

LAMINA LXXXVI
Meridiano Jenn Mo. Visión anterior.

VI. APROXIMACIÓN UNITARIA A LOS MERIDIANOS.

Una vez presentada una síntesis esquemática de los meridianos adelantando ambigüedades, aparece el interés por una revisión con el ánimo de unificar criterios y facilitar la comprensión de la diversidad. A nuestro juicio, se ha abusado de ella, en el sentido de que tal complejidad parece invitar, o facilitar al menos, el que, en sucesivas interpretaciones y ediciones de textos cada uno aporte lo que crea interesante sin pretender antes ver si está ya dicho, si es mejor reflexionar antes sobre lo ya expresado, o si merece la pena añadir nuevos datos menos útiles que contribuyan a la complejidad. Nosotros, sin añadir nada, vamos a tratar de reflexionar sobre lo mucho -interesante, sin duda- que han dicho los demás tratando de explicar como lo entendemos nosotros, siempre que creamos que aportamos simplicidad a las cosas.

1. UNIFICACION DEL TRAYECTO PRINCIPAL, MERIDIANO DISTINTO Y VASO LO LONGITUDINAL DE LOS MERIDIANOS.

En relación con los vasos Lo, es fácil reconocer su origen en el punto Lo del trayecto de los meridianos principales siguiendo cualquier descripción de los mismos (fig. F). En él se inicia el vaso Lo longitudinal que, desde ese punto, sigue el trayecto del meridiano principal, sin que posea puntos propios, hasta su punto de profundización que es, sin duda, su primera etapa.

Por su parte, al meridiano distinto le ocurre lo mismo (fig. F); que desde el punto Ho de cada meridiano principal recorre su mismo trayecto hasta el punto de profundización, sin que posea puntos propios.

Esta coincidencia o mejor identidad de trayecto (un único trayecto en definitiva) se empaña a veces porque la dirección del vaso Lo longitudinal y la del meridiano distinto no coinciden con la del meridiano principal con el que pretendemos unificarlos, y parecen trayectos distintos cuando ésta diferencia se debe a una consideración energética dinámica perfectamente comprensible y salvable.

El sentido del trayecto del meridiano principal se debe a su posición en el círculo energético que va y viene a/de las extremidades, disponiendo de un meridiano de ida y otro de vuelta entre cada dos acopados. Por el

contrario, los meridianos distintos y los vasos se utilizan en sentido terapéutico, siempre centrípeto, en dirección al órgano y la viscera, pudiendo o no coincidir con el trayecto del meridiano principal en una coincidencia o discrepancia intrascendente.

Las consideraciones anteriores nos llevan a poder enunciar que esta discrepancia en el sentido de presentar el recorrido, y, por consiguiente, el concepto mismo de los diversos componentes de un meridiano, se debe a la utilización de una única vía o canal con distintos fines.

Si el objetivo es explicar una regla didáctica-terapéutica que facilite el uso del inmenso universo de puntos dentro de todo el pensamiento filosófico oriental -no discrepando con éste en ningún momento sino, todo lo contrario, potenciándolo- surge el concepto de trayecto principal con sus puntos bien descritos, integrado en un devenir sin fin, "círculo energético", que funciona como un todo continuo.

Ahora bien, si lo que se busca es la explicación de la acción sobre zonas lejanas o en profundidad de los diversos puntos que se encuentran en las extremidades, se nos muestra el concepto de meridiano distinto y vaso longitudinal, que siempre tiene un recorrido desde éstas hacia esas zonas concretas distantes. Sólo queda

situado localmente el vaso Lo longitudinal pulmón; otros que podrían hacernos pensar también en esta idea local meridiano distinto vesícula biliar y riñón- sólo representan un modo de unir un meridiano con otro para continuar el primero con el segundo, como tendremos ocasión de analizar en apartados posteriores.

No existen, pues, contradicciones en el conjunto de los diversos trayectos de un mismo meridiano (antes principal, distinto y vaso Lo) más bien complementariedad. En las extremidades, el diferente origen del meridiano distinto y vaso Lo longitudinal significa la posible utilización parcial o más corta del recorrido correspondiente al trayecto principal, como mostramos en la lámina LXXXVII. Esto nos lleva al estudio simultáneo, a lo largo de todo su recorrido, de los distintos componentes de un meridiano y observar también una unificación, total o parcial, en otras zonas distantes a las extremidades. Esto sucede con el trayecto principal, meridiano distinto y vaso Lo longitudinal maestro corazón; también, aunque más parcialmente, con el meridiano distinto, vaso Lo longitudinal y trayecto principal bazo, este último con recorrido común hasta la ingle (E 30) con el primero y hasta los flancos (B 15) con el segundo. Idéntico al anterior caso resulta el análisis del meridiano distinto, vaso Lo longitudinal y trayecto

principal vejiga, en el cual el meridiano distinto se separa del trayecto principal a nivel del pliegue glúteo, mientras el vaso Lo longitudinal continúa el trayecto principal hasta su origen, en el ángulo palpebral interno.

2. DESTINOS TERAPÉUTICOS LEJANOS DEL TRAYECTO PRINCIPAL A LOS QUE NO LLEGA TOPOGRÁFICAMENTE.

Existen igualmente recorridos fuera del trayecto principal definido por los puntos propios. Si contemplamos las tablas 12 al 15, donde se encuentran los puntos distantes de los meridianos (situados en las extremidades) con sus más frecuentes usos terapéuticos, podemos contemplar el hecho de que existen puntos distales, de un meridiano ya definido, con una acción sobre zonas concretas distantes a ellos a donde dicho meridiano ni llega ni, por lo tanto, tiene puntos propios, y por consiguiente, no las recorre su trayecto principal. Urge, por lo tanto, la necesidad de llegar a ellas y recorrerlas, o por lo menos, conectar con las mismas.

Surge así que los recorridos ya imprecisos de los vasos Lo longitudinales se alargan hasta llegar a la zona donde puntos del meridiano principal actúan y éste no llega. Este es el caso, entre otros, de los vasos Lo

longitudinales intestino grueso, intestino delgado y estómago. El primero presenta su punto IG 5, que es significativamente terapéutico sobre las algias de cabeza a cuya área temporal (área algica cefálica) no llega el meridiano principal pero sí su vaso Lo longitudinal; sus puntos IG 4, IG 5 e IG 6, son terapéuticos sobre el oído y para explicarlo llega también el vaso Lo hasta el área correspondiente. El meridiano intestino delgado es terapéutico por sus puntos ID 5 e ID 8 sobre las afecciones bucales-algias dentales, y hasta allí llega el vaso Lo longitudinal porque si no lo hiciera, como en los otros ejemplos, no se comprendería tal acción. El vaso Lo longitudinal estómago llega hasta el TM 20 lo que explica las acciones psíquicas del meridiano estómago.

Los meridianos distintos logran idéntico propósito de un modo más expeditivo: saliendo del interior (después de recorrerlo conectando con los órganos energéticamente asociados), para unirse a un meridiano principal cuyo trayecto alcance su zona diana. Este es el caso del meridiano maestro corazón; sus puntos MC 3 y MC 8 son significativos para el tratamiento de las afecciones psíquicas lo que se explica con la unión que su meridiano distinto termina haciendo con el trayecto principal triple recalentador, que tiene puntos en el territorio

cefálico apropiado y con el TM 20. Lo mismo sucede con el meridiano pulmón, en el que la acción del punto P 7 sobre las algias cefálicas y del P 9 sobre los procesos oculares, se explica por la unión de su meridiano distinto al trayecto principal intestino grueso. ¡Y ningún otro significado se encuentra a estos meridianos distintos y vasos Lo, ni otra explicación a sus uniones distantes con otros meridianos!

3. UNIONES ENTRE PUNTOS DE DIFERENTES MERIDIANOS: AREAS REFLEJAS Y OTRAS RAMAS DE CONEXIÓN.

Con el razonamiento anterior, el problema de la diversidad de trayecto para los diferentes componentes de un meridiano quedaría resuelto. Sin embargo, la existencia de uniones entre puntos pertenecientes a diferentes meridianos ensombrece el concepto lineal que de éstos se debe tener para no perder su visión esquemática tan facilitadora de su recuerdo.

El estudio en conjunto de los recorridos de los meridianos tradicionales nos muestra cómo ciertos puntos de determinados meridianos presentan variadas y complejas conexiones con otros de diferentes meridianos, pero éstas no se muestran en su totalidad en las descripciones tradicionales ni siquiera en la del meridiano al

que se encuentran adscritos los puntos en litigio, sino que son consideradas desordenadamente. Así existe una serie de conexiones que no se describen en los trayectos principales sino que son mencionadas en los recorridos de los vasos secundarios. Nombraremos algunos casos: la unión con el punto TM 20 descrita en el vaso Lo longitudinal estómago y en el meridiano distinto triple recalentador, mientras no está citada en los respectivos trayectos principales; la conexión con el punto TM 1 citada en el meridiano distinto vejiga, y no mencionada en su trayecto principal. Asimismo, en la descripción del trayecto principal del meridiano bazo no se contempla la unión del punto B 12 con el E 30 (punto de profundización) que sí es utilizada en la descripción de su meridiano distinto; pero además, no es mencionada en aquel trayecto principal la rama que proveniente del punto H 12 se dirige al primer punto citado, la cual sí es nombrada en el trayecto principal del meridiano hígado.

Igualmente, podemos contemplar como algunas de estas uniones se podrían considerar como ramas derivativas del trayecto principal. De esta forma, se nos muestra una serie de conexiones con nombre propio como son los diferentes vasos Lo transversales así como el vaso Lo longitudinal del meridiano pulmón. Al tiempo,

existen otros vasos derivativos sin un nombre en particular, entre otros ejemplos está el trayecto descrito en el meridiano estómago que desde el punto E 36 se dirige al dorso del pie.

No obstante, y he aquí el problema, la mayoría de aquellas conexiones, entre puntos de diferentes meridianos, se encuentran inmersas dentro de la descripción de los diversos componentes de un meridiano e incluso independientes a aquéllos. Resultando, por consiguiente, recorridos superficiales con un diferente número de puntos no propios al meridiano a describir. Entre los diferentes ejemplos podemos citar la descripción del trayecto principal del meridiano intestino delgado en su recorrido por el hombro, en el que participan los puntos del meridiano vejiga, V 36 y V 11. Otra muestra de lo explicado se encuentra en los ejemplos citados al comienzo del presente apartado.

Todo lo anterior nos conduce a dos hechos fundamentales. De una parte, considerar el conjunto de uniones descritas en los diferentes componentes de un meridiano como pertenecientes a un único trayecto (definido por sus puntos propios). De otra parte, describir todas las conexiones de un meridiano como ramas derivativas de su trayecto principal. Los dos puntos mencionados serán objeto de un apartado posterior, sin embargo, una vez

planteado el problema nos queda por aclarar una serie de cuestiones que consideramos de interés.

Es lógico pensar que lo que inicialmente se estableciera fuera los trayectos lineales de una serie de meridianos sobre el conocimiento de un conjunto de puntos terapéuticos, resultando con ello la definición de puntos propios de un meridiano. La flexibilidad misma del concepto inicial del meridiano (trazo lineal que conexas puntos terapéuticos conocidos) hace factible utilizar este mismo concepto, no sólo para ordenar didácticamente los puntos acupunturales (meridiano principal) sino para explicar un conjunto de fenómenos que se desarrollan, o que son necesario explicar, con la utilización de la técnica acupuntural.

Así, por ejemplo, para dar respuesta a la vitalidad de toda nuestra superficie corporal y de cada región de nuestro cuerpo, nace el concepto de círculo energético, formado por los trayectos superficiales de los doce meridianos principales, recorriendo la totalidad de aquélla. Para ello se precisan de unas conexiones energéticas entre meridianos de un signo y otro para completar el recorrido de la energía. A este grupo pertenece las conexiones constituidas por el punto final de un meridiano y el inicial del siguiente, así como los vasos Lo transversales.

Para explicar una serie de fenómenos clínicos, vasculares y nerviosos (como son parestesias, enrojecimiento y calambre), surgidos con la punción de una serie de puntos acupunturales, nace un conjunto de conexiones, la mayoría de las veces localizadas en los miembros y con destinos imprecisos. Agruparemos todas ellas bajo la denominación de conexiones clínicas; en la descripción tradicional de los meridianos tenemos, entre otros ejemplos, el vaso Lo longitudinal pulmón y la rama derivativa del meridiano estómago, descrita desde el punto E 36 hasta el 3er. dedo del pie, como pertenecientes al tipo de conexiones citadas.

De idéntica forma, con objeto de explicar la respuesta terapéutica de los distintos puntos de un meridiano no sólo se origina el concepto de meridiano distinto y de vaso Lo longitudinal -ambos con un sentido centrípeto- sino que tanto en éstos como en los trayectos principales de los meridianos se incluyen una serie de puntos no propios. A estas uniones las consideramos conexiones terapéuticas.

Por lo engorroso que podría resultar enunciar el conjunto de estas conexiones, basten algunos de estos ejemplos. En el abdomen, los meridianos bazo y estómago establecen una conexión con el punto JM 10, para explicar su acción terapéutica gástrica, ya que este punto es

significativo para dicha acción; la unión de los meridianos riñón y bazo con los puntos JM 3 y JM 4, explica su acción terapéutica sobre las afecciones de intestino grueso, para lo cual son significativos estos puntos; en el hombro, el punto ID 12 se incluye en el trayecto principal del meridiano intestino grueso y triple recalentador, por la acción significativa de éstos sobre las algias de hombro.

En la cabeza, es interesante la triple conexión que los meridianos estómago, triple recalentador y vaso longitudinal intestino grueso, tienen con el punto VB 3, situado en la región preauricular y significativo para las afecciones de oído; a su través se explican influencias que sobre el mismo órgano tienen los tres meridianos.

La extremidad cefálica resulta complicada. Difícil justificación tiene la inclusión de los puntos como VB 12 - VB 10 - VB 9 - VB 8 - TR 20 - VB 15, en el meridiano intestino delgado, o el trayecto VB 21 - VB 11 - VB 15 - VB 14 - V 1, incluido en el trayecto del meridiano triple recalentador. La verdad es que la cabeza tiene un abigarrado solapamiento de órganos, funciones y zonas que, desde luego, trataremos de simplificar en su momento.

Si consideramos en conjunto las conexiones terapéu-

ticas que se describen en cada una de las regiones corporales -como más adelante se detallará- en relación a la frecuencia de uso terapéutico de los puntos implicados, observaremos que se tiende, en las mismas descripciones tradicionales, a agrupar puntos que situados en una misma zona anatómica presentan una misma utilidad terapéutica significativa. Es decir, estas uniones estarían incluidas en las respectivas áreas acupunturales representativas que hemos descrito. Estamos, pues, asistiendo a un esbozo de las citadas áreas acupunturales (viscerales, psíquicas o álgicas) que los meridianos establecen de alguna manera tratando de agrupar los puntos por cualquier circunstancia, lo que abunda en nuestra propuesta de su existencia demostrada más palpablemente por la significación estadística de los puntos vecinos, como hemos indicado más atrás.

