W.G. Sutherland

El Recorrido del Pececillo
"The Tour of the Minnow"

www.confiaenlamarea.com

confiaenlamarea@gmail.com

EL RECORRIDO DEL PECECILLO

William G. Sutherland - "Contributions of Thought"

En varias ocasiones, cuando se acercaba el final de un curso de instrucción sobre el concepto craneal, el Dr. Sutherland daba una charla extemporánea que denominó "El recorrido del pececillo". Nunca se puso por escrito. En consecuencia, cada recorrido era distinto de los demás, aunque la idea general era la misma. A medida que él y sus oyentes hacían el recorrido, se veían, se concentraban y se realizaban las vistas dentro y alrededor del cerebro vivo. Las peticiones de repetición demostraron la eficacia de este singular "Recorrido del Pececillo".

El recorrido que aquí se presenta es una composición elaborada a partir de las notas tomadas en su momento por la Sra. Sutherland, la doctora Rebecca C. Lippincott y la doctora Marion Howe Wilder, y de una grabación transcrita literalmente por el doctor Rollin E. Becker.[1] Las charlas en las que se basa -siete- se dieron en Des Moines (Iowa), Providence (Rhode Island) y Chicago (Illinois) el 1 de julio de 1948, el 23 de octubre de 1948, el 14 de marzo de 1949, el 19 de mayo de 1949, el 28 de octubre de 1949, el 25 de mayo de 1950 y el 12 de junio de 1951. Hubo otros recorrido de los que no hay constancia, pero es probable que el contenido compuesto de estas siete incluya la mayor parte del pensamiento que el Dr. Sutherland expresó en esta forma.

En los días de la infancia, demostramos con frecuencia el uso de una facultad viva que nos correspondía, la capacidad de extender nuestra imaginación. El Creador del Universo tenía Imaginación -imaginación con mayúscula-. Sin ella, no se habría creado ningún Universo. Te pido ahora que hagas uso de esta facultad y te embarques conmigo en un viaje turístico; será un baño en ese gran cuerpo de potente líquido fluctuante, el líquido cefalorraquídeo. Enciende esa imaginación tuya y acompaña conmigo a un pececillo, un pececillo fluorescente, que puede encender o apagar su luz a voluntad mientras explora, busca y razona. Nada con aletas y se da cuenta de que su movimiento hace fluctuar el líquido cefalorraquídeo.

---

1. Adah Strand Sutherland (1889-1976) se casó con William G. Sutherland, D.O. en 1924. Actuó como "caja de resonancia" del Dr. Sutherland, escuchando sus ideas y ayudándole a expresarlas verbalmente, al tiempo que actuaba como secretaria de los primeros cursos de Osteopatía Craneal. Sus esfuerzos por recopilar los escritos del Dr. Sutherland dieron como resultado este texto. También es autora de *With Thinking Fingers*, una biografía del Dr. Sutherland.
Los doctores Lippincott, Becker y Wales fueron miembros de la facultad asociada del Dr. Sutherland. Rebecca C. Lippincott, D.O. (1894-1986: Colegio de Osteopatía de Filadelfia, 1923) fue coautora de *A Manual of Cranial Technique* (Manual de técnica craneal); Rollin E. Becker, D.O. (1910- 1996: Colegio de Medicina Osteopática de Kirksville, 1933) fue posteriormente presidente de la Fundación de Enseñanza Craneal de Sutherland (1963-80); y Anne L. Wales, D.O. (1904- : Kansas City College of Osteopathy and Surgery, 1926) es la editora de las Enseñanzas del Dr. Sutherland en *Teachings in the Science of Osteopathy*.

El pececillo ha aprendido que el líquido cefalorraquídeo se distribuye dentro del cerebro y la médula espinal, y fuera del cerebro y la médula espinal en los espacios subaracnoideos. Razona que el lugar lógico para emprender su viaje es el cuarto ventrículo, donde se establece la comunicación entre los ventrículos y la cisterna magna para que el líquido cefalorraquídeo pueda pasar de los ventrículos al cuerpo de líquido que rodea el cerebro y la médula espinal. Al considerar esto, recuerda lo que dijo el Dr. Still en la "*Filosofía de la Osteopatía*" [p. 39]: "...el líquido cefalorraquídeo es el elemento más elevado conocido que contiene el cuerpo humano y, a menos que el cerebro proporcione este líquido en abundancia, se mantendrá una condición de discapacidad del cuerpo".

¡Presto! Sale y se encuentra en el cuarto ventrículo del cerebro humano vivo. Mira a su alrededor y descubre que se estrecha para proteger el canal central de la médula espinal hacia el acueducto cerebral, así como en los huecos laterales que tienen aberturas en la cisterna magna. Este es claramente un centro estratégico de operaciones. Así que nada por el suelo del cuarto ventrículo, observando todas las células nerviosas y las funciones que cumplen: los centros fisiológicos del cuerpo humano. Qué importante es que estos centros de regulación y control estén en buen estado de funcionamiento. A continuación, nada hacia arriba y observa el movimiento vivo del cerebelo, la parte anterior del techo. Pasa un tiempo considerable observando y se pregunta ¿Qué está pasando aquí? Observa los tractos de la protuberancia que dan la vuelta al cerebelo y la forma del cerebelo, que se encuentra debajo de la tienda en la fosa posterior de la base craneal y que recubre la parte posterior del techo del cuarto ventrículo, con sus plexos coroideos colgando desde el exterior. ¿Por qué? ¡El cerebelo se mueve durante la inhalación y la exhalación como el fuelle de un herrero! Ve que los lóbulos cerebelosos tienen tejido blanco en su núcleo, con la materia gris en el exterior. Aquí las células nerviosas le parecen antenas de aparatos receptores de radio. ¿Por qué, se pregunta, la estructura está dispuesta así?

