defendiera ni practicara nunca las disecciones humanas, principal fuente de la verdadera anatomía, la descriptiva y la topográfica, rechazadas entonces como cosa horrenda por todo el mundo, actuó de intrépido cirujano muchas veces, a base del cauterio como principal instrumento de diéresis y de restaurador de la trepanación craneal mediante nuevos instrumentos de su propia invención que dejó diseñados en el libro XXX de su Tesrif.

Esta obra, redactada en árabe y muy poco divulgada en el siglo XI, adquirió gran resonancia y estimación en el XII, al ser traducida al latín en Toledo, y fué el libro preferido de los pocos médicos aficionados a las prácticas quirúrgicas en aquella época y de cuantos cirujanos conocían el latín, que también eran escasos y en su mayoría sacerdotes, hasta bien entrado el renacimiento. El inspiró muchos años a los sabios maestros de Salerno, donde también fué combatido por el abuso del cauterio y menosprecio del bisturí, y en cuanto a los libros muy posteriores de los cirujanos franceses Henry de Mondeville, Lanfranch y Guy de Chauliac, puede asegurarse que la mayor parte de su doctrina y técnica también las fundan en Abulcasis copiándole las láminas y consagrándole para varios siglos como la primera autoridad de la cirugía antigua.

También Avicena, el sabio universal de la medicina árabe, describe la trepanación detalladamente en sus libros que habían de permanecer muchos siglos de texto oficial en las universidades europeas y sería falta grave omitirle en esta ocasión.

Pues bien, la trepanación que estos dos autores describen, sintetizada en lenguaje moderno, consta de las maniobras siguientes.

Rasurado del cuero cabelludo.

Incisión crucial de las partes blandas, disecando los cuatro colgajos resultantes hasta descubrir toda la zona ósea lesionada.

Hemostasia provisional mediante compresas empapadas, ya en vinagre, ya en clara de huevo, rellenando con ellas el hueco de los colgajos anteriormente invertidos.

Vendaje comprensivo que cohibiera definitivamente la hemorragia en veinticuatro o cuarenta y ocho horas.

Uno o dos días después continuaban la operación poniendo al enfermo sentado, tapando sus oídos con lana, retirando el apósito para manifestar bien la herida y haciendo que dos ayudantes forzudos inmovilizaran al herido fuertemente a la vez que sostenían apartados los colgajos.

Si el estado del hueso lo consentía, extirpaban todo lo esquirloso y marcadamente traumatizado con pinzas, legras, escoplo y martillo, manejados suavemente.

Si el hueso era demasiado resistente usaban los perforadores, haciendo

varios taladros a lo largo de una línea quebrada o curva que rodeaba el foco lesionado y saltando luego los puentes intermedios con cínzel y martillo hasta resecarle, ayudándose de la espátula o de las tenazas. Después regularizaban minuciosamente las márgenes de la brecha hasta suprimir en lo posible desigualdades y esquivirlas.

Los instrumentos capitales eran seis y de cada uno manejaban tres tamaños (grandes, medianos y pequeños) a saber: trépanos de punta lanceolada y de clavija, separadores, elevadores, legras, lenticulares y martillo de plomo *por ser pesado y sordo*.

Pero también solían servirse de otros complementarios, por ejemplo, pinzas de diversas formas y tamaños, limas, sondas o tientas y el cuchillo triangular de Abulcasis de puntas agudísimas y de hierro *indio* o *demasquino*.

Respecto de los trépanos es creencia general que Abulcasis no usó el clásico de corona circular, aconsejado ya en los libros hipocráticos, y siglos después, en los de Galeno, puesto que ni le menciona ni le representa entre sus cerca de doscientas figuras.