Entre otros ejemplos podemos citar la conexión del punto E 7 con VB 3 por su comunidad terapéutica sobre las algias faciales; del VB 20 con el ID 17 y TM 14 para volver al VB 21, en circuito terapéutico para las algias del cuello; y del TR 17 con el ID 19 en un conjunto significativo para procesos acústicos y vestibulares.

Fuera de la cabeza, el punto VB 30 (situado en la cadera) se une a los puntos V 31 y V 34 (que se encuentran en la región sacra) por ser todos ellos significa-

tivos en las algias lumbares; ; IG 15 - ID 12 (situados en el hombro), ambos con significado terapéutico en las algias de hombro.

En otras ocasiones la frecuencia inusual con la que se menciona un punto en el desarrollo de las descripciones de distintos meridianos, se encuentra en relación a hechos clínicos acaecidos en la zona anatómica donde se sitúan aquéllos. Así, en el punto H 13 se concreta la funcionalidad hepática, al situarse aquél en la zona refleja del hígado; esto mismo sucede con el conjunto de puntos VB 26 - VB 27 - VB 28, donde se refleja el funcionalismo renal, por su identidad topográfica con los cólicos nefríticos. Por la misma razón se hace reflejar el funcionamiento cardiaco en el punto JM 17, el centro del pecho.

Ya sea únicamente por una identidad topográfica o por la conjunción de ésta con la utilidad terapéutica de los puntos, se pretende describir a través de éstos una serie de áreas reflejas de funciones corporales. Son las zonas o áreas reflejas acupunturales, que definiremos en tórax, abdomen, cuello y cabeza, tanto álgicas como viscerales (láminas CXIV a CXIX). A modo de ejemplo, enunciaremos las áreas acupunturales reflejas abdominales, que se pueden entrever en las descripciones tradicionales.

Debemos comenzar recordando que en una banda central abdominal y de abajo arriba, se describe en acupuntura una porción caudal vesicó-uterina (con un punto característico, JM 2); otra infraumbilical que se relaciona con el intestino grueso (JM 5 - JM 6 - JM 7 - JM 9); finalmente, una más alta que refleja el funcionamiento gástrico (con los puntos JM 10 - JM 12 - JM 13).

Existen otras zonas reflejas laterales que, en sentido caudocraneal, son las siguientes: una hepato-biliar (punto reflejo H 13); una relacionada con el riñón-uréter (y con el cólico nefrítico, por tanto) marcada por la sucesión de puntos que abraza la cintura (VB 26 - VB 27 - VB 28); y otra zona de intestino grueso colocado en la horizontal del ombligo (E 25 - B 15).

Definidas así las áreas reflejas de distintas afecciones corporales, las conexiones terapéuticas de los diferentes meridianos, con puntos significativos para las misma, se puede describir como ramas derivativas del trayecto principal con significación de referencia terapéutica, es decir, de explicación de la acción terapéutica de puntos zonales o distales integrantes del meridiano.

Con relación a las áreas reflejas abdominales descritas tendremos, entre otras, las siguientes uniones: en la zona media inferior, existe una curiosa unión en

todos los meridianos circulantes con los puntos de vaso concepción en la línea media (B 12 - H 12 - E 29 - R 12 con JM 2), explicándose así las relaciones de los meridianos hígado y riñón sobre el útero y vejiga (JM 2) y de los meridianos bazo y estómago sobre el intestino grueso (JM 4). En la zona media superior existe una conexión B 15 - E 24 - JM 10, que explica las influencias de estos meridianos sobre el estómago.

De otra parte, existe una serie de uniones que distraen nuestra atención, son conexiones que nos muestran el encuentro con puntos de otros meridianos al unirse dos puntos del meridiano objeto de la descripción. Podemos designarlas como uniones de secuencia topográfica, con ellas no se explica ningún fin terapéutico. Esto sucede con la secuencia de puntos B 16 - VB 24 - H 14, que no tiene otra relación entre sí que la de estar en una verticalidad, la cual queda así resaltada; otro ejemplo parecido es la conexión H 4 - B 6 - H 5, resultado de la unión de dos puntos del meridiano hígado a través de una vertical que pasa por el punto B 6.

Un ejemplo compendioso de cuanto estamos diciendo es el recorrido adscrito al meridiano vesícula biliar que recorre la cabeza. Su punto VB 20 resulta significativo para el tratamiento de las afecciones del aparato ocu-

lar, aparato audiovestibular y algias cefálicas; para alcanzar estas zonas de una manera más significativa, del citado punto sale una rama que en su recorrido va pasando por puntos como TR 17 e ID 19 (área auditivo-vestibular), E 8 (área facial), TR 22 (área auditivo-vestibular, de nuevo), TR 23 (área ocular) y VB 1 (área ocular y algias cefálicas), y todo siguiendo un trayecto de aparente regularidad.

En último término, al tener que explicar acciones terapéuticas orgánicas de los puntos, los meridianos se ven obligados a penetrar en la cavidad tóraco-abdominal; esto se resuelve con la definición de una serie de conexiones o vías de tránsito de la superficie a la profundidad, todas ellas presentes en la raíz de los miembros. Aunque estas vías son inicialmente complejas y diversas para un mismo meridiano, tras la realización de una labor de síntesis (que detallaremos en el correspondiente apartado) tendremos ocasión de describir las mencionadas vías de tránsito en base a una simple topografía anatómica de los puntos (como sucede con las vías de los meridianos yin y yang del miembro inferior, y los meridianos yin del miembro superior).

En definitiva, el conjunto de conexiones entre puntos de diferentes meridianos no hace sino enriquecer el sistema de los meridianos, pero, sin embargo, precisa de una síntesis con objeto de no distraer el verdadero sentido de los mismos: un trazo lineal que recuerde la existencia de puntos terapéuticos.

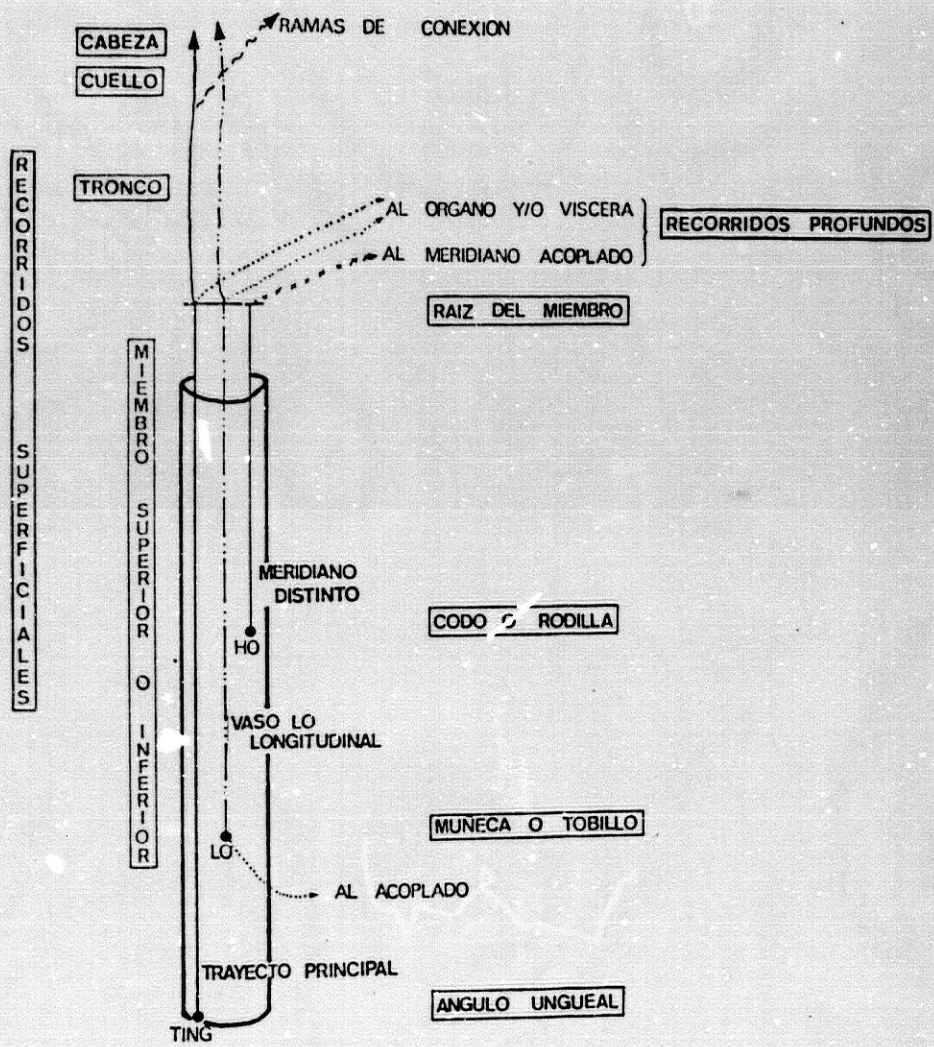
Por lo anterior, debemos desechar las uniones de secuencia topográfica al reiterar un concepto (el transcurrir de un meridiano por una zona) que ya está implícito en la conexión de dos puntos propios. Igualmente, tendremos que definir una serie de áreas reflejas de las diversas afecciones o funciones presentes en nuestra corporalidad, así como una serie de enlaces o conexiones de referencia terapéutica, desde los distintos meridianos, con puntos significativos para tales afecciones, hacia las respectivas áreas.

Asimismo, para comprender una serie de fenómenos vasculares y nerviosos surgidos con la técnica acupuntural hay que definir un conjunto de uniones que denominaremos conexiones clínicas.

Mantendremos un conjunto de conexiones por su significado en la terapéutica tradicional pero englobadas todas ellas bajo la denominación de conexiones energéticas. Por último, describiremos unas vías de tránsito hacia la profundidad.

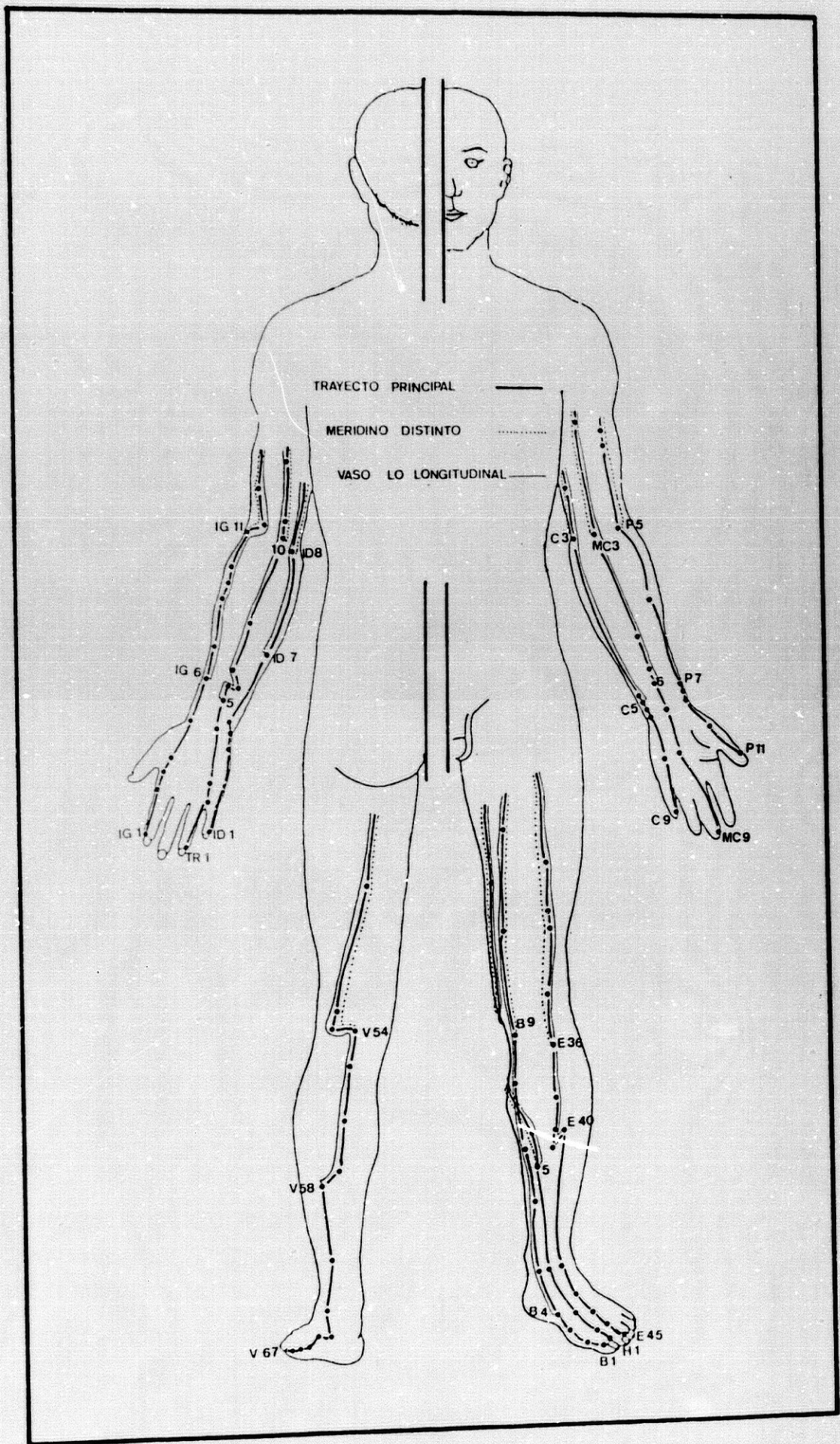
En los conceptos precedentes quedan englobadas la gran mayoría de conexiones existentes a lo largo de la descripción tradicional de los meridianos. Además, así es posible incluir aquéllas como ramas derivativas de los diferentes trayectos lineales superficiales, definidos por los respectivos puntos propios.

Como ya hemos comentado, la base del sistema de los meridianos es el ordenamiento de un conjunto de puntos terapéuticos en una serie de líneas, definiéndose, así, los puntos propios para un meridiano. Resulta, pues, fundamental descubrir qué relación anatómica pudo animar para asignar a cada meridiano una serie de puntos, esto es lo que vamos a intentar desarrollar en el siguiente apartado. Una vez descritos los distintos trayectos lineales del sistema de los meridianos, definidos por sus puntos propios, iremos enriqueciéndolos con los diversos conceptos, pero siempre intentando describir las conexiones entre puntos de diferentes meridianos como ramas derivativas de los primeros.