Con todo lo que se encuentra alrededor y en torno al cuarto ventrículo, que encaja tan bien debajo de la tienda del cerebelo, dentro de la curva de la escama del occipucio, por encima del foramen magnum y de la apófisis basilar, y apoyado en las superficies posteriores de las porciones petrosas de los huesos temporales, todo esto empieza a parecer un sistema natural para hacer fluctuar todo el líquido cefalorraquídeo. Tal vez se podría hacer exactamente eso con la escama del occipucio, *que es muy conveniente para comprimir el cerebelo y el cuarto ventrículo y hacer fluctuar* el líquido cefalorraquídeo hacia *arriba*, a través del acueducto, hasta el tercer ventrículo, hacia *abajo*, a través del canal central, hacia *fuera*, a través de los laterales, hasta alrededor, debajo y sobre todo hasta el cerebro completo y la médula espinal. Aquí, al comprimir y liberar el cuarto ventrículo, se puede controlar el movimiento de marea del líquido cefalorraquídeo. Piensa que las fibras del puente de Varolio que van desde el suelo del cuarto ventrículo hasta el cerebelo no sólo comprimen desde arriba, sino que también se juntan. Cuando aprendes a controlar la marea comprimiendo el cuarto ventrículo, puedes asegurar inmediatamente un intercambio de equilibrio rítmico entre todos los fluidos del cuerpo, y quiero decir todos.

En el suelo del cuarto ventrículo están todos los centros fisiológicos, especialmente el de la *respiración*, y diez de los nervios craneales (los otros dos son partes del cerebro). No sólo fluctúa el fluido, sino que toda esta acción proporciona alimento a través del "elemento más elevado conocido" que se transmuta a lo largo de las fibras a todos los tejidos: el corazón,

confiaenlamarea@gmail.com

los pulmones, el bazo, el hígado. ¡Estos son los centros fisiológicos *primarios*!

Observa que hay expansión y contracción del acueducto con la motilidad de sus paredes: el cerebro medio. Observa la ondulación del flujo del líquido cefalorraquídeo a través de él hacia el tercer ventrículo. Observa que en esta localización el pececillo está justo sobre la sínfisis esfenobasilar. Considera que las posiciones extremas de esa articulación, en flexión, extensión, rotación lateral y, sobre todo, en torsión, darían lugar a un pliegue en la "manguera" que perturbaría la fluctuación del líquido desde el tercer al cuarto o del cuarto al tercer ventrículo. ¿Hay algo en esta idea del cráneo? El pequeño pececillo empieza a pensar que sí.

¡Mira todo el sistema de los ventrículos dentro del tubo neural! El tercero y el cuarto son como el cuerpo de un pájaro: La médula espinal es la cola y las alas son los ventrículos laterales rodeados por el cerebro móvil y se unen donde se unirían todas las alas. Las alas se elevan más hacia atrás en vuelo y se pliegan en reposo. Los hemisferios cerebrales cabalgan sobre cada ventrículo y también se expanden. Por eso con la inhalación hay más ensanchamiento en el extremo posterior de la sutura sagital y en la sutura occipitomastoidea. Todo lo que estudias indica la motilidad del cerebro y el movimiento de los huesos y de todas las partes del mecanismo de la respiración primaria. ¡He intentado refutarlo!

El pececillo se encuentra ahora sobre una profunda sima en la parte superior del tercer ventrículo. Mientras escucha un zumbido a lo largo de las vías nerviosas motoras que bajan desde los hemisferios cerebrales, observa un pequeño cono que se balancea sobre su tallo durante la respiración, una función rítmica según los principios mecánicos. Es el cuerpo pineal, que se inclina hacia atrás cuando la sínfisis esfenobasilar está en extensión y se inclina hacia delante cuando está en flexión. Como es un pequeño curioso, estira la aleta y la arrastra hacia delante y hacia atrás para ver qué hace en esa importante zona de fulcro situada en la unión de la hoz cerebral y la tienda del cerebelo. Se siente como una manivela que cambia los engranajes, pues se mueve hacia delante y hacia atrás. ¡Debe haber alguna conexión entre el pequeño cuerpo pineal y la membrana de tensión recíproca! Algunos filósofos han pensado que esta zona es la sede del alma. Él lo duda. Pero parece haber alguna conexión mecánica, porque toda la membrana de tensión recíproca se desplaza hacia delante durante la inhalación y hacia atrás durante la exhalación.

Cuando el pececillo mira hacia delante en el fluido del tercer ventrículo, ve una cortina que cuelga y el fluido se mueve. La cortina se estira durante la inhalación, y razona que el plexo coroideo del tercer ventrículo está cambiando de forma. De hecho, la forma del ventrículo cambia cuando las paredes se mueven para hacer una forma de V en la inhalación y se juntan de nuevo durante la exhalación. ¡Pero estas paredes son fibras nerviosas que llevan impulsos nerviosos! Entonces esta motilidad debe ser otra función fisiológica, sin la cual no habría nada que permitiera acomodar el líquido cefalorraquídeo del cuarto al tercer ventrículo y viceversa.