Lo que él inventó y dibuja fué sencillamente un cuchillete triangular de vértice puntiagudo y mango de alambre rígido y fuerte, implantado en la base y provisto de un tope circular cuyo papel era impedir la sumersión de aquél en la masa encefálica. Manejaba el instrumento haciéndole girar con sus propias manos a gran velocidad y así practicaba un simple agujero o varios sucesivos de corto diámetro, lo mismo que hoy producimos con la punta lanceolar o la fresa del trépano, mediante la rotación manual o mecánica del berbiquí, el tallo espiral con sortija, el doble piñón de engrane, el pedal y el motor eléctrico. Pero esto no es lo que muchos entienden por trepanación y trépano y de aquí la presente obscuridad y confusión de palabras y conceptos que convendría corregir rectificando el lenguaje quirúrgico, un tanto arbitrario, de libros antiguos y modernos en este capítulo de la cirugía de la cabeza, con definiciones claras de nombres y verbos, como por ejemplo: trépano, trefina, terebelo, taladro, perforador, barreno, tirafondos, craneotomía, craneoplastia, trepanar, horadar, perforar, taladrar, penetrar, agujerear, trabajo entretenido y ya hoy de pura curiosidad histórica y acaso de ninguna utilidad práctica puesto que ha cambiado fundamentalmente ese capítulo, desde la Edad Media hasta nuestros días, en cuanto a la exploración y diagnóstico, a las indicaciones quirúrgicas, al instrumental y a los modos y fines de la maravillosa operatoria endocraneana contemporánea, tan digna de alabanza y de admiración.

Afortunadamente, en el cráneo de D. Enrique no caben dudas ni confusiones de esta clase, pudiendo afirmarse categóricamente que se trata de una craniectomía cuadrilátera, practicada con escoplo y martillo, en zona muy peligrosa con el doble peligro de las íntimas adherencias y real compenetra-

ción entre dura madre y hueso, de un lado, y de otro el de la hemorragia, inevitable por lo común del seno longitudinal superior y sus afluentes, lo que implica una indicación de extrema urgencia y una temeraria acometividad en los cirujanos que lo trepanaron solo disculpable por la generosa intención de salvarle la vida.

CONCLUSION

Terminaremos insistiendo en una idea ya expuesta hace dos años, en la primera parte de este trabajo, cuando solo era un proyecto acariciado por unos pocos amantes del arte y de la historia de Castilla, la creación de un Museo donde conservar y exhibir decorosamente las antigüedades encontradas en el Real Monasterio de las Huelgas de Burgos.

Hoy este Museo existe y en él figuran perfectamente reparadas y catalogadas, las ropas de los reyes, príncipes y nobles de sangre real sepultados en aquellas tumbas venerables, sirviendo de estudio y admiración a propios y extraños.

Pues bien, nuestra modesta opinión es que la calavera de Enríque I debe ser trasladada a ese Museo y expuesta, como documento de primer orden, acaso único en el mundo, para el mejor conocimiento de la historia de la cirugía en el siglo XIII, capítulo muy interesante, aunque solo se refiera a un pormenor del arte de curar, pormenor que ha salvado y salvará muchas vidas, en la seguridad de que lo han de agradecer y elogiar cuantos dedican sus afanes a los estudios históricos de primera mano, es decir, al descubrimiento de nuevos hechos, en particular los médicos y los antropólogos.

Se trata de un testimonio irrefutable de la técnica quirúrgica y del criterio intervencionista de los cirujanos de aquel Rey, el mismo que hoy prevalece unánimemente, ya muy bien estudiado el tema en libros y clínicas, después de siete siglos de lamentables y porfiadas controversias entre panegiristas y detractores de la trepanación.

Tengamos en cuenta igualmente que esta es la más antigua y debatida operación que han visto los siglos. En efecto, practicada ya en la edad de piedra, bien reglada por Hipócrates, cuatro siglos antes de la era cristiana, muerta y resucitada después varias veces, fué francamente proscrita por muchos cirujanos eminentes del siglo XIX, durante más de setenta años, conducta que pudo obedecer a la reacción exagerada contra los incalificables abusos de aquellos trepanadores del siglo XVIII que alardeaban de haberla hecho docenas de veces a un mismo paciente sin graves consecuencias, tanto en Francia como en Inglaterra.

Finalmente, si Nápoles se enorgullece de conservar en las vitrinas de su famoso Museo los instrumentos encontrados en la «Casa del Cirujano» de Pompeya, y nuestra Real Academia de la Historia hizo restaurar, hará medio

siglo, una calavera muy deteriorada e incompleta procedente de las ruinas de Itálica. y en diferentes Museos españoles, como el de Tarragona y el organizado en Madrid por el Excmo. Sr. Marqués de Cerralbo, por ejemplo, se exponen justificadamente cráneos anónimos hallados en tumbas antiguas, nos parece razonable y debido conceder igual trato al cráneo de Enrique I, cuyas circunstancias particularísimas acabamos de analizar. Lo contrario sería un agravio a la Historia.

VICTOR ESCRIBANO GARCIA

Decano Honorario de la Facultad de Medicina de Granada