MERIDIANO TRADICIONAL

FIG. F COMPLEMENTARIDAD COMPONENTES MERIDIANO



LAMINA LXXXVII

Complementaridad de los diferentes componentes de un meridiano en los miembros.

UNIVERSIDAD DE GRANADA. FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS.

ACTUALIZACION
ANATOMICA DE LA ACUPUNTURA

Memoria presentada en la Facultad de
Medicina de Granada por el Licenciado
D. Mauro Antonio Baldoy Ruiz, para as-
pirar al Grado de Doctor.

Granada, Noviembre de 1988.

I N D I C E .

INTRODUCCIÓN	.....	1
PLANTEAMIENTO	.....	23
I. Procesos funcionales crónicos y enfermedades psicosomáticas	.....	26
II. Sistema Nervioso Vegetativo	.....	31
III. Acupuntura	.....	48
MATERIAL Y METODOS	.....	92
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	.....	107
I. Los puntos: clave de la actuación acupuntural	.....	108
II. Areas acupunturales representativas	.....	145
III. Punto, Area y Sistema Nervioso	.....	201
IV. Los meridianos	.....	242
V. Descripción de los meridianos tradicionales	.....	264
VI. Aproximación unitaria a los meridianos	.....	362
VII. Distribución de los puntos propios como base de los meridianos	.....	384
VIII. Unificación de los trayectos profundos	.....	448
IX. De la superficie a la profundidad: zonas y puntos de tránsito	.....	495
X. Uniones entre meridianos: áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión	.....	533
XI. Visión global de los meridianos	.....	611
CONCLUSIONES	.....	876
BIBLIOGRAFÍA	.....	882

TOMO II.

RESULTADOS Y DISCUSION.

- VII. DISTRIBUCION DE LOS PUNTOS PROPIOS COMO BASE DE LOS MERIDIANOS.
- VIII. UNIFICACION DE LOS TRAYECTOS PROFUNDOS.
- IX. DE LA SUPERFICIE A LA PROFUNDIDAD: ZONAS Y PUNTOS DE TRANSITO.
- X. UNIONES ENTRE MERIDIANOS: AREAS REFLEJAS TRADICIONALES Y OTRAS RAMAS DE CONEXION
- XI. VISION GLOBAL DE LOS MERIDIANOS.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

VII. DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS PROPIOS COMO
BASE DE LOS MERIDIANOS.

1. DISPOSICIÓN DE LOS PUNTOS EN LOS MIEMBROS.

Para el estudio del significado de los puntos propios de los meridianos nos centraremos, en primer lugar, en la parte más peculiar de la acción de la acupuntura como son las extremidades. Así, al analizar la utilización terapéutica de los distintos puntos que componen los diversos meridianos a lo largo de aquéllas (tabla 12 al 15), observamos que no presentan una acción peculiar que haya guiado a agruparlos, pero lo que sí tienen en común los diferentes puntos de un mismo meridiano es su similar situación anatómica a lo largo de una determinada zona del miembro que recorre.

Antes de iniciar el presente análisis tenemos que definir dos pilares básicos, influenciados y basados en las ideas filosóficas reinantes en el nacimiento de la técnica acupuntural. Primeramente, se debe de definir una región yin y otra yang en cada extremidad; para posteriormente, fraccionar en tres porciones cada una de estas regiones. Como se puede apreciar lo que se intenta

realizar es adecuar el signo del Tao a la sección de la extremidad.

Para ello, inicialmente debemos describir un plano que nos delimita claramente dos zonas, de sentido opuesto y complementario. Con tal fin, contemplaremos las extremidades de un individuo en actitud de firme.

De esta forma, en la extremidad superior podemos definir un plano sagital que coincidiendo con el plano oseoso del antebrazo, nos divide el miembro en una región interna (yin) y otra externa (yang). En relación con la extremidad inferior, se define igualmente dos regiones, coincidiendo ahora dicho plano con la cresta tibial anterior, quedando el peroné en la región externa (lámina LXXXIX).

El segundo pilar, nos obliga a definir o describir tres canales en cada una de las regiones descritas en los miembros, que es el número de porciones descritas en cada región del signo de Tao.

Ahora estamos en disposición de pasar a estudiar la posición anatómica que presenta los distintos puntos de un mismo meridiano, según el miembro y la región del mismo donde se encuentren.

1.a. Disposición anatómica de los puntos y meridianos en el miembro superior.

En el miembro superior, como se puede apreciar en las láminas XX y XXI, es fácil agrupar todos los puntos que se presentan en el mismo en tres líneas sagitales internas y otras tres externas.

1.a.1. Disposición anatómica de los puntos en la cara interna del miembro superior.

Los puntos situados a lo largo de la porción posterior de la cara interna se integran en el meridiano corazón; los de la porción media, en el meridiano maestro corazón; y, por último, los de su porción anterior, en el meridiano pulmón (lám. XII y XX).

1.a.2. Disposición anatómica de los puntos en la cara externa del miembro superior.

Con respecto a la cara externa, su meridiano guarda análoga posición: los puntos presentes a lo largo del porción posterior se agrupan en un solo meridiano, meridiano intestino delgado (lám. XV); los de la porción media, en el meridiano triple recalentador; y los de la porción anterior, en el meridiano intestino grueso (lám. XIII).

1.a.3. Disposición anatómica de los meridianos acoplados del miembro superior.

Recordemos que en los miembros los meridianos se acoplan energéticamente de dos en dos. Si observamos

como se agrupan los meridianos en un mismo miembro en los meridianos acoplados (tabla 17), podemos contemplar que dicha asociación se realiza según la zona que ocupen los meridianos en el miembro. Así, se unen los dos meridianos que corren a lo largo de la porción posterior, uno por su cara interna -meridiano yin-, meridiano pulmón, y otro por su cara externa -meridiano yang-, meridiano intestino grueso. De igual forma, los dos de la porción anterior, meridiano corazón -meridiano intestino delgado; y los dos de la porción media, meridiano maestro corazón -meridiano triple recalentador.

Todos estos meridianos se encuentran unidos, por lo tanto, por una sencilla razón topográfica, relacionando un meridiano que recorre la cara interna, o de característica yin, con otro que transcurre en similar posición por la cara externa, o de característica yang.

1.b. Disposición anatómica de los puntos y meridianos en el miembro inferior.

La clara distribución de los meridianos en el miembro superior donde se definen tan bien dos caras no lo es tanto en el miembro inferior, en razón de su torción embriológica a lo largo de su crecimiento que hace que el plano óseo no sea el de separación como arriba. Es pues necesario definir primeramente un plano de simetría

que entrando de delante atrás por la cresta tibial anterior deja al peroné en la mitad externa.

1.b.1. Disposición anatómica de los puntos en la cara interna del miembro inferior.

Contemplemos, en primer lugar, su cara interna, y más concretamente la rodilla, con objeto de facilitar nuestro estudio. En ésta, la disposición es clara: un punto anterior (B 9), otro medio (H 8) y, por último, uno más posterior (R 10). Si dejamos descender líneas a lo largo de la pierna en busca del tobillo, nos encontraríamos los correspondientes meridianos: meridiano riñón, el más posterior; meridiano hígado, el medial; y meridiano bazo, el más anterior.

Antes de continuar tenemos que puntualizar una contradicción. Sin ninguna razón se representan diferenciados los trayectos de los meridianos hígado y bazo, en el tercio inferior de la pierna (lam. XVII). Los puntos de ambos meridianos situados aquí son, respectivamente, H 5 - H 6 - y B 6 - B 7. Sin embargo, todos ellos tienen igual referencia anatómica, borde interno de la tibia, y por lo tanto se encuentran en la misma pista a distinta altura del maleolo tibial. Así, en esta porción sólo habría dos pistas: una posterior, para el meridiano riñón, y otra anterior, utilizada por los meridianos hígado y bazo. Aceptamos, sin embargo, el desdoblamiento

que desde un punto de vista topográfico no presenta sentido pero sí para mantener la identidad de los meridianos y evitar confusiones.

De igual forma, debemos puntualizar que el rodeo realizado por el meridiano riñón alrededor del maleolo interno no tiene otro sentido que el mantener un orden que nos sirva para recordar la utilización tradicional del punto denominado Yu del meridiano riñón (R 3). Si observamos las láminas XVI y XVII, veremos que los mencionados puntos Yu representan el tercer nivel terapéutico y generalmente son los terceros puntos del meridiano, descritos en sentido centripeto. Ello habría inducido a imponer tal número de orden en la nomenclatura occidental al citado punto del meridiano riñón, y a tener que rodear el mencionado meridiano al maleolo interno para incorporar los puntos denominados R 4 al R 6.

Este rodeo despista nuestra atención de la auténtica disposición topográfica de los puntos en la zona maleolar tibial, pues si contemplamos éstos sin trazar meridiano alguno (lám. XXII), podríamos imaginar un recorrido que una los puntos adscritos al meridiano riñón de una forma más anatómica, siguiendo la verticalidad que hemos aplicado y aplicaremos a lo largo de nuestro estudio (figura H). Con ello nos queda un trazado retro-

maleolar que une todos los puntos pertenecientes al citado meridiano que está más de acuerdo con el conjunto de trazados hasta ahora vistos.

Continuando el estudio topográfico de estas vías terapéuticas, nos puede desorientar también el cambio de posición que el meridiano hígado realiza a nivel de la parte media de la pierna, que de una posición intermedia (ostentada en la cara interna de la rodilla) pasa a ocupar un posición anterior, en la mitad inferior de la pierna, en el tobillo y en el dorso del pie.

Nos resultaría más fácil su comprensión al analizar el conjunto de líneas en la parte interna de la pierna, del tobillo y del dorso del pie. En la pierna y en el tobillo, se nos presenta una línea posterior y una anterior, desdoblada ésta en su tercio inferior, como anteriormente hemos mencionado, en una medial y otra anterior (figura 1).

En el pie, se nos presentan dos líneas que recorren su parte interna: la descrita por los puntos adscritos al meridiano riñón (en la bóveda plantar), y la línea de puntos pertenecientes al meridiano bazo (en el borde interno del pie y dedo gordo); una más recorre el dorso del pie por su parte yin, la descrita por los puntos del meridiano hígado. Las tres líneas citadas tienen que continuarse con las líneas de la parte interna de la

pierna, pues las tres líneas de la región externa de la pierna tienen su continuación con otras tantas que recorren la parte externa del dorso del pie (líneas adscritas a los meridianos estómago, vesícula biliar y vejiga).

Al continuar estas líneas internas del pie con las internas de la pierna, observaremos que no existe problema en prolongar la línea posterior de esta última con la línea de la bóveda plantar; por su parte, la caída perpendicular de la línea media del tercio inferior de la pierna nos obliga a continuarla con la línea del borde del pie y dedo gordo; y finalmente, la línea anterior de este tercio inferior se prolonga fácilmente con la línea dorsal del pie

Una vez analizada la trayectoria de los meridianos en el tercio inferior de la pierna, en el tobillo y en el dorso del pie, contemplaremos el cambio de posición que se produce por encima de este tercio inferior.

Allí, el meridiano hígado pasa de una posición intermedia, que poseía en la rodilla, a una anterior que mantendrá en la pierna-tobillo-pie; todo ello obligado por la verticalidad de las dos líneas, anterior y posterior, del muslo y rodilla. La citada línea posterior de la rodilla se continúa con la línea posterior de la pierna-tobillo-pie, formando el meridiano riñón; la

línea anterior de la rodilla, con la línea media de la pierna-tobillo-pie, formando el meridiano bazo. Así, la línea media de la rodilla, perteneciente al meridiano hígado, se tiene que continuar con la línea anterior de la pierna-tobillo-pie, al no encontrar espacio intermedio.

El meridiano hígado tendría que recorrer la parte media de la región yin del miembro inferior, y es así como lo hace hasta la rodilla pero a partir de ella, debido a la topografía de los puntos, se ve obligado a transcurrir por una zona que no le es propia, la cual, como vamos a ver, no le corresponde en un sentido energético sino que sí queda definido a un nivel superior, en la rodilla.

Efectivamente, el meridiano hígado tiene por acoplado al meridiano vesícula biliar, meridiano que recorre la parte media de la región yang del miembro inferior; por otra parte, forma con el meridiano maestro corazón (que recorre la parte media de la región yin del miembro superior) el gran meridiano Tsiue Yin; al mismo tiempo, el mencionado meridiano maestro corazón se relaciona con el meridiano triple recalentador, cuya línea recorre también la parte media de la región yang del miembro superior (tabla 17). Se trata, por consiguiente, de un conjunto de meridianos situados en la línea media con

la excepción de lo citado en el meridiano hígado, por razones mencionadas.

En resumen, en esta cara interna del miembro inferior quedarían los puntos agrupados en tres trazos: uno anterior que correspondería al meridiano bazo; otro medio, meridiano hígado; y un último posterior, meridiano riñón (lám. XXIII).

1.b.2. Disposición anatómica de los puntos en la cara externa del miembro inferior.

Si seguimos un razonamiento análogo, en la parte inferior y externa del miembro inferior, tendríamos que en una posición más posterior se encuentra la línea descrita por los puntos adscritos al meridiano vejiga; en otra media, la del meridiano vesícula biliar; y, en último lugar, una externa, la línea del meridiano estómago (figura I).

1.b.3. Disposición anatómica de los meridianos acoplados del miembro inferior.

Al igual que en el miembro superior, en este inferior se agrupan los puntos en unos determinados meridianos atendiendo a la posición topográfica de los primeros. Los meridianos se asocian según la zona que recorran alternando uno de significación yin con otro de significación yang. Así, se relacionan los meridianos

posteriores de cada cara, meridianos riñón y vejiga; los meridianos medios, meridianos hígado y vesícula biliar; y los meridianos anteriores, meridianos bazo y estómago. Surge de nuevo el concepto de meridiano acoplado (tabla 17).

1.c. Disposición anatómica de los seis grandes meridianos.

De acuerdo con la mencionada norma topográfica con respecto a la situación de los puntos, se puede explicar la forma de agrupar un meridiano del miembro superior con otro del miembro inferior, formando las llamadas "cuplas energéticas o grandes meridianos" (tabla 17).

Como hemos visto, si partimos de la aplicación, como venimos realizando, del binomio yin/yang al cuerpo humano nos quedan los miembros divididos en una parte yin y otra yang. En la parte yin, del miembro superior -parte interna o volar-, se encuentran los meridianos pulmón, maestro corazón y corazón, descritos de delante hacia atrás. De igual forma, en el miembro inferior tenemos en su parte yin o interna los meridianos bazo, hígado y riñón, en una idéntica disposición a sus análogos de la extremidad superior.