Tiene mucho cuidado con el lugar en el que nada aquí, en el tercer ventrículo, pues oye el zumbido de las células nerviosas de los dos tálamos, y parece que hay algo vivo en las paredes: los ganglios basales. Ha oído algo sobre las células nerviosas eléctricas de estas paredes, y no le importa ser electrocutado por el contacto con la fuerza eléctrica más de lo

que tú te atreverías a tocar uno de esos cables de alta tensión que llevan la electricidad que se convierte en los 110 voltios que utilizas en tu casa. ¡La potencia de ese tálamo es tan grande! Porque recibe algo del "elemento más elevado conocido", como lo denominó el Dr. Still, es diferente de los impulsos nerviosos que acompañan a los mensajes ordinarios. Entonces se transmuta en los impulsos nerviosos característicos a lo largo de la vía nerviosa, que pueden compararse con la corriente de 110 voltios.

El pececillo decide que sería interesante ver el fondo de esta profunda sima y averiguar lo que ocurre allí, así que se sumerge hacia abajo. Lo primero que contacta es el hipotálamo. Ve un pequeño canal y pasa por el infundíbulo hasta el cuerpo de la hipófisis, que está atado abajo en su silla de montar, la silla turca del esfenoides, por el diafragma de la silla. Esto es realmente divertido: cabalgar con la hipófisis.

La acción en el fondo del tercer ventrículo, cuando adopta su forma de V en la inhalación, contrasta con el cierre de la V en la exhalación. El hipotálamo, incluyendo el infundíbulo y el cuerpo hipofisario, sube y baja rítmicamente mientras el esfenoides circunvala hacia delante y hacia atrás en su eje transversal. De hecho, la hipófisis es bastante móvil, en su silla de montar en movimiento. El pececillo se pregunta: ¿la dilatación de las paredes superiores del tercer ventrículo levanta el infundíbulo? ¿Eleva la hipófisis y el esfenoides?

La función de la fisiología hipotálamo-hipofisaria es de importancia fundamental para todo el sistema neuroendocrino. ¿Qué es lo más importante para esa función? Cuando observas el cuadro completo y notas todo el suministro de sangre a estos tejidos, no es difícil darse cuenta de que este movimiento del cuerpo hipofisario es más importante que cualquier otro factor. ¿Podría haber un director de orquesta si no hubiera en él cierta motilidad y movilidad? Tendría que ser activo para ser líder de su manada, el sistema endocrino.

El Dr. Hoover llamó la atención sobre una afirmación hecha por un patólogo, una autoridad en su campo, que hablaba de 40.000 fibras nerviosas en el infundíbulo que discurren entre el hipotálamo y el cuerpo de la hipófisis con sus lóbulos anterior y posterior. Tenemos la función de secretar los fluidos necesarios que deben ponerse en contacto con los otros sistemas glandulares del cuerpo, pero no podría hacer ese trabajo si no tuviera cierta movilidad y cierta motilidad, ambas cosas.

El pececillo puede pensar. Así que razona: Si el hueso esfenoides circunvala, y el pequeño cuerpo de la hipófisis cabalga en la silla, hay movimiento. Podemos ver al pequeño cuerpo hipofisario cabalgando al trote, o al paso, o tal vez al paso de una dama con un pie sobre el pomo de la silla de montar. Pues puede cambiar de asiento según los cambios de posición de la silla de montar. El pequeño pececillo ha oído hablar de la rotación lateral y de la torsión. El esfenoides debe poder girar sobre sus ejes anteroposterior y vertical. Todo esto explicaría esos ejemplares del laboratorio anatómico en los que la hipófisis ha hecho una depresión en su silla, no en el centro, sino hacia un lado o hacia delante, o hacia atrás. Todos son indicios de las posiciones en las que ese pequeño cuerpo de la hipófisis ha cabalgado de forma distinta a la que normalmente se puede encontrar en el laboratorio. ¿Qué significaría esto para el funcionamiento de la hipófisis y de todos los sistemas influidos por ella, incluida la llamada personalidad corporal?

confiaenlamarea@gmail.com

Demos un paseo con la hipófisis y veamos el panorama. Mira al frente y observa el quiasma óptico. Observa cómo se ensancha y estrecha la escotadura etmoidal. Mira los nervios ópticos que pasan entre las raíces de las alas menores del esfenoides hacia las cavidades orbitales que cambian de forma rítmicamente. Considera el significado para el organismo vascular de la zona, para la forma de los globos oculares en relación con la miopía y la hipermetropía. Observa la cisterna de líquido cefalorraquídeo que hay sobre ti, la cisterna interpeduncular, donde el líquido se encuentra fuera del infundíbulo y forma parte del "lecho de agua" sobre el que descansa el cerebro, según Hilton en "*Rest and Pain*" [p. 24], a menudo considerado un texto osteopático. Date cuenta de que aquí la parte central del cerebro no sólo descansa, sino que también mece su cuna articular craneal.