Para agrupar un meridiano de arriba -del miembro superior- con otro de abajo -del miembro inferior- se

unen meridianos que recorran una misma porción topográfica en los miembros. Nos quedarían agrupados así los meridianos yin de los miembros de la siguiente forma: meridiano del pulmón con el meridiano bazo; meridiano maestro corazón con el meridiano hígado; y meridiano corazón con el meridiano riñón. Si comprobamos estas asociaciones con las mostradas en la tabla 17, en la cual figura la forma de agrupar los meridianos de las extremidades en la medicina tradicional, observaremos que los meridianos yin están relacionados de la forma que hemos enunciado anteriormente.

En cuanto a la zona yang de los miembros ocurre exactamente lo mismo, de forma que se agrupan los meridianos como siguen: meridiano intestino grueso con el meridiano estómago; meridiano triple recalentador con el meridiano vesícula biliar; y meridiano intestino delgado con el meridiano vejiga. Esta asociación es la misma que para la medicina tradicional, igual que ocurría en la zona yin.

En conjunto, se trata de un concepto unitario global del cuerpo humano considerando que los meridianos yin y yang de los miembros pueden enlazarse entre sí o continuarse.

1.d. Disposición anatómica de las tres grandes cuplas.

Definir los así los seis grandes meridianos y al observarse el recorrido de los mismo en los miembros, podemos considerar ambas extremidades divididas en tres segmentos, descritos en posición de firme son: uno anterior, otro medio y un último posterior. Esta división se origina al agrupar un gran meridiano yin, de la parte interna, con un gran meridiano yang, de la parte externa, situados ambos en oposición topográfica (lám. LXXXIX).

El resultado de tal análisis es la posible reunión de los seis grandes meridianos en solo tres, al asociar un gran meridiano yin con otro gran meridiano yang.

Así, se relaciona la porción interna del segmento anterior de ambos miembros, recorrida por los meridianos pulmón (en el miembro superior) y bazo (en el miembro inferior), denominados en conjunto Tai Yin (de significación yin), con la porción externa de tal segmento, por el que transcurren los meridianos intestino grueso (en el miembro superior) y estómago (en el miembro inferior) denominados en conjunto Yang Ming (de significación yang). De esta forma, quedaría constituido un único canal formado por los meridianos pulmón-bazo-intestino grueso-estómago (tabla 17).

Con igual razonamiento se agrupan los meridianos corazón y riñon, que recorren la porción interna del segmento posterior en ambas extremidades, bajo la denominación Shao Yin (de significación yin), con los meridianos que recorren la porción externa de dicho segmento en ambos miembros, meridiano intestino delgado y vejiga, denominados Tai Yang. También se agrupan los meridianos del segmento interno: meridiano maestro corazón e hígado, que recorren la porción interna en ambos miembros y son llamados Tsiue Yin, con los meridianos triple recalentador y vesícula biliar, que transcurren por porción externa de ambos miembros y denominados con el nombre de Shao Yang.

Por consiguiente, quedan reunidos los seis grandes meridianos en solamente tres, definidos por el segmento que recorren en los miembros, que serían los tres grandes meridianos totales o las tres grandes cuplas.

1.e. La proyección del Tao en las extremidades.

Trasladando esta idea a un esquema más real de los miembros e imaginando una sección de los mismos, nos haremos una idea más clara de las razones de la denominación, del acoplamiento y hasta de las barreras defensivas energéticas. Tendremos que hacer un pequeño pero necesario inciso filosófico y, así, siguiendo a Choain

(1957) dividiremos toda sección transversal -equiparable al signo del Tao- en seis porciones, tres que se distribuyen en la región yin (parte interna o anterior) y otras tres en la región yang (externa o posterior). Cada una de ellas tienen un significado característico como se puede apreciar en la figura G. Teniendo presente que lo yin es lo negativo-pasivo y lo yang lo positivo-activo, citaremos, por ejemplo, que la afirmación del yin resulta ser una porción yin en la parte yin, como la positividad del yin es lo más yin, lo más interno, o, lo que es lo mismo, el yin medio en la región yin. De igual forma, la negación del yin es lo mismo que decir la porción yang de la parte yin, sinónimo del fragmento yang más anterior. Similar razonamiento es menester seguir para dilucidar el significado de los restantes segmentos.

Para tener una referencia topográfica real aplicativa de este esquema a los meridianos, basta suponer que el círculo del Tao representa una sección transversal de los miembros a nivel de la rodilla y del codo, en un individuo en posición firme. El sector oscuro corresponde a la parte más externa de ambos miembros, aumentando, enriqueciéndose el yin hacia la parte anterior; lo inverso sucede con el yang que es externo y se potencia hacia la parte posterior (lám. LXXXIX).

Si colocamos la letra inicial de los meridianos en la posición real que le corresponde en la superficie de los miembros a ese nivel, teniendo presente el nombre tradicional de los meridianos, podremos comprobar que dicha sección se encuentra dividida en seis porciones: una denominada Tai Yang en la que se encuentran los meridianos intestino delgado (en el miembro superior) y vejiga (en el miembro inferior); otra denominada Shao Yang, integrada por los meridianos triple recalentador y vesícula biliar; y otra llamada Yang Ming, que agrupa los meridianos intestino grueso y estómago. Estas tres porciones se encuentran en el sector yang de los miembros, tanto superior como inferior.

La parte yin de los miembros se encuentra dividida igualmente en tres porciones: Tai Yin, que integra a los meridianos pulmón y bazo, Tsiue Yin, formada por los meridianos maestro corazón e hígado, y Shao Yin, constituida por los meridianos corazón y riñón.

Al mismo tiempo, presentamos el significado de la nomenclatura tradicional de los meridianos en la tabla 17.

Como podemos comprobar, el nombre o significado tradicional del meridiano viene definido por la posición anatómica que el conjunto de sus puntos poseen en el miembro y la aplicación de la división realizada en el

Tao a la superficie circular de la sección del miembro. Así, la posición correspondiente a los meridianos más yang, más posteriores de los que recorren la región externa, es la que representa la afirmación del yang. Este segmento es el recorrido por los meridianos que se hacen denominar Tai Yang, el gran yang, como corresponde a la posición de los meridianos intestino delgado y vejiga.

De similar forma, el segmento medio de la región externa, yang, es el que presenta menor significado yang es su negatividad, pues representa la porción interna de aquella región, que correspondería a un significado yin; así, es recorrida por los meridianos triple recalentador y vesícula biliar, sus denominaciones hacen referencia a un menor yang, Chao Yang. Al contrario, el segmento medio de la región yin es la positividad del yin, pues es el yin más interno en una región yin, o lo que es igual, es el yin mayor. Dicho segmento se encuentra recorrido por los meridianos maestro corazón e hígado, y su nombre hace referencia al yin absoluto (Tsiue Yin) que es idéntico a decir el vacío absoluto de yin, puesto que lo yin es vacío y cuanto mayor sea éste, mayor magnitud tendrá aquél.

De idéntica forma, el segmento más posterior de la región yin representa el yin en una cualidad propia para

el yang (lo posterior), o lo que es igual, es la negación del yang. En los miembros, se encuentra recorrido este segmento por los meridianos riñón y corazón, representa el menor yin (Chao Yin), lo cual está de acuerdo con su posición topográfica a lo largo de las extremidades.

Así mismo, el segmento correspondiente a la negación del yin se encuentra situado en una porción anterior de las extremidades (cualidad yin), pero en la región yang, es el menos yang. Por él transcurren los meridianos intestino grueso y estómago. La denominación en conjunto de estos meridianos, Yang Ming, hace alusión a lo anteriormente aludido, ya que en la luminosidad existe actividad (luz, yang) pero que no es radiante pues está en una región anterior, en la oscuridad, yin.

Con respecto al último segmento, afirmación del yin, corresponde a la porción más anterior de la región yin, que vence al intruso yang, aquél se afirma sobre este último. Se encuentra recorrida en las extremidades por los meridianos pulmón y bazo, cuya denominación al igual que en los casos anteriores corresponde a la aludida significación, Tai Yin, supremacía del yin, el yin sobre el yang.

Como hemos analizado, el nombre de los meridianos no es más que la aplicación de ideas filosóficas (signifi-

cado yin-yang en la anatomía humana) a la topografía de una serie de trazos verticales definidos por un conjunto de puntos que recorren las extremidades. Con tal terminología se alude de forma rápida a la posición de tales trayectos a lo largo de los mencionados segmentos.

En resumen, el concepto topográfico integral que acabamos de exponer es muy útil al tiempo que razonador para simplificar la comprensión de este complicado tema. Estos mismo esquemas nos sirven para:

- Comprender la proporción de yin-yang de cada zona topográfica así como dentro de las áreas yin o yang las que lo son más o menos.
- Zonas topográficas. Sirve para conocer la posición y relaciones topográficas del meridiano y cuplas, y sus correspondencias entre ambos miembros.
- Recordar o conocer los vasos Lo transversales que van siempre entre un meridiano yin a otro yang, o viceversa, enfrentados en las cuplas topográficas vecinas y opuestas dentro de un mismo miembro, es decir, entre las que topográficamente sean anteriores o externas, medias y posteriores o internas.
- Recordar o conocer el destino de los meridianos distintos -pensando siempre en esta relación topográfica de las cuplas de un mismo miembro- puesto que van a los meridianos yang de cada cupla, sea su

origen en un meridiano yang o yin.

1.f. De la topografía de las cuplas al círculo energético.

Con el fin de crear un círculo sin fin, la forma anteriormente analizada de agrupar los doce meridianos descritos en los miembros en sólo tres se tiene que imbricar con otra forma de reunión también comentada, los meridianos acoplados en cada miembro. Se crean de este modo tres circuitos energéticos que se describen -al igual que todo lo que estamos analizando- por la posición de las líneas de puntos descritas en los miembros.

Continuando con tal criterio topográfico, agruparemos, en primer lugar, los meridianos acoplados del miembro superior que transcurren por un segmento para unirlos posteriormente a los meridianos acoplados del miembro inferior, que circulan por el mismo segmento. Igualmente se describe un sentido centrífugo para los meridianos yin del miembro superior ya que al emerger por la axila parecen como si salieran de la profundidad. Dicho sentido centrífugo lo tendrán también los meridianos yang del miembro inferior, al aplicar el binomio yin-yang al sentido de los meridianos; así se describen tres circuitos paralelos.

El primero correspondiente al segmento posterior lo

podríamos iniciar con el meridiano centrífugo corazón uniéndose a su acoplado el meridiano intestino delgado y ascender por el miembro superior al eje central troncocefálico, para unirse con el meridiano centrífugo del miembro inferior, meridiano estómago, el cual se une en éste con su acoplado el meridiano bazo. De idéntica forma, se describiría el circuito medio, constituido por el meridiano centrífugo maestro corazón y el meridiano centripeto triple recalentador, en la extremidad superior, y por el meridiano centrífugo vesícula biliar y el meridiano centripeto hígado, en el miembro inferior. Así mismo, el segmento anterior está formado por el meridiano centrífugo pulmón y su acoplado el meridiano centripeto intestino grueso, en el miembro superior, y el meridiano centrífugo estómago y su acoplado el meridiano centripeto bazo, en el miembro inferior.

Sin embargo, la energía no circula separadamente como encerrada en cada uno de los tres circuitos señalados, sino que ha de hacerlo por un circuito sin fin que los englobe.

La única manera de enlazar los tres círculos anteriores es transformándolos en una espiral a base de cortarlos en un punto y enlazarlos entre sí, como un llavero circular se transforma en espiral para introducir una llave.

Curiosamente, si cada círculo tuviera, como tiene, una mitad yang y otra yin, se corta por ésta última de tal modo que de una rama yin se pase a otra idéntica pero del círculo siguiente.

En la práctica podemos ver que la energía pasa directamente de un meridiano yang de un miembro al yang de la misma situación del otro miembro, pero al volver por el yin de esta último (para hacer la espiral) pasa al yin del miembro opuesto pero del próximo círculo, es decir, del círculo vecino y así sucesivamente.

La circulación de la energía se hace pues siguiendo sucesivamente las grandes cuplas en una concatenación ordenada de los tres grandes circuitos anteriormente citados. Así, resulta que el círculo energético descrito por Soulié de Morant (1985) (meridiano corazón-meridiano intestino delgado-meridiano vejiga-meridiano riñón-meridiano maestro corazón-meridiano triple recalentador-meridiano vesícula biliar-meridiano hígado-meridiano pulmón-meridiano intestino grueso-meridiano estómago-meridiano bazo-meridiano corazón) se puede expresar de una manera más didáctica.

Tenemos que puntualizar que de los tres meridianos centrífugos del miembro superior, por los que se podría iniciar el círculo, hemos comenzado por el meridiano corazón porque es el meridiano que enlaza simbólicamente

más directamente con la profundidad. Surge del mismo vértice axilar por el que será más fácil emerger la energía del centro distribuidor (fogón medio) para circular por el circuito sin fin de los meridianos. Es, pues, por este meridiano del segmento posterior (meridiano corazón) por donde iniciaremos la descripción de la circulación energética.

Describiendo, pues, con detalle vemos que el circuito se inicia con el meridiano centrífugo corazón continuando por su meridiano acoplado, meridiano intestino delgado, con un sentido centripeto. Alcanza el eje tronco-cefálico y continuando con el gran meridiano Trae Yang enlaza con el meridiano centrífugo vejiga, el cual es aprovechado para descender al miembro inferior. En éste, el meridiano vejiga prosigue con su meridiano acoplado, meridiano riñón. Este último asciende con su sentido centripeto al eje tronco-cefálico para unirse al siguiente circuito por el meridiano centrífugo del miembro superior.

El siguiente circuito a recorrer es el del segmento anterior al descrito, el segmento medio, uniéndose por consiguiente, al meridiano maestro corazón (R 22 - MC 1). Dicho meridiano centrífugo se prolonga en el miembro superior con el de su acoplado, meridiano triple recalentador, de sentido centripeto, con el que se alcanza

el eje tronco-cefálico. En el mencionado eje se enlaza con el meridiano vesícula biliar, el cual forma con el meridiano triple recalentador el gran meridiano Chao Yang, cuyo sentido descendente es aprovechado para alcanzar la extremidad inferior. El meridiano vesícula biliar conecta en el miembro con su acoplado, meridiano hígado, que con su sentido centripeto alcanza el eje tronco-cefálico para enlazar con el circuito del segmento anterior, por el meridiano pulmón (H 14 - P 1).

El último circuito se inicia con el meridiano centrífugo pulmón, al cual se ha unido el meridiano hígado. En el miembro superior, el citado meridiano se continúa con su acoplado, meridiano intestino grueso, que con su sentido centripeto alcanza el eje tronco-cefálico para prolongarse con el meridiano que forma con el gran meridiano Yang Ming, meridiano estómago que con su sentido centrífugo desciende al miembro inferior. En la extremidad, al meridiano estómago le sucede su acoplado, el meridiano bazo. Este último asciende al eje central para unirse al meridiano centrífugo del segmento posterior, meridiano corazón (B 21 - C 1), e iniciar de nuevo el círculo sin fin.