Ahora dejaremos esa pequeña hipófisis. No, haremos otra cosa. Haremos que el pequeño pececillo suba y tire de la membrana de tensión recíproca y haga sonar la campana de la locomotora por medio de la crista galli. Entonces veremos que el hueso etmoidal se balancea hacia delante y hacia atrás como el movimiento de una campana de una locomotora. Observa los bulbos olfatorios situados por encima de la placa cribiforme moviéndose hacia arriba y hacia abajo y date cuenta de que el líquido cefalorraquídeo se encuentra a lo largo de los tractos nerviosos olfatorios, que son una prolongación del cerebro, una formación diferente del sistema nervioso habitual. Lees en Speransky cómo bloqueó (lo llamó circulación) el líquido cefalorraquídeo a lo largo de ese mismo tracto nervioso y empezó a ver que aparecían pequeños nódulos del color de las soluciones de tinta que utilizaba en los linfáticos cervicales, al bloquearlo.[2]

El pequeño pececito ve cómo con la rotación lateral se produciría un apretón en la placa cribiforme del lado cóncavo que haría lo mismo, bloqueando la transmutación de ese líquido cefalorraquídeo, el sistema protector de la mucosa nasal sobre el que llamé tu atención. En cierto sentido, rocías el césped. Cuando estornudas, no te estás resfriando; estás intentando protegerte. Ésta es una de las acciones autocorrectivas que muestra las posibilidades de la ciencia de la osteopatía que puedes descubrir al indagar. Puedes utilizar las fuerzas intrínsecas de tu interior en aplicaciones que hagan aflorar estos poderes curativos, en lugar de utilizar algo del exterior.

Volvamos ahora y sigamos ese infundíbulo con sus 40.000 hilos vivos. ¿Puedes verlo como un tubo, como el tubo de cobre de un cable coaxial, y ver que el elemento más elevado conocido transmite su energía al tubo de cobre?[3] Esto te da que pensar. La glándula maestra no tiene fibras nerviosas que vayan a ella desde el cerebro. Mira cómo funciona el cuerpo de la hipófisis, sin ninguna conexión con el hipotálamo, por medio de fibras nerviosas. Existe algún otro medio de control por parte del sistema nervioso central. Si se encuentra, conducirá a la corrección de muchas perturbaciones en el sistema nervioso del hombre.

---

2. A.D. Speransky fue un científico ruso que realizó experimentos utilizando trazadores de tinta para mostrar las conexiones entre el líquido cefalorraquídeo, los espacios perineurales de la cavidad nasal y el sistema linfático del cuello. Véase Speransky, *Bases para la teoría de la medicina*.

3. Un cable coaxial está compuesto por un conductor central aislado con conductores tubulares de cobre trenzado colocados sobre él de forma concéntrica y separados por capas de aislamiento. Esta disposición permite que el cable transmita simultáneamente miles de señales telefónicas, de radio o de televisión, al tiempo que evita la pérdida de fuerza de la señal debido a las interferencias eléctricas externas.

Nadad en vuestra imaginación y ved el cuerpo pineal en las posiciones que adopta cuando la sínfisis esfenobasilar está en flexión y extensión, cuando todo el tubo neural está en inhalación y exhalación.

Subamos hasta la parte superior del tercer ventrículo y veamos la cortina que se extiende. Eso es lo que quiero que veas: el verdadero estiramiento del techo del tercer ventrículo durante la inhalación, y quiero que veas ese plexo coroideo agrupándose durante la exhalación. Entonces empezarás a entender algo sobre lo que quieren decir los "expertos" del líquido cefalorraquídeo cuando dicen que hay un *intercambio* entre las sustancias químicas de la sangre y el líquido cefalorraquídeo *dentro* de los plexos coroideos. No saben lo que es. Ahí está tu mecanismo, tu principio mecánico, para el intercambio entre las sustancias químicas de la sangre y el líquido cefalorraquídeo.

Las arterias coroideas se ramifican a partir de las arterias carótidas internas y suben por la fisura transversal del cerebro para convertirse en los plexos coroideos del tercer ventrículo y de los dos ventrículos laterales. La tela coroidea está fuera de los ventrículos, pero se proyecta en ellos con el ependima. El líquido cefalorraquídeo las rodea en la distribución subaracnoidea y en los ventrículos. Las venas coroideas desembocan finalmente en el seno recto a través de la gran vena cerebral. De hecho, esta zona se denomina cisterna de la gran vena cerebral.

El plexo coroideo propiamente dicho se encuentra en la corriente arterial de la piamadre y no en el sistema venoso. En principio, la misma disposición se encuentra en el plexo coroideo en el techo del cuarto ventrículo. Así pues, este sistema en la corriente sanguínea está rodeado de líquido cefalorraquídeo dentro del tubo neural y fuera de él. La motilidad del cerebro altera la forma de los ventrículos y produce cambios rítmicos en las paredes donde se encuentran los plexos coroideos, estirándolos y relajándolos. Los plexos de los ventrículos laterales se curvan con cada hemisferio cerebral abajo en el cuerno inferior. No se encuentran en los cuernos anteriores ni en los posteriores. Como el cerebro es libre de moverse desde su base en la lámina terminalis por encima de la tienda de cada lado de la hoz, la curva en espiral te da la imagen mental del patrón que hace el movimiento de cada hemisferio. ¿Ves por qué comparo los hemisferios cerebrales con las alas de un pájaro? ¿Ves por qué los ángulos mastoideos de los huesos parietales se mueven anterolateralmente en la inhalación y la curva espiral se extiende?