En resumen, el círculo energético no es más que el ordenar alternativamente los meridianos acoplados del miembro superior con los meridianos acoplados análogos

del miembro inferior según una sucesión postero-anterior (el meridiano corazón corresponde al segmento posterior) de los segmentos descritos en las extremidades.

Así, los meridianos acoplados del segmento posterior del miembro superior, meridiano corazón-meridiano intestino delgado, se unen por el gran meridiano Tai Yang -definido por los meridianos intestino delgado y vejiga-, a los meridianos acoplados del miembro inferior con idéntica situación topográfica, meridiano vejiga y meridiano riñón. Este último en el eje tronco-cefálico se enlaza con los meridianos acoplados del segmento medio del miembro superior: meridiano maestro corazón y meridiano triple recalentador. Este último, por medio del gran meridiano Chao Yang -definido por los meridianos triple recalentador y vesícula biliar-, alcanza los meridianos acoplados de idéntica situación topográfica en el miembro inferior: meridiano vesícula biliar y meridiano hígado.

Finalmente, el meridiano hígado se enlaza en el eje tronco-cefálico con los meridianos acoplados del segmento anterior del miembro superior: meridiano pulmón y meridiano intestino grueso. Este por medio del gran meridiano Yang Ming -definido por los meridianos intestino grueso y estómago- alcanza los meridianos acoplados de análoga posición en la extremidad inferior, meridiano

estómago y meridiano bazo.

El meridiano bazo inicia de nuevo el círculo uniéndose en el eje central a los meridianos acoplados del segmento posterior: meridiano corazón y meridiano intestino delgado. Como puede observarse el círculo originado con el presente razonamiento es idéntico al presentado por Soulié de Morant (1985).

La circulación horaria de la energía es la misma que hemos indicado pero considerando que la energía tarda dos horas en recorrer un meridiano y veinticuatro horas en volver al punto inicial.

2. DISPOSICIÓN DE LOS PUNTOS EN EL TRONCO Y CUELLO.

2.a. Topografía de los puntos en el tronco y cuello.

Una vez analizado el concepto de meridiano con respecto a la posición de los puntos a lo largo de los miembros y sus imbricaciones con la teoría oriental que facilita su utilización, tendremos que ver cual es el concepto que pudo llegar a agrupar el conjunto de puntos presentes en el tronco, cuello y cabeza en los diversos meridianos que nos han llegado a nuestros días.

Para ello partiremos -sin perjuicio de la pertenencia de los puntos a sus respectivos meridianos-

de la observación del conjunto de puntos en las distintas regiones, sin incluir en éstas los recorridos de los meridianos. Así, veremos que los segmentos corporales, tronco (dorso, abdomen y tórax), cuello y cabeza, están recorridos de arriba a abajo, o viceversa, por líneas paralelas unas por delante y otras por detrás, que corresponde a la posición de puntos perfectamente alineados (lám. XCI a XCVI).

2.a.1. Topografía de los puntos en el tronco.

Centrándonos en el tronco, y más concretamente en la región posterior, de significación yang, vemos que podría dibujarse una línea central, representada en superficie por la sucesión de las apófisis espinosas (línea D 1) y a cada lado de ella dos líneas perfectamente rectilíneas y paralelas (líneas D 2 - D 3); en la región sacra aparece otra más medial a las anteriores, línea D 4 (lám. XCI).

Mientras, en la región anterior del tronco, de significación yin, en su parte inferior -abdomen- el conjunto de puntos nos describen una serie de líneas verticales (lám. XCII): un trayecto medio y longitudinal (línea T 1) así como tres líneas perfectamente paralelas (líneas A 1 - A 2 - A 3, descritas de dentro a fuera). En su región lateral (lám. XCIII), se presenta tan sólo una línea vertical, que en su porción final contornea la

cintura, la línea A 4. Queda aislado en la citada región el punto VB 25, en la punta de la 12ª costilla.

Con respecto al tórax, en su parte anterior (lám. XCII) se describe una línea media (T 1) y tres líneas laterales y paralelas (líneas T 2, T 3 y T 4). En esta región queda aislado el punto MC 1, interno con respecto a la línea más exterior. En la región lateral (lám. XCIII), queda descrita solamente una línea (línea T 5) y anterior a la misma queda aislado el punto VB 23, en el 4º espacio intercostal, en el cual se sitúa el anteriormente mencionado MC 1.

Como podemos observar, las dos líneas más externas de la región anterior al abdomen se continúan con las dos más internas de la misma región del tórax, así como las dos líneas laterales del abdomen se prolongan con las del tórax. De esta forma, queda, por tanto, aislada la línea interna de la región anterior del abdomen. También podemos observar que las tres líneas anteriores del tórax presentan puntos a partir del 5º espacio intercostal y tan solo la línea media (T 3) tiene puntos por debajo de tal espacio, en el 6º y 7º espacio.

2.a.2. Topografía de los puntos en el hombro.

Ahora dirigimos nuestra mirada a la zona de paso de la extremidad superior y del tronco a la cabeza.

La zona de tránsito del miembro superior a la cabeza

a través del cuello agrupa a las regiones anatómicas del hombro, supraespinosa e infraespinosa, que nosotros denominaremos con el nombre de la primera. Señalar un punto aislado en posición anterior de la región deltoidea que incluimos didácticamente aquí, IG 15. En el hombro, sus puntos, alineados con los del miembro superior en separación, corresponden o se continúan con los meridianos del mismo. Para agruparlos de forma que nos sirvan de líneas de acceso a la cabeza a través del cuello, presentaremos los puntos que se encuentran en esta amplia región ordenados en cuatro líneas horizontales (H 1 - H 2 - H 3 - H 4), que pueden continuarse fácilmente con los meridianos posteriores del miembro superior, de significado yang. Superior a la línea H 1, queda aislado el punto VB 21, en la parte superior de la curva cérico-escapular.

2.a.3. Topografía de los puntos en el cuello.

En el cuello, el verdadero puente, quedan definidas unas líneas (por su parte antero-lateral) y, por analogía a la posición, unos puntos de acceso (uno en la región lateral y otros dos en la región posterior) a una línea situada en la cabeza.

En la región anterior (lám. XCIV), existe una línea media (C 1) y otra lateral y paralela a la anterior (línea C 2); en la región lateral (lám. XCV), se definen

dos líneas paralelas entre sí, líneas C 3 - C 4, descritas en un sentido anteroposterior, y un punto de acceso, P 1. Mientras, en su región posterior (lám. XCVI), se define una línea media, línea C 5, y dos puntos de acceso: uno interno y otro externo (P 2 y P 3, respectivamente).

Toda la topografía analizada anteriormente viene a indicarnos que lo deducido en los miembros no es de fácil aplicación en estas regiones, aunque sí podemos ascender los meridianos con una cierta verticalidad y elaboración a través de aquellas regiones.

2.b. Trazado general de los meridianos en el tronco y cuello.

En una primera observación, vemos que en las extremidades existen doce líneas verticales bien definidas y, sin embargo, el acceso a la cabeza sólo es posible a seis de esas líneas, pues, existen en total -a parte de las dos líneas medias- seis vías de acceso en el cuello: tres líneas y tres puntos, origen de otras tantas líneas. Esto significa que hay meridianos que no pueden poseer puntos propios en la cabeza, no la pueden recorrer. Al residir la actividad funcional prioritaria del hombre en la cabeza, no es difícil imaginar que a ésta se le atribuya el carácter yang de actividad; por

lo tanto, sólo tendrán puntos propios y la podrán recorrer los seis meridianos yang del cuerpo.

Sentado el anterior principio, tendremos que todos los meridianos yang tienen que acceder a la cabeza a través del cuello, que ningún meridiano yin puede recorrerla ni tener puntos propios en la mencionada región, y que, en consecuencia, todas las líneas definidas en los miembros tienen que llegar al tronco, y de éste acceder a la extremidad cefálica si son yang o terminar en el tórax si son yin.

Las líneas yin terminan en el tórax de una manera sistemática: en su parte superior, por la que acceden los meridianos del miembro superior, acaban los de éste; mientras en su parte inferior acaban los meridianos del miembro inferior. A esta norma parece escapar el meridiano riñón al poseer puntos a lo largo de toda la línea interna del tórax (línea T 2). Sin embargo, se puede observar en las descripciones tradicionales del meridiano mencionado que el punto por el cual se dice que pasa la energía para derivar al meridiano corazón es el R 22, situado en la parte inferior del tórax, primer punto de tal meridiano en dicha región. Con ello queda solventado el problema terminando en la práctica el meridiano en la parte baja del tórax, como los restantes meridianos yin del miembro inferior, aunque el meridiano continúe por

la citada línea hasta el punto R 27, situado bajo la extremidad interna de la clavícula.

La única manera de seguir los meridianos en el tronco es pues seguir una verticalidad para continuarlos, en la medida que sea posible, por regiones análogas a las que han recorrido en los miembros. En este segmento corporal, la significación topográfica viene definida por un plano frontal, siendo lo anterior (abdomen y tórax) yin, mientras lo posterior (dorso) es yang.

3. TRAYECTO DE LOS MERIDIANOS DEL MIEMBRO INFERIOR AL TRONCO Y CUELLO.

3.a. Meridianos yin.

Con las anteriores premisas ascenderemos, en primer lugar, los meridianos internos -yin- del miembro inferior: meridianos riñón, hígado y bazo.

El primer meridiano, o meridiano riñón, es el más posterior de todos ellos a lo largo del miembro inferior (pie, tobillo, pierna y rodilla), no presenta puntos propios en el muslo, lo cual da lugar a los más variados recorridos por éste. Así, se puede describir que asciende por el muslo en una posición póstero-interna, pero en

el periné rectifica la misma pasando a la extremidad interna de la región inguinal, para continuar con la línea interna del abdomen y del tórax (líneas A 1 y T 2, respectivamente). Aunque éstas no se sitúan en la misma verticalidad, si se encuentran en la parte más interna de ambas regiones y mantienen al unir las cierta verticalidad. De forma que los puntos de estas líneas irían en su porción abdominal del R 11 al R 21 y en su porción torácica del R 22 al R 27.

La razón de la elección de la línea más interna del abdomen para continuar el meridiano riñón podría estar en la posición topográfica de éste en el miembro inferior. El meridiano riñón ocupa la porción más posterior e interna (en analogía al miembro superior) de la región yin.

Como este meridiano es yin no puede continuarse con la línea C 2 que es casi su prolongación en la región anterior del cuello -constituida por los puntos E 9 al E 11-, por lo que termina en el punto situado inmediatamente por debajo de la extremidad interna de la clavícula, R 27.

El meridiano hígado, trayecto medio a casi todo lo largo del miembro, presenta puntos en la parte superior del muslo (en su parte interna) y asciende al pliege inguinal en su punto medio, H 12. Como prolongación de

esta línea inferior se podría presentar la línea media lateral, línea A 2, en una perfecta consonancia topográfica; además (de igual forma que en el caso anterior) se podría continuar con una línea torácica, línea T 3, en incluso prolongarse por el cuello con la línea C 3 pero, sin embargo, se quedaría en el tórax por su significado yin.

Al presentar la continuidad de esta forma tan sencilla de líneas verticales tendríamos una serie de inconvenientes: en el cuello, quedaría aislada una línea anterior, línea C 2, de difícil acople con otros trayectos; en el miembro inferior, al continuar la línea del meridiano de bazo del miembro con la siguiente línea externa de la región anterior del abdomen, línea A 3 (en el supuesto que el meridiano de hígado ocupara la línea A 2), quedaría aislada la línea del meridiano estómago en la extremidad inferior, ya que no hay otra línea anterior en el abdomen que sea análoga a la línea anterior definida por este meridiano en el miembro. Si a pesar de ello, el meridiano estómago continuara la línea lateral del abdomen, línea A 4, el meridiano que recorre dicha región en el miembro inferior, meridiano vesícula biliar, se vería forzado a recorrer una zona que no le es análoga como la zona posterior del tronco.

Por consiguiente, la solución está en que los meri-

1

dianos estómago y bazo siguen el trayecto que le es lógico y el meridiano hígado continúa un trayecto imaginario entre dichos meridianos que lo llevaría al punto H 14, a un nivel donde aproximadamente terminan todos los meridianos yin del miembro inferior. Sin embargo, al tener que poseer aunque sea un punto de enlace en la región abdominal y no existir punto aislado en la misma, se dirige a una zona bien peculiar por la acción de sus puntos distales como es la zona hepática; sólo un punto abdominal se encuentra en ella que no esté alineado en las líneas abdominales anteriores, el denominado H 13. Así, quedaría constituido un meridiano con un punto medio en la ingle, un punto en la región abdominal y un punto en la región inferior del tórax, en el 6º espacio intercostal, donde ya hemos dicho terminan los meridianos yin del miembro inferior.

Con respecto al meridiano bazo, meridiano externo de la región yin con puntos a lo largo de la porción anterior y externa del miembro inferior (pie, tobillo, pierna, rodilla y muslo), capta el punto externo del pliegue inguinal, B 12. En el abdomen, asciende por la línea externa de la región anterior, línea A 3, para continuar con la análoga del tórax, línea T 4. De esta última línea, el meridiano que analizamos respeta los dos puntos más superiores, más próximos al miembro superior.

y, por lo tanto, se les puede adjuntar a los meridianos del mismos. Eso es así porque si no quedaría aislado un meridiano del miembro superior, meridiano pulmón, al dificultarle su acceso al tórax. Al no poder terminar aquel en la zona donde terminan los meridianos yin del miembro superior, se dirige a la zona de terminación de los meridianos yin de la extremidad inferior, hacia el 6º espacio intercostal, al punto externo con respecto al meridiano hígado, denominado B 21.

Así, nos quedaría un meridiano que recorre la parte anterior de la cara interna del miembro inferior, se le adjunta los puntos de la línea externa del abdomen (del B 13 al B 16) y del tórax (del B 17 al B 20, este último situado en el 1er. espacio intercostal), desde donde desciende para terminar en el punto B 21, en el 6º espacio intercostal.

3.b. Meridianos yang.

En éstos se observa un meridiano -meridiano vejiga- que recorre claramente la parte posterior del miembro (tobillo, pierna, rodilla y muslo) que se continuaría, de igual forma, por la región posterior del tronco -dorso-, y es así como se describe en la medicina tradicional, haciendo suyos los puntos existentes en la mencionada región y que describen dos líneas, D 2 y D 3.

Vemos que puntos que podríamos considerar superiores de esas líneas son atribuidos al meridiano intestino delgado, no sólo para aproximarlos al cuello sino también porque se observa que dichos puntos se movilizan con el miembro superior. Al meridiano vejiga se le atribuye el punto interno de la parte posterior del cuello, P 3, denominado V 10.