Escucha esto del Dr. Still: "El cerebro es la farmacia de Dios, que tiene en su interior todos los medicamentos, aceites lubricantes, opiáceos, ácidos y toda cualidad de droga que la sabiduría de Dios encontró necesaria para la felicidad [*Felicidad*] y la salud humanas".[4] Tú, como mecánico del cráneo, conviértete en un farmacéutico en tu arte de conocer este mecanismo, no sólo el mecanismo articular y ese pequeño punto de apoyo de la hoz y la tienda, sino el punto de apoyo en la fluctuación del líquido cefalorraquídeo, *su punto de quietud*.

4. Still, *Autobiografía*, p. 182. Nótese que en la edición revisada de 1908, el Dr. Still cambió la palabra "cerebro" por "cuerpo"; véase la edición original de 1897, p. 219. Se cree que la forma entre corchetes de "felicidad" fue añadida por los editores originales, probablemente para indicar el fuerte énfasis que el Dr. Sutherland ponía en esa palabra en sus presentaciones orales.

confiaenlamarea@gmail.com

Lleva la fluctuación del líquido cefalorraquídeo a su equilibrio rítmico, donde todos los fluidos tienen ese intercambio inmediato entre el líquido cefalorraquídeo y la sangre. ¿Te haces una idea? Un intercambio de las sustancias químicas de la sangre con las del líquido cefalorraquídeo.

Ahora hagamos un pequeño viaje desde el tercer ventrículo. Arriba, en la parte superior de la pared frontal, encontrarás pequeñas entradas que salen a los ventrículos laterales. Decide salir por el del lado derecho. Si no haces una pequeña marca ahí para saber dónde estás cuando vuelvas, puedes perderte porque el ventrículo se enrosca como un cuerno de carnero, con un pequeño cuerno por aquí y otro por allá.

Primero entramos en este lago anterior que está rodeado por lo que algunos llaman el centro de la inteligencia, el lóbulo frontal del cerebro. Aquí los huesos frontales están más cerca del cerebro que cualquier otro hueso craneal. Los huesos frontales giran hacia fuera y hacia dentro a medida que la hendidura etmoidal se ensancha y se estrecha, los bulbos olfatorios se balancean con una motilidad pulsante y una movilidad cabalgante.

El pequeño pececillo empieza a ver la simplicidad del tubo neural. La zona anterior se ha convertido en la zona superior, ya que el cerebro se enrosca hacia atrás, abajo y alrededor de la punta del lóbulo temporal que ahora está debajo. Así, la fisura transversal llega a colgar sobre la zona media. El pececillo sigue nadando en los lagos del interior del lóbulo parietal, el lóbulo temporal, donde vuelve a oír el zumbido de las vías motoras, y vuelve al cuerno posterior, donde la corteza visual se apoya en la membrana de tensión recíproca, donde la hoz del cerebro es la pared y la tienda del cerebelo es el suelo. Si el ángulo entre la pared y el suelo se redujera, el córtex visual quedaría pellizcado.

El pececillo desea volver al cuarto ventrículo. Y ya está allí. La elección entre un viaje hacia abajo al interior de la médula espinal o el exterior se hace a favor del exterior. A través de un receso lateral, nada y se encuentra en la cisterna magna que rodea la médula justo por encima del foramen magnum. Esta es la zona donde las cosas son grandes: la gran cisterna y el gran agujero. ¿Podría ser éste el orificio del árbol al que se refería el Dr. Still? Ciertamente es un orificio de buen tamaño en el occipucio.[5]

El pececillo ha oído que el occipucio tiene cuatro partes al nacer con cartílago entre ellas. Se asienta sobre la columna vertebral y tiene pequeños cóndilos que se balancean en las fosas del atlas cuando se inclina la cabeza. Las cuatro partes entran en la formación del foramen magnum. Está claro que la forma del foramen está directamente relacionada con la disposición de las cuatro partes que forman su margen.

Descansando aquí en la cisterna magna, el pececillo puede ver los tractos piramidales en la superficie inferior de la médula oblonga. Justo debajo de ellos está la apófisis basilar del occipucio. ¿Qué podría ocurrir, se pregunta, si una persona sufriera una caída aterrizando con fuerza sobre los pies y esto hiciera subir la apófisis basilar y sacudiera esos tractos

5. El Dr. A.T. Still presentaba la osteopatía como una ciencia, una filosofía y un arte cuyo potencial no se realizaba plenamente, del mismo modo que una ardilla que sólo se ve parcialmente dentro de un agujero en un árbol no se visualiza completamente. Afirmó que actualmente sólo se veía la cola de la ardilla.

piramidales? ¿O si a través de otro de los traumas que pueden crear tensión aquí, la apófisis basilar presionara los tractos piramidales o la médula fuera empujada con demasiada fuerza hacia el foramen? Tal vez estas posibilidades estaban implícitas en la referencia del Dr. Still al cuerpo de la ardilla que seguía en el agujero del árbol.