De igual modo, existe un meridiano, meridiano vesícula biliar, que recorre toda la porción lateral del miembro, se apodera de la única línea lateral descrita en el abdomen, línea A 4, cuyo punto superior ha sido atribuido al meridiano hígado. Aquel meridiano hace suyo el punto que queda aislado en esta región lateral del abdomen (VB 25), lo que está de acuerdo con la observación clínica de la irradiación de los cólicos nefríticos: dolor de los lomos que contornea la cintura hasta el pliegue inguinal. También hace suyo el punto de la línea media de la región anterior del tórax, línea T 3, que ha quedado aislado por debajo del punto H 14, punto denominado VB 24. El citado punto queda situado proximal al área hepática, lo que facilita la explicación que puntos distales del meridiano tengan acción evidente sobre los dolores que se reflejan en dicha zona.

En el tórax, el meridiano vesícula biliar se dirige al 4º espacio intercostal adueñándose de los puntos

situados en su región lateral los cuales describen la línea T 5. Desde ahí asciende al hombro donde adquiere el punto quea ha quedado aislado en la curva cervice-escapular, VB 21, y conseguir así el punto de acceso medio, P 2 (VB 20), de la región posterior del cuello.

El último meridiano que nos queda de esta región yang (meridiano estómago) recorre, por la peculiaridad del miembro, su parte anterior, por lo que no nos puede extrañar que se adueñe de líneas situadas en la parte anterior del abdomen, línea A 2, y del tórax, línea T 3. Conecta con el punto que existe en el hueco supraclavicular (punto inferior de la línea C 3), y asciende por el cuello por la línea más anterior, línea C 2, dejando así las líneas laterales, para los meridianos del miembro superior, para los cuales son de más fácil acceso.

4. TRAYECTO DE LOS MERIDIANOS DEL MIEMBRO SUPERIOR AL TRONCO Y AL CUELLO.

Ahora es menester cambiar la situación anatómica del miembro superior y hacer que adopte la posición "de mano en alto", que viene en todos los textos de acupuntura (Alvarez Simó, 1973), como la más idónea para comprender mejor el enraizamiento y tránsito de los meridianos del miembro superior al tronco.

4.a. Meridianos yin.

En tal disposición es fácilmente comprensible la disposición que adopta los meridianos yin del miembro superior. En ella, el meridiano pulmón resbala por la posición radial del antebrazo y brazo, y llega con suma facilidad al hueco infraclavicular, haciendo suyos todos los puntos que encuentra a su paso. De igual forma, el meridiano medio de esta región yin (meridiano maestro corazón) llega a la porción media de la región pectoral, adueñándose del único punto que queda libre en ella, MC 1. Por último, el meridiano corazón recorre el borde cubital del antebrazo y brazo, terminando en el vértice del hueco axilar, recogiendo el punto que existe en tal lugar, C 1.

4.b. Meridianos yang.

Con esa postura es fácil continuar las distintas líneas posteriores del miembro con otras tantas existentes en el hombro como zona de tránsito al cuello y a la cabeza.

Así, la línea superior del brazo, meridiano intestino grueso, se continúa con la línea superior del hombro (línea H 1), a la que pertenece los puntos IG 15 e IG 16. La línea media del brazo (meridiano triple recalentador), con su correlativa del hombro (línea H 2),

descrita en su parte inferior por los puntos TR 15 y TR 16. Finalmente, la línea inferior del miembro se continúa con las dos inferiores del hombro (líneas H 3 y H 4), de forma que no quede ningún punto aislado en dicha región, constituyendo el recorrido del meridiano intestino delgado a lo largo del hombro, desde el punto ID 9 al ID 15.

Se observa que en contra de una relación topográfica, como veníamos señalando, la línea del meridiano triple recalentador al prolongarse por la región lateral del cuello hace suyo el punto de acceso de la misma, P 1 (TR 16), que debería corresponder al meridiano intestino delgado para continuar la disposición topográfica del miembro superior y hombro en el cuello; no encontramos ninguna justificación terapéutica o funcional para el cruce de estos dos meridianos, como no sea que al adscribirse el punto mencionado al meridiano triple recalentador, éste está en una posición propicia para ascender a la línea cefálica periauricular (línea Ca 5) a través del punto superior de la línea posterior de la región lateral del cuello (línea C 4), por lo cual hace suyo tal punto, TR 17.

Aceptando la intromisión del meridiano triple recalentador, el meridiano intestino delgado continúa por la región lateral del cuello adueñándose del punto que

ha quedado libre en la línea posterior (línea C 4), ID 16, y accede a la cara a través del punto superior de la línea anterior de la región antero-lateral del cuello (línea C 3), ID 17. Por último, el meridiano intestino grueso consigue fácilmente la región anterior del cuello, recogiendo los dos puntos medios de la línea C 3 (IG 17 e IG 18) para pasar a la cara. Manteniendo, pues, ambos meridianos en esta región lateral del cuello una posición análoga a la observada en el miembro superior: más posterior, meridiano intestino delgado, y más anterior, meridiano intestino grueso.

Colocaremos así los seis meridianos yang del cuerpo en las distintas regiones del cuello: en la anterior, meridiano estómago; en la lateral, meridiano intestino grueso, intestino delgado y triple recalentador; y en la posterior, meridiano vesícula biliar y vejiga. De esta forma, tienen facilitado el acceso a la extremidad cefálica pues sólo tienen que continuar una serie de líneas definidas a lo largo de la cabeza y la cara.

5. DISPOSICIÓN DE LOS PUNTOS EN LA EXTREMIDAD CEFÁLICA.

5.a. Topografía de los puntos en la extremidad cefálica.

Los trayectos descritos por la posición topográfica de los puntos son: en visión posterior (lám. XCVI): un medio (línea Ca 1), tres laterales, bilaterales y paralelos (líneas Ca 2, Ca 3 y Ca 4, descritas desde dentro hacia afuera) y una más que recorre la región periauricular (línea Ca 5).

En una visión anterior (lám. XCIV), tendríamos en la región facial un línea media, desde el mentón por la punta de la nariz y entrecejo hacia arriba (línea F 1); una línea paramedial que desde los orificios nasales asciende al borde interno de la ceja (línea F 2); una línea lateral desde el borde inferior de la mandíbula a la mitad del párpado inferior (línea F 3).

En una visión lateral (lám. XCV), se encuentra una línea anterior desde el borde inferior del pómulos al borde externo de la ceja (línea F 4); una línea media sobre la de la rama mandíbula (F 5); y, por último, una línea posterior preauricular (línea F 6).

6. TRAYECTO DE LOS MERIDIANOS EN LA EXTREMIDAD CEFÁLICA.

De igual forma que para el miembro superior hemos adoptado una posición peculiar, "con las manos en alto", en la cabeza aconsejaremos otra posición que nos facilitará la comprensión de la distribución de los

meridianos: la que se adopta al mirar al cielo, como si quisiéramos ver lo que existe sobre nosotros; en tal posición se puede trazar trayectos verticales. Además, tenemos que puntualizar que en la extremidad cefálica existen unos orificios naturales sobre los cuales se actuará en ocasiones; por consiguiente, tendremos que enlazar con ellos e, incluso, profundizar o, lo que es lo mismo, terminar en ellos los trayectos que hemos ascendido a dicha extremidad con la consiguiente alteración de los posibles recorridos verticales.

6.a. Trayecto de los meridianos que acceden por la parte posterior.

Como hemos visto, existen cuatro recorridos en una visión posterior de esta extremidad (tres netamente posteriores y uno más lateral); a los que se accede por tres puntos de conexión (dos puntos posteriores y uno lateral).

El trayecto adscrito al punto de conexión lateral (TR 16 - TR 17) se continúa con el recorrido periauricular (línea Ca 5). El doble trayecto posterior del meridiano vejiga, a lo largo de todo el dorso, se convierte en único prolongándose con la línea más medial (línea Ca 2); en cambio, el meridiano que recorre toda la pared lateral del cuerpo (meridiano vesícula biliar)

hace suyas las dos líneas que transcurren por la parte lateral del cuero cabelludo líneas Ca 3 y Ca 4.

Siguiendo la verticalidad, el recorrido más interno así como el siguiente transcurren por todas las regiones del cuero cabelludo hasta llegar al ojo: el más interno (meridiano vejiga) hasta el ángulo palpebral interno (adueñándose de los puntos superiores de la línea facial F 2) y el otro, perteneciente al meridiano vesícula biliar, termina en la mitad de la frente.

La rama periauricular (línea Ca 5), adscrita al meridiano triple recalentador, conexiona con el punto más superior de la línea preauricular (línea facial F 6) -al que le es más fácil acceder- para rebotar y terminar cerca del ojo, en el borde externo de la ceja (haciendo suyo el punto superior de la línea facial F 4).

El meridiano vesícula biliar, por medio de su rama externa (línea Ca 4), accede a la región preauricular en el punto más inferior de la línea facial preauricular (línea F 6) -es un meridiano del miembro inferior- y, de igual forma que el meridiano triple recalentador, llega a la región externa del ojo, adueñándose en su recorrido oblicuo por la cara de un punto inferior de la línea facial mandibular (línea F 5), al cruzarse con ella, VB 3. En la región externa del ojo, se apodera del punto medio de la línea facial F 4, VB 1, en el ángulo palpe-

bral externo.

6.b. Trayecto de los meridianos que acceden por la parte anterior.

En la cara existe una evidente línea que transcurre por toda su región anterior (línea F 3), por lo que no es raro que ella sea dada al único meridiano que recorre la región anterior del cuerpo y accede a la cara, meridiano estómago.

El meridiano intestino grueso, con recorrido ventral al meridiano intestino delgado, recoge los puntos que quedan libres en la línea facial paramedial F 2 (IG 19 - IG 20), situados alrededor de los orificios nasales. El meridiano intestino delgado hace suyo el punto de la línea facial F 4 situado debajo del pómulos (ID 18), y finaliza en el punto que ha quedado libre en la línea facial preauricular (línea F 6), ID 19, situado entre un punto adscrito a un meridiano del miembro superior, por encima (meridiano triple recalentador), y otro perteneciente a un meridiano del miembro inferior, por debajo (meridiano vesícula biliar).

Los puntos que nos quedan aislados, agrupados en la línea facial mandibular F 5, son recogidos por el peculiar meridiano estómago, con lo cual éste también accede a la región temporal donde se encuentra el punto

E 8.

Si observamos en conjunto la panorámica de los meridianos cefálicos, contemplaremos que sus recorridos fundamentales son "lógicos", siguiendo trayectos más o menos paralelos para recorrer todas las regiones de la extremidad cefálica.

Sin embargo, se observa también que al final de su trayecto hacen curiosos quiebros los que se justifican con el fin de alcanzar regiones vecinas (desde la región preauricular a la región ocular; desde la región bucal a la nasal u ocular; desde la región bucal a la nasal u ocular, etc.); esto significa, en cierto modo, un intento integrativo de los meridianos cefálicos entre los sentidos o sus regiones representativas en la superficie. En la extremidad cefálica, mejor en la cara, no sería lógico unir todos los puntos en un sentido vertical o longitudinal, como se viene haciendo en los miembros y en el tronco, porque aquí no hay un eje longitudinal, sino una superficie compleja que hay que recorrer armónicamente. De todas maneras, salvo esos quiebros finales aludidos, la trayectoria de los meridianos cefálicos responden -ya lo hemos dicho- a una distribución topográficamente razonable.

7. VASOS EXTRA-ORDINARIOS.

Por último, nos queda por comentar las trayectorias de los meridianos Jenn Mo y Tou Mo, que reúnen los puntos situados a lo largo de la línea media del tronco, tanto por su parte posterior -dorso, línea D 1- como por su parte anterior -abdomen y tórax, línea T 1-, y se continúan por una trayectoria análoga del cuello (línea C 5, en la parte posterior, y línea C 1, en la parte anterior), del cuero cabelludo (línea Ca 1) y de la cara (línea F 1). En conjunto, recorren la parte media del eje tronco-cuello-cabeza, no prolongándose con ninguna línea de puntos de la extremidades.

Este aparente círculo se encuentra dividido en dos, por sendos orificios naturales (boca y ano), con lo cual tenemos dos recorridos que transcurren por zonas de idéntica topografía -zona media del cuerpo- pero de significado opuesto (uno anterior, yin, y otro posterior, yang).

De esta forma, un trayecto se origina en el borde posterior del ano y termina en el espacio que queda entre los dos incisivos medios superiores, recorriendo en sentido caudo-cefálico la línea apofisaria espinosa, en toda su extensión por el dorso (línea D 1), así como la línea media de la región posterior del cuello (línea C 5), del cuero cabelludo (línea Ca 1) y de la cara

(nivel suprabucal de la línea facial F 1); forma el llamado meridiano Tou Mo, de significación yang. La otra porción se dirige desde el borde anterior del ano al mentón, transcurriendo por la línea media del abdomen y tórax (línea T 1), de la región anterior del cuello (línea C 1) y de la cara (nivel infrabucal de la línea facial F 1); todas ellas, eminentemente zonas yin, forman el meridiano Jenn Mo, de significado yin.

La peculiaridad antes señalada de no poseer trayectos en los miembros, le hacen ser unos meridianos diferentes a los comentados anteriormente, aunque tienen el mismo origen -agrupación de puntos topográficos-; ello les convierte en unos canales extra-ordinarios.

8. VISION EN CONJUNTO DE LA POSICION DE LOS MERIDIANOS.

El nombre de meridiano se debe a una disposición lineal, paralela y sistemática que recuerda la de los meridianos del globo terrestre. Dicha disposición vertical resulta de agrupar una serie de zonas puntuales terapéuticas dispersas por la superficie corporal según una norma topográfica que facilite el recuerdo de aquellos. Esta verticalidad reúne los puntos en una serie de trazos, destacando que la posición topográfica de éstos a lo largo de los miembros determina no sólo el carácter yin-yang del meridiano sin también da lugar a las distintas denominaciones tradicionales de los mismos así como las diversas asociaciones energéticas existentes entre ellos. Para un breve repaso de su distribución hay que diferenciar su recorrido en los miembros, en el tronco, en el cuello y en la cabeza.

Es fácil en los miembros donde tres meridianos yin recorren, preferentemente, la región interna del miembro, y tres yang su posición externa. Situando imaginariamente en un corte del miembro el simbolismo del Tao, se ve que los meridianos yin ocupan una posición interna o anterior, y los meridianos yang, externa o posterior, en ambos miembros (lámina LXXXIX).

En el tronco, se puede entender de otra manera,

diciendo en primer lugar que el tronco, cuello y extremidad cefálica están recorridas en la línea media y anterior por el trayecto yin del meridiano Jenn Mo, y en la línea media y posterior, rodeando la cabeza y bajando por delante hasta el labio superior, la línea yang del meridiano Tou Mo.