Aquí, en reposo, el pececillo siente un pequeño temblor en el líquido cefalorraquídeo que llega hasta el centro. No se derrama hacia un lado o hacia el otro, y las ondas no suben aquí o allá. El temblor llega justo hasta el centro. Entonces empieza a darse cuenta de lo que queremos decir al llevar esa fluctuación del fluido hasta ese breve periodo rítmico en el que tenemos el equilibrio; todo es equilibrio, intercambio; intercambio completo entre todos los fluidos del cuerpo. Eso es suficiente para ver la imagen de las posibilidades.

El pececillo nada alrededor de la médula espinal, que empieza a parecerse a la cola de un renacuajo que se mueve hacia arriba y hacia abajo durante la inhalación y la exhalación. Entonces ve que los filamentos llamados “cola de caballo” [cauda equina] bajando, claramente hasta el fondo de ese mecanismo espinal: los nervios y la piamadre y la membrana aracnoidea, todo ello dentro de la duramadre espinal. Este tubo dural, continuación de la capa interna de la duramadre craneal, es una membrana de tensión recíproca. Quiero que veas este pequeño mecanismo entre el occipucio y el sacro. Es el núcleo de unión entre el cuenco craneal y el cuenco pélvico.

La duramadre espinal está firmemente unida alrededor del foramen magnum y el cuerpo de la segunda vértebra cervical. No tiene ninguna otra fijación firme al hueso hasta que llega al sacro. A medida que el occipucio circunvala su eje transversal hasta su posición de inhalación, el foramen magnum pasa de un nivel inferior a otro superior. La tracción de la membrana atrae la base del sacro hacia arriba y hacia atrás y el vértice se desplaza hacia delante. Cuando el occipucio vuelve a su posición de exhalación, el foramen magnum vuelve a su nivel inferior y el sacro cae a su posición de extensión con la base hacia delante y el vértice hacia atrás. Como el occipucio forma parte del mecanismo craneal, el principio mecánico del funcionamiento de la duramadre espinal como membrana de tensión recíproca hace que este pequeño mecanismo forme parte del mecanismo respiratorio primario. La superficie exterior de la base craneal participa en el mecanismo respiratorio secundario.

Estos son los principios mecánicos que no ves en el laboratorio anatómico. Tienes que observarlos en cuerpos humanos vivos. Cuando empiezas a observar a los individuos que ves, te preguntas sobre el significado de lo que ves. Puedes llegar a ser tan experto en el diagnóstico que puedes señalar con el dedo y nombrar la lesión, lo creas o no.

De vuelta a la cisterna magna, el pequeño pececillo avanza por debajo del cerebro a través de la cisterna pontis hasta la cisterna basal. La membrana aracnoidea atraviesa las desigualdades de la superficie del cerebro, mientras que la piamadre, que lleva el flujo arterial, se adhiere a ella. Como el líquido cefalorraquídeo ocupa el espacio entre ellas, hay muchos lugares donde se acumula líquido. La cisterna basal está dividida en dos partes: la cisterna interpeduncular y la cisterna quiasmática. Hay una cisterna alrededor del tracto óptico y otra en la fisura lateral del cerebro, así como la distribución hacia arriba a través de la fisura transversal hasta la cisterna de la gran vena cerebral. De hecho, todos los surcos son pequeñas cisternas de líquido cefalorraquídeo, ya que la membrana aracnoidea también hace

confiaenlamarea@gmail.com

de puente sobre ellos, mientras que la piamadre se aferra a las profundidades.

Comienza a aparecer el cuadro completo: El tubo neural en su conjunto es como una casa en un océano, y hay puertas abiertas entre las habitaciones de la casa. Este océano es un cuerpo constante de fluido contenido en la membrana aracnoidea y en el tubo neural. El movimiento del fluido dentro de su cavidad natural es un movimiento de marea, una fluctuación. La motilidad del cerebro y la fluctuación del líquido cefalorraquídeo desplazan el punto de apoyo de la membrana de tensión recíproca que mueve los huesos craneales entre sí y el sacro entre los ilíacos. Así es como el cerebro no sólo se apoya en su lecho de agua, sino que también mece su cuna articular a través del mecanismo de engranaje de las articulaciones entre los huesos craneales.

La membrana de tensión recíproca del cráneo es una reduplicación de la capa interna de la duramadre craneal, llamada hoz del cerebro y tienda del cerebelo. En la postura vertical, las dos mitades en forma de hoz de la tienda están suspendidas de la hoz del cerebro. Si estás cabeza abajo, la hoz está suspendida de la tienda. Si estás tumbado de lado, la hoz y la mitad de la tienda están suspendidas de la otra mitad de la tienda. Desde el punto de vista de la función mecánica, el mecanismo articular membranoso del cráneo se mueve y regula mediante el fulcro suspendido de la membranas de tensión recíproca, situado en la zona del seno recto donde la hoz se une a la tienda.

Este fulcro suspendido es comparable al de las antiguas balanzas que vi suspendidas del techo en una réplica del primer puesto comercial de Cape Cod. El fulcro en torno al cual funcionaba la balanza era el punto inmóvil, el punto de poder en la función del mecanismo. Apenas hacía falta un toque para cambiarlo, la balanza era muy sensible.

Mediante el arte de conocer el mecanismo, y observando y palpando el cráneo vivo, puedes aprender a comprender la acción normal del mecanismo respiratorio primario. Mediante el conocimiento de lo normal, puedes diagnosticar lo anormal. La oscilación de la membrana de tensión recíproca y la fluctuación del líquido cefalorraquídeo te indican el diagnóstico, y pueden utilizarse para la reducción de las tensiones articulares membranosas del mecanismo.

Existen patrones de adaptación en las articulaciones de la base craneal, y hay efectos traumáticos particulares que hay que comprender. Los discutimos en función de lo que ocurre en la sínfisis esfenobasilar o, en caso de traumatismo, en función del punto de impacto y de las articulaciones locales afectadas. Acompañemos al pequeño pececillo en un viaje para ver algunas de ellas.

Al volver a hacer turismo en el gran estanque de líquido cefalorraquídeo, el pececillo se da cuenta de la presencia de la luz, la luz que ilumina el campo. Es como el rayo que sale del faro: Ilumina el océano pero no lo toca. A veces lo llamo un “fluido dentro de un fluido”, o la “luz líquida”, algo que se enciende en esta habitación oscura y la oscuridad desaparece. ¿Adónde va? Es algo invisible: la Potencia, el Aliento de Vida, o el elemento más elevado conocido del Dr. Still.[6] Podemos utilizarlo cuando nos encontramos en problemas, sin saber qué hacer. A medida que buscamos la imagen real de lo que ocurre en el mecanismo respiratorio primario, encontramos más y más; todo menos la luz líquida.

En la cisterna magna, si observas el cerebelo, ves dónde se ha inclinado hacia atrás, tal vez a causa de un golpe en la parte posterior de la cabeza, tal vez tras una punción lumbar para extraer líquido cefalorraquídeo.

En la cisterna interpeduncular, puedes ver dónde una fuerza de compresión de la parte superior de la cabeza, o en un patrón de lesión craneal, al presionar hacia abajo esa cisterna presionaría hacia delante la cisterna que está encima. Esa presión alrededor del tracto óptico podría dar un efecto en el ojo como el causado por un agrandamiento o crecimiento del cuerpo hipofisario. No todas las indicaciones significan una anomalía de la hipófisis o un crecimiento. La aplicación osteopática del sentido del tacto sobre el cráneo te dirá mucho. Si tienes una sensación como la de un tomate podrido, busca alguna patología, como un crecimiento en ese mecanismo. Puedes hacer un diagnóstico diferencial mediante el arte combinado de conocer la mecánica y la aplicación de tu hábil sentido del tacto en tus dedos que piensan-sienten-ven.

Estos factores, como las fuerzas de compresión que crean perturbaciones en la fluctuación normal del líquido cefalorraquídeo -o lo restringen en una cisterna-, lo perturban o restringen en toda la zona oceánica que rodea al cerebro. No sólo rodea al cerebro, sino que se encuentra dentro de sus ventrículos, sus cámaras, y alrededor de la médula espinal, dentro de la médula espinal y fuera de los tractos nerviosos a cierta distancia. ¡Es increíble la *magnitud* de la misma…!

Al subir aquí a los hemisferios cerebrales, encuentras pequeñas fisuras y miras hacia abajo en ellas. Ves la piamadre que lleva la circulación arterial en el fondo de estas fisuras y el líquido cefalorraquídeo justo encima de la piamadre. Ves que la membrana aracnoidea de arriba *no* entra en esas fisuras, sino que se extiende a través de ellas. Entonces empiezas a darte cuenta de lo que les ocurría a los jóvenes que volvían de la guerra, que salían de los aviones y de los barcos de guerra con canas.

A través del miedo y las vibraciones, las membranas se habían bloqueado en el mecanismo justo sobre estas fisuras y surcos. ¿Entiendes lo que quiero decir? Es como el hombre al que llamamos la atención en "*The Cranial Bowl*" [p. 54], que recibió un choque meníngeo al mezclar licor malo con agua fría; no internamente, sino a través del frío de uno y la influencia del otro, un choque meníngeo que bloqueó sus membranas hasta los hemisferios cerebrales. No hubo fluctuación del líquido cefalorraquídeo, ni latidos del pulso, ni respiración. No sé cuánto tiempo permanece esa luz líquida, pero ocurrió que tuvimos la suerte de poder "arrancar el coche" en ese momento, y con la aparición del Aliento de Vida, el paciente empezó a respirar con el aliento del aire y a continuar su andadura por la tierra.

Quiero que te hagas esa idea. Cuando se produce un choque meníngeo, quiero que también captes la importancia del punto de apoyo, no sólo el del mecanismo articular membranoso, sino especialmente el *punto de apoyo*, el *punto de calma* en la fluctuación del líquido cefalorraquídeo, donde te acercas en tu comprensión de lo que el Dr. Still quería

6. Para un análisis más completo del uso que hace el Dr. Sutherland del Aliento de Vida, véase el artículo 23, "Charla sin título de 1944". Cf. "Y Jehová Dios formó al hombre del polvo de la tierra, y sopló en su nariz aliento de vida, y fue el hombre un alma viviente". Gn. 2:7, versión Reina-Valera.

confiaenlamarea@gmail.com

decir cuando se refería al elemento más elevado conocido en el cuerpo humano vivo.