En la región anterior o yin del tronco, se ve en el abdomen tres recorridos paralelos que se ensanchan en el tórax. Tendrían que ser los meridianos yin del miembro inferior y lo son en cuanto al recorrido de los meridianos riñón y bazo, pero se sitúa entre ellos el meridiano estómago que está destinado a la región yang de la cara, anterior, a la que puede acceder sólo por delante subiendo por el cuello en posición también anterior. El recorrido del meridiano hígado también es anterior aunque algo anómalo pues tiene que incorporar un punto desviado de su trayecto, el denominado H 13.

El meridiano posterior, y por lo tanto yang del miembro inferior, es francamente el meridiano vejiga, y se comprende que sea sólo el que recorre toda la parte posterior o yang del tronco, lo que hace separado en dos líneas perfectamente paralelas. Nos queda el meridiano vesícula biliar que aunque también es un meridiano yang, está situado en posición lateral en todo el recorrido por el miembro inferior y sigue en esta posición a lo

largo del tronco, si bien su trayecto es tortuoso pues tiene que recoger puntos que quedan en esta posición; al encontrar la raíz del miembro superior la rodea por delante.

Para comprender o recordar el acceso a la extremidad cefálica de los meridianos debemos hacer una serie de consideraciones.

En primer lugar, repetimos que la cabeza es yang, y, por lo tanto, los meridianos yin del tronco no pueden acceder a ella; quedándose el meridiano riñón a nivel de la extremidad interna de la clavícula; el meridiano bazo, en posición infero-lateral del tórax, después de bajar un cierto trayecto en un recorrido retrógrado; y el meridiano hígado, en la base del tórax, sin acceso a cotas superiores.

Los meridianos yang si pasan como ha de ser siendo la cabeza yang. Ya hemos visto el meridiano estómago acceder a la cara por la región anterior del cuello. El meridiano vejiga después de fundir sus dos trayectos en uno en la región posterior del cuello, contornea rectilíneamente la cabeza hasta el ángulo palpebral del ojo. El meridiano vesícula biliar que en el muslo sigue por fuera al meridiano vejiga, después de un tortuoso trayecto que ya hemos señalado, asciende a la cabeza, dividiéndose en dos ramas, teniendo la segunda una posi-

ción lateral en la cabeza (de nuevo su posición lateral) contorneando la oreja.

Estos tres meridianos procedían del miembro inferior completándose, hasta seis, con los otros tres meridianos yang del miembro superior.

Estos meridianos yang del miembro superior citado llegan al tronco por la región posterior del hombro y han de acceder a la extremidad cefálica por la única zona que queda libre en el cuello que es la región lateral. Lo hacen con la única variación de que el meridiano intestino delgado, después de recoger unos puntos un poco dispersos en el hombro, se coloca entre los meridianos intestino grueso y triple recalentador, cambiando, por tanto, de posición con respecto a este último.

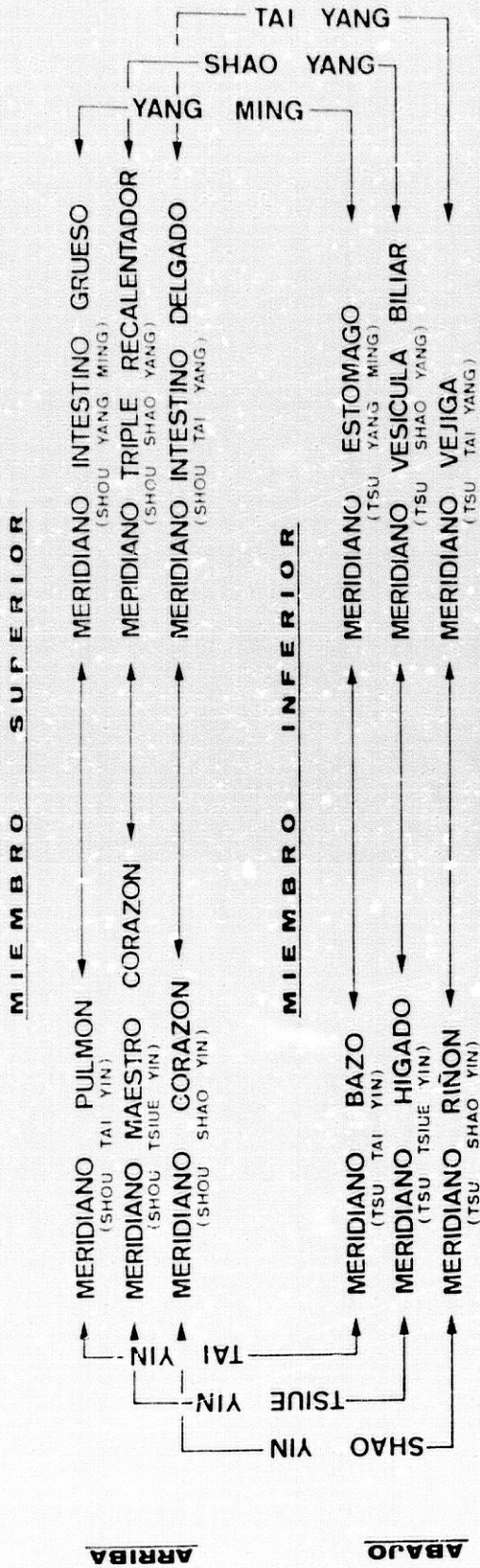
Al llegar a la cabeza los dos meridianos de posición anterior van directamente a la cara pero el meridiano triple recalentador lo hace también rodeando la oreja.

En cuanto a los meridianos yin del miembro superior al no tener acceso a la cabeza por su carácter opuesto terminan prácticamente en la raíz del miembro. El meridiano corazón, en la axila; el meridiano pulmón, en la región infraclavicular; y el meridiano maestro corazón, sobre el pecho.

MERIDIANOS ACOPLADOS

YIN

YANG



GRANDES MERIDIANOS

TABLA 17. MERIDIANOS ACOPLADOS Y GRANDES MERIDIANOS.

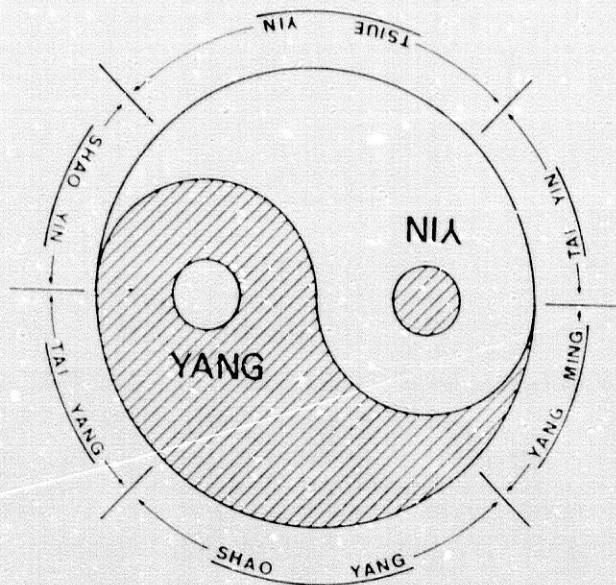
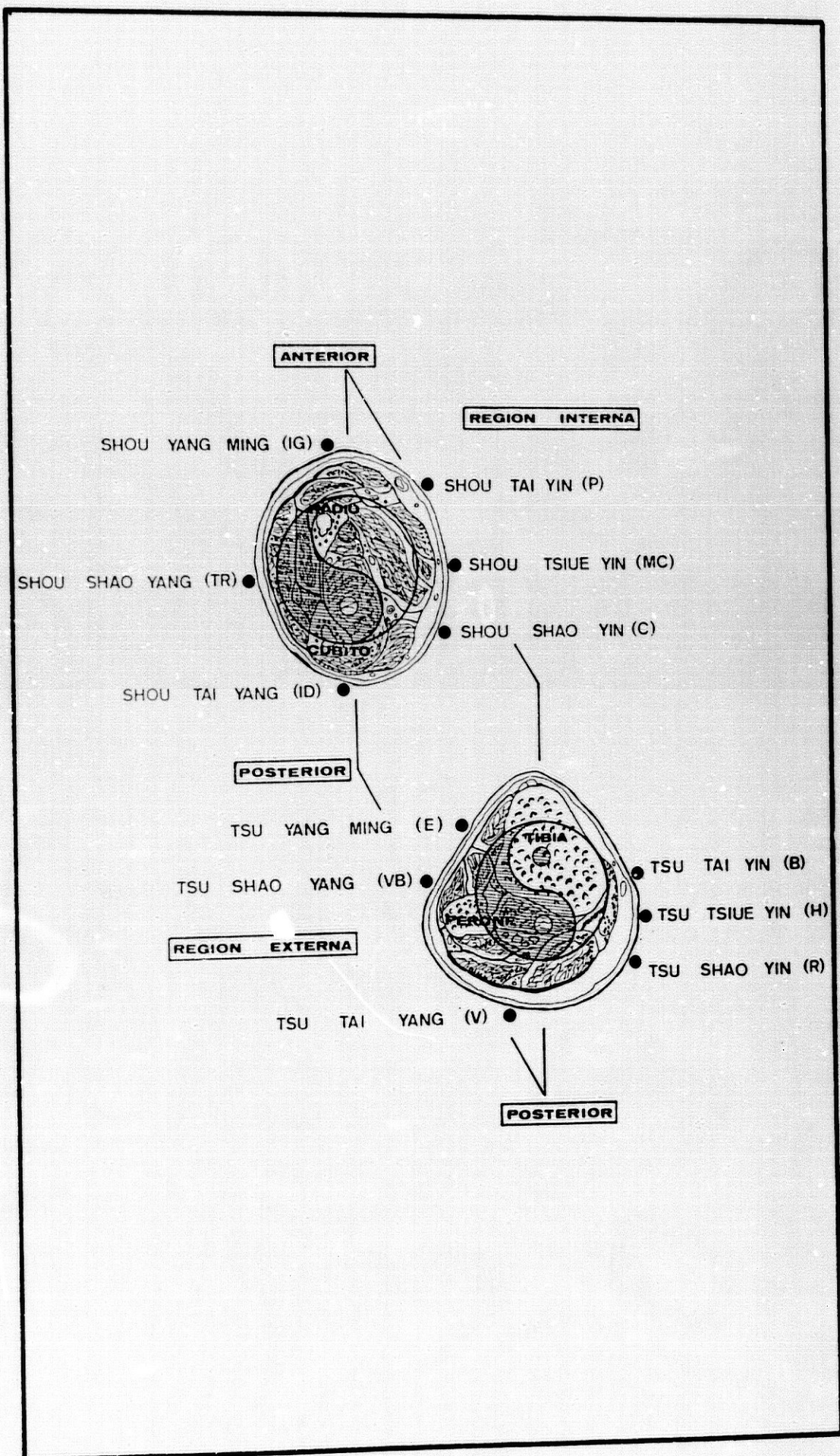


FIG. G TAO

TABLA 16
SIGNIFICADO DE LOS SEGMENTOS DEL TAO

SEGMENTOS YANG	
<u>YANG MING</u>	(LUMINOSIDAD DEL YANG) ——— NEGACION DEL YIN
<u>SHAO YANG</u>	(MENOR YANG) ——— NEGATIVIDAD DEL YANG
<u>TAI YANG</u>	(GRAN YANG) ——— AFIRMACION DEL YANG
SEGMENTOS YIN	
<u>SHAO YIN</u>	(MENOR YIN) ——— NEGACION DEL YANG
<u>TSIUE YIN</u>	(YIN ABSOLUTO) ——— POSITIVIDAD DEL YIN
<u>TAI YIN</u>	(SUPREMO YIN) ——— AFIRMACION DEL YIN



LAMINA LXXXIX
 División topográfica de las extremidades.

↑

LÁMINAS XC A XCVI.

AGRUPACIÓN TOPOGRÁFICA DE PUNTOS ACUPUNTURALES.
LÍNEAS TOPOGRÁFICAS.