Vayamos a la zona de la fisura lateral del cerebro, entre el lóbulo frontal y el lóbulo temporal que se encuentra en la fosa craneal media. La arteria cerebral media atraviesa la fisura lateral o silviana; el borde libre del ala menor del esfenoides encaja en el tallo de la misma. Piensa en lo que ocurre después de que algún niño pequeño haya tenido un golpe en el hueso frontal que haya hecho retroceder el esfenoides. Empiezas a ver una compresión entre esos dos lóbulos hasta la arteria cerebral media, algo así como la compresión que hace el manguito de un esfigmomanómetro cuando se mide la presión arterial, algo que restringe temporalmente el latido del pulso. Esta compresión entre los dos lóbulos podría producirse. Luego piensa en los llamados golpes "ligeros". Si buscas en el historial de tus pacientes que han tenido ictus leves, puede que encuentres un suceso de ese tipo. Tienes una posibilidad, una de las muchas que existen en el diagnóstico, mediante el arte de conocer el mecanismo y buscar en la historia de algún pequeño golpe.

Cuando la sínfisis esfenobasilar está en posición de rotación lateral, tenemos un lado de la cabeza menos convexo que el otro. El lado cóncavo está más alto que el lado convexo. Si el pececillo nadara en los lagos de los ventrículos laterales, encontraría una mayor masa de líquido en el lado de la convexidad, el lado inferior. Hemos visualizado el pliegue de la manguera que se produciría en el acueducto cerebral en los casos de marcada inclinación lateral -rotación o torsión- o en la flexión o extensión extremas. Ahora visualiza el mismo efecto, el mismo pliegue, en el infundíbulo que perturba el flujo del líquido cefalorraquídeo. Hemos visto que el pequeño cuerpo de la hipófisis puede cambiar de asiento cuando se inclina su montura, y hemos visto que los bulbos olfatorios de la parte delantera y la corteza visual de la parte trasera pueden quedar pellizcados. Todas estas son consideraciones que debes tener en cuenta cuando te hagas cargo de los casos. Observa, diagnostica y razona tus datos. A continuación, utiliza las potencias intrínsecas de tu interior para la reducción de la lesión. Sujeta la membrana de tensión recíproca y la fluctuación del fluido en el *punto de equilibrio*. Puedes sentir cómo tiran, tiran, tiran.

A los lados del cuerpo del esfenoides hay otro canal de fluido. Los senos cavernosos descienden desde las venas oftálmicas a través de la duramadre hasta los senos petrosos superiores e inferiores. Date cuenta de que la restricción del flujo de sangre venosa a través de los senos petrosos podría influir en los fluidos de las cavidades orbitarias. Hay muchos "porqués" a medida que avanzamos. La osteopatía es una ciencia con posibilidades tan grandes como la magnitud de los cielos.

Si el líquido cefalorraquídeo bloquea los bulbos olfatorios, se bloquea el movimiento del hueso etmoides. Los cornetes congestionados de la nariz también pueden restringir el movimiento del etmoides.

Cuando la situación del mecanismo craneal ha provocado la protrusión de los globos oculares, el exoftalmos, puedes conseguir que retrocedan cambiando el mecanismo. Cuando han retrocedido, la dilatación de las pupilas también ha cambiado.

Supón que el paciente ha tenido una caída, cayendo con fuerza sobre sus tuberosidades isquiáticas. O supongamos que ha tenido un golpe en el ángulo superior del occipucio.

Tales sucesos no sólo producen lesiones articulares craneales, sino que también “hacen caer” el cerebelo sobre la cisterna magna. Qué sensación tan aburrida se tiene cuando se produce una lesión de la sutura occipitomastoidea y el cerebelo es empujado hacia abajo. Muchos enfermos mentales están así afligidos. Un golpe anterior del sacro, tal vez durante el parto, puede tener el mismo efecto a través del vínculo central entre el cuenco craneal y el cuenco pélvico y el arrastre fascial. La liberación del mecanismo articular y la elevación fluida del cerebelo corrigen la situación. Si vas a volver a colocar el sacro con una técnica para empujar hacia atrás la base sacra, asegúrate de separar los huesos ilíacos para permitir el éxito. Esto eliminará el arrastre de la membrana de tensión recíproca} y la fascia para que el cerebelo pueda levantarse.

Nada en tu imaginación y ve el cuerpo pineal en inhalación y exhalación. Ve el cuerpo de la hipófisis funcionando sin ninguna conexión con el hipotálamo por medio de fibras nerviosas. La glándula maestra no tiene fibras nerviosas que vayan a ella desde el cerebro. Existe algún otro medio de control por parte del sistema nervioso central. Si se encuentra, conducirá a la corrección de muchas perturbaciones del sistema nervioso del hombre. Mira el infundíbulo como un tubo, como el tubo de cobre de un cable coaxial, y observa que el elemento más elevado conocido transmite su energía al tubo de cobre. Esto te da algo en lo que pensar. Con todas estas vistas y pensamientos, el pececillo considera que tiene suficiente para pensar durante años. Así que se sumerge hasta el fondo, hace una punción lumbar y se marcha.

El Dr. Still no podía hablar de todo lo que entendía sobre el cuerpo humano vivo. No estábamos preparados para escucharle. Si lees entre líneas en su *Filosofía de la Osteopatía*, verás que es así.

confiaenlamarea@gmail.com