Lo

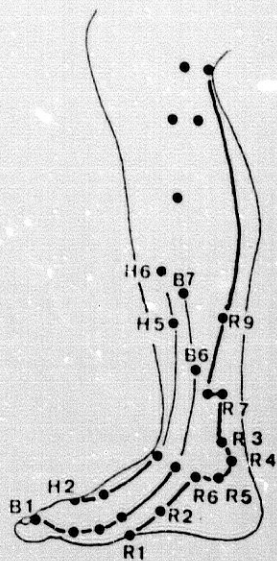


FIG. H

DESCRIPCION TOPOGRAFICA DEL MERIDIANO RINON

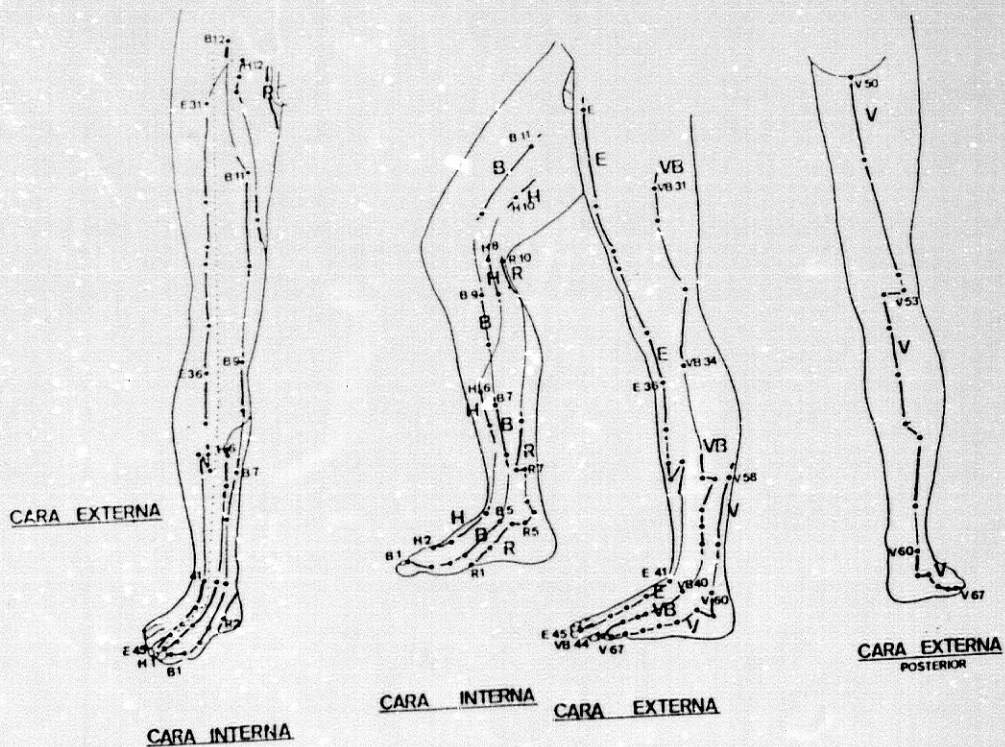
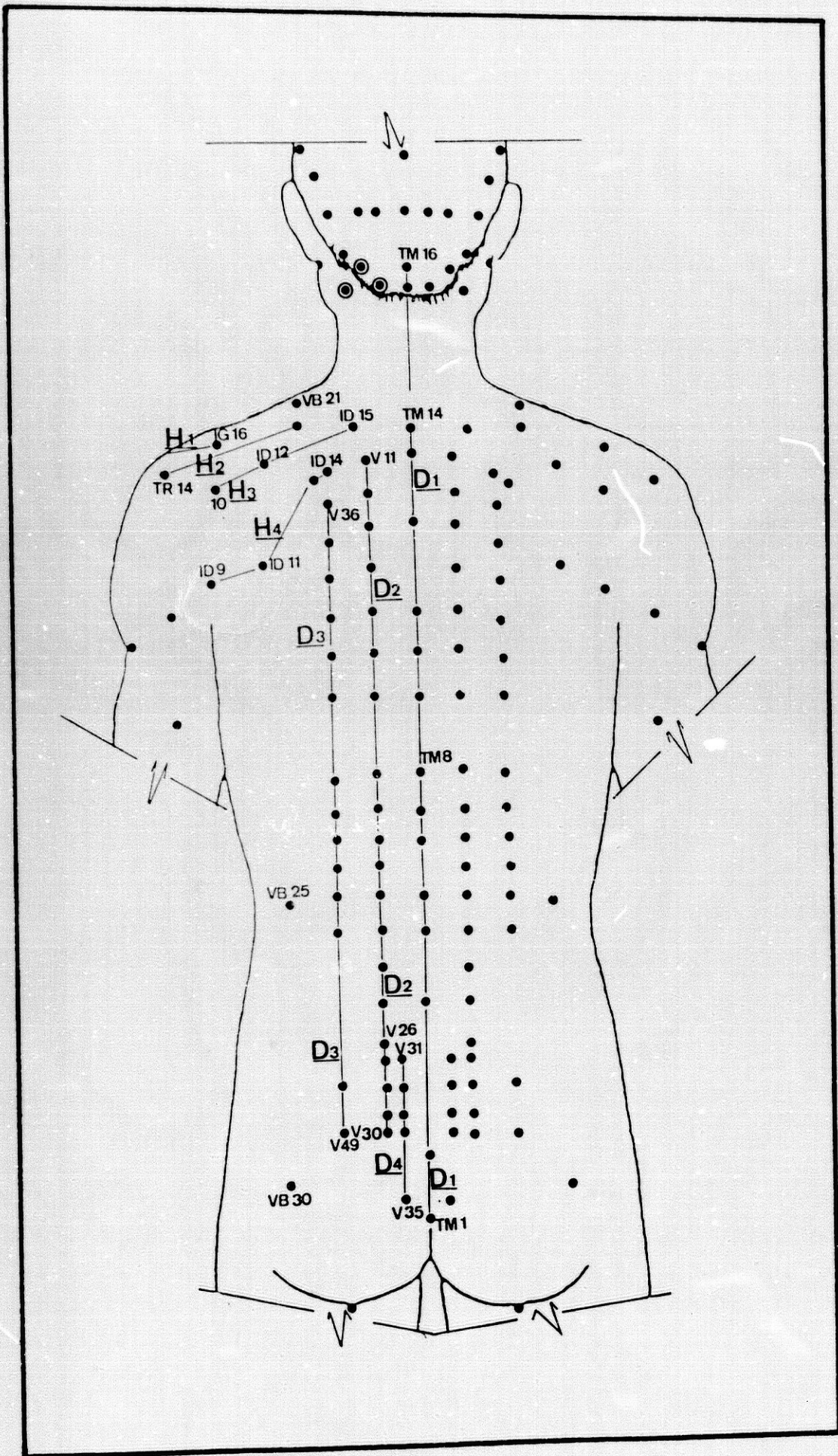


FIG. I
LINEAS TOPOGRAFICAS MIEMBRO INFERIOR

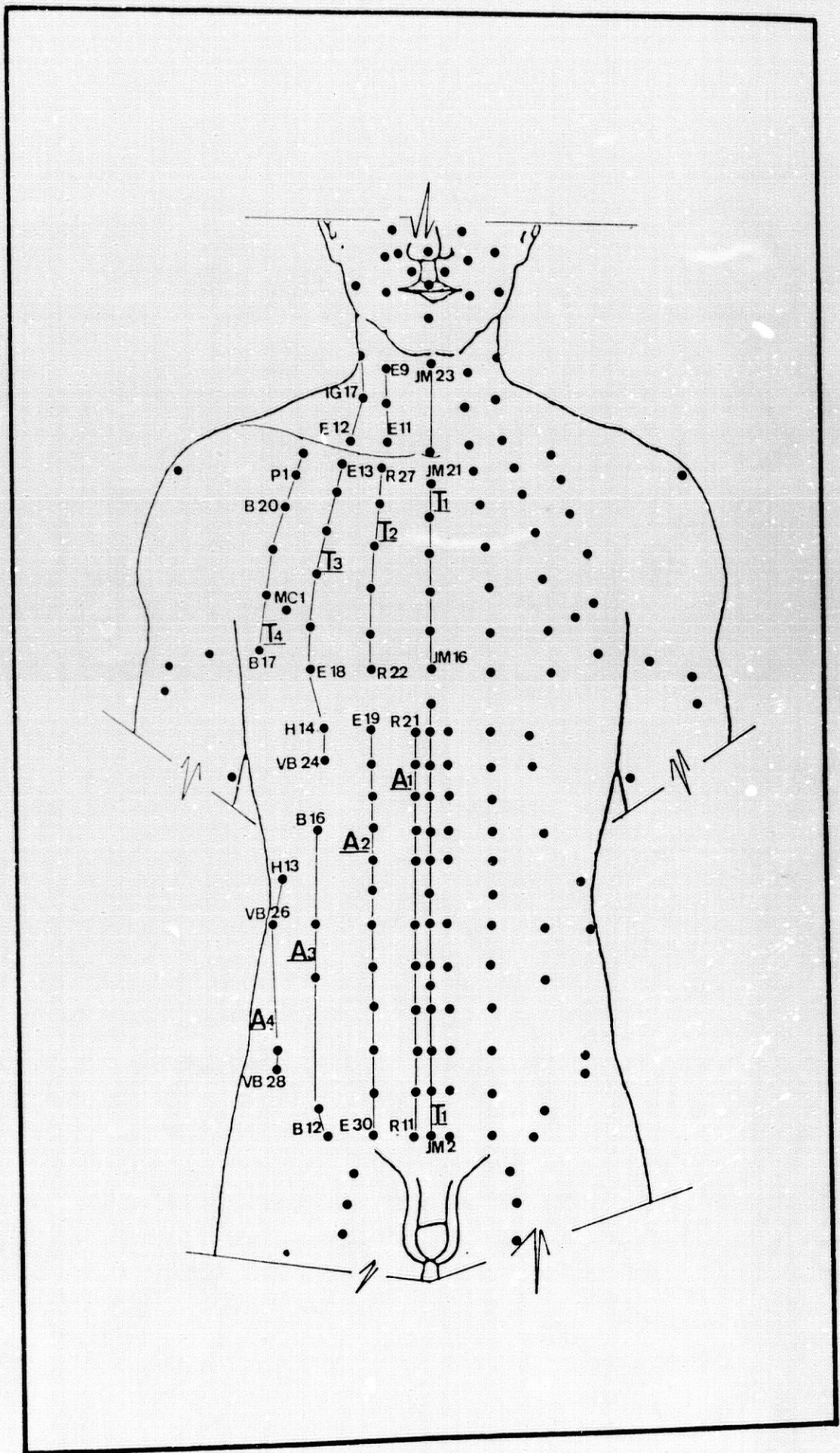
LAMINA XC

Descripción topográfica de los meridianos en el miembro inferior.



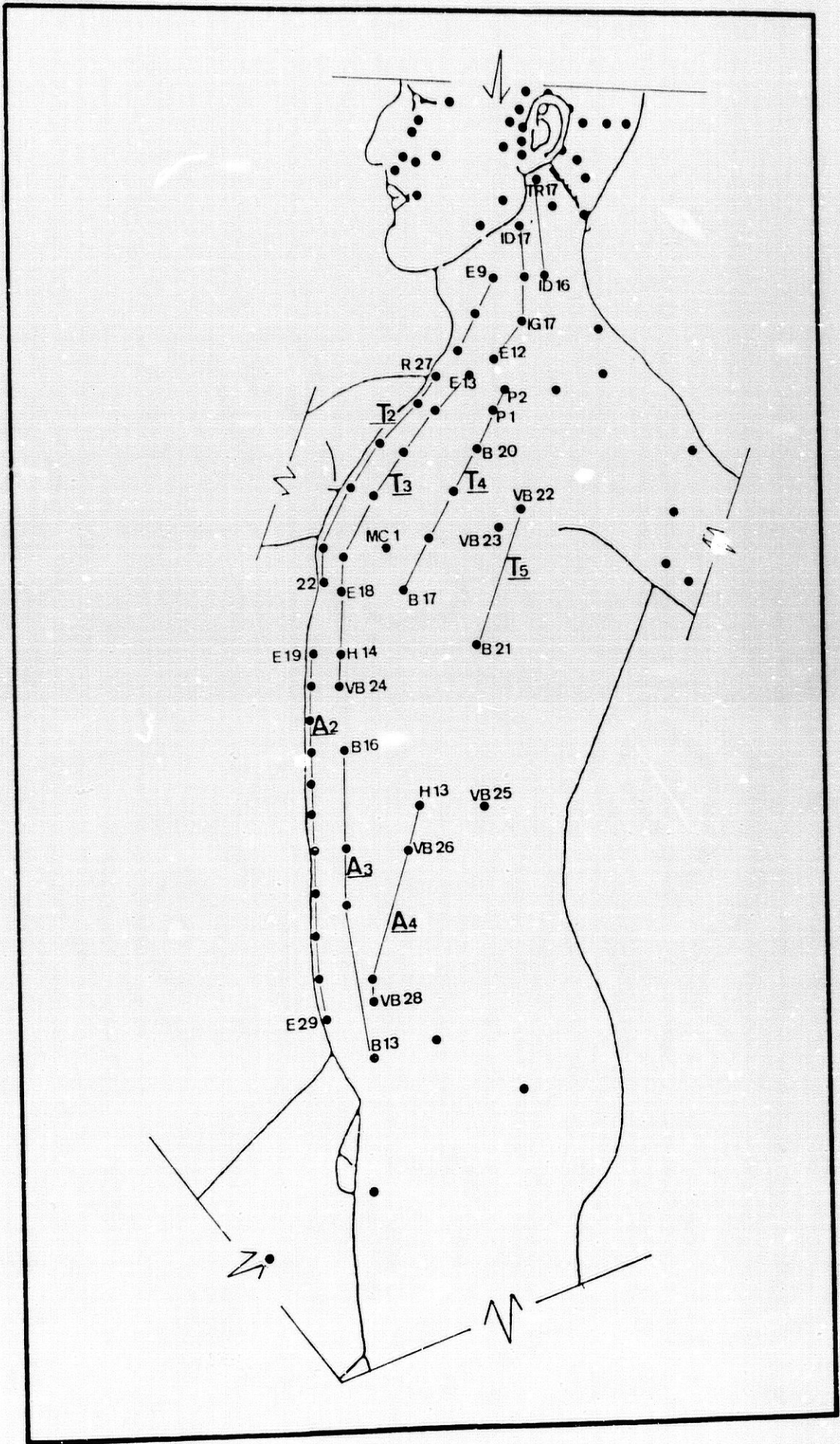
LAMINA XCI

Agrupación topográfica de los puntos acupunturales en tórax y abdomen. Visión posterior.



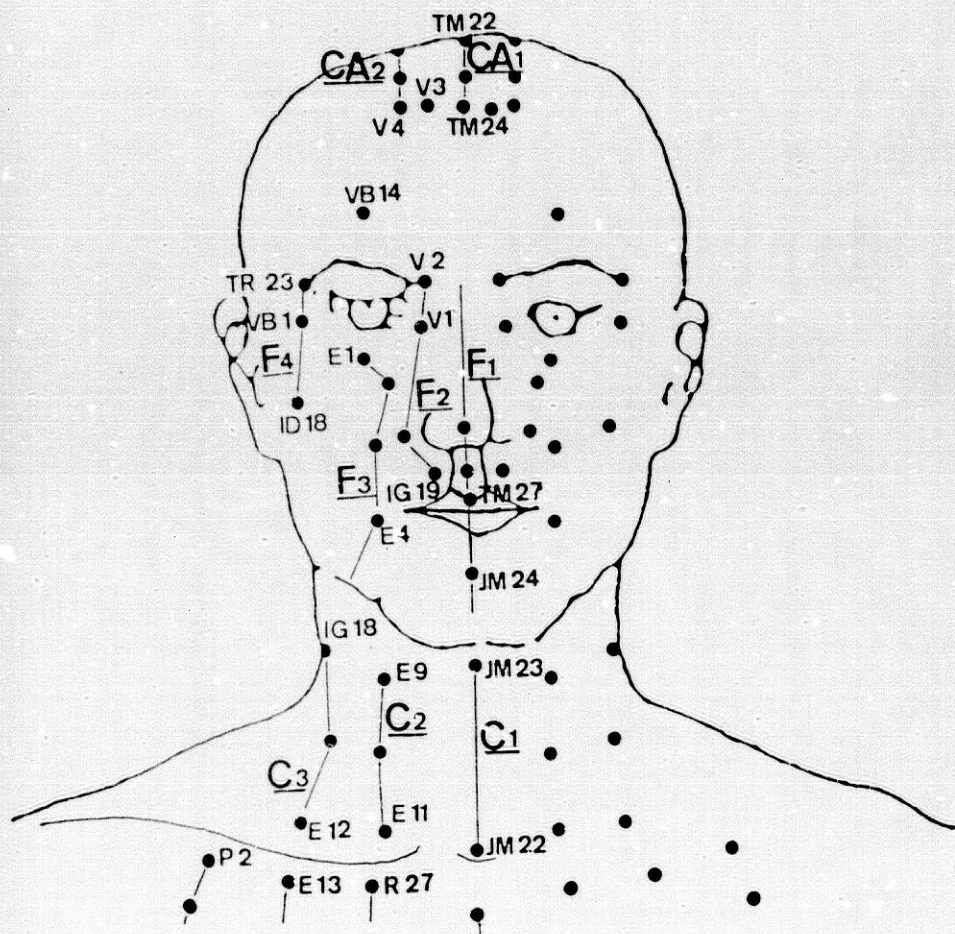
LAMINA XCII

Agrupación topográfica de los puntos acupunturales en tórax y abdomen. Visión anterior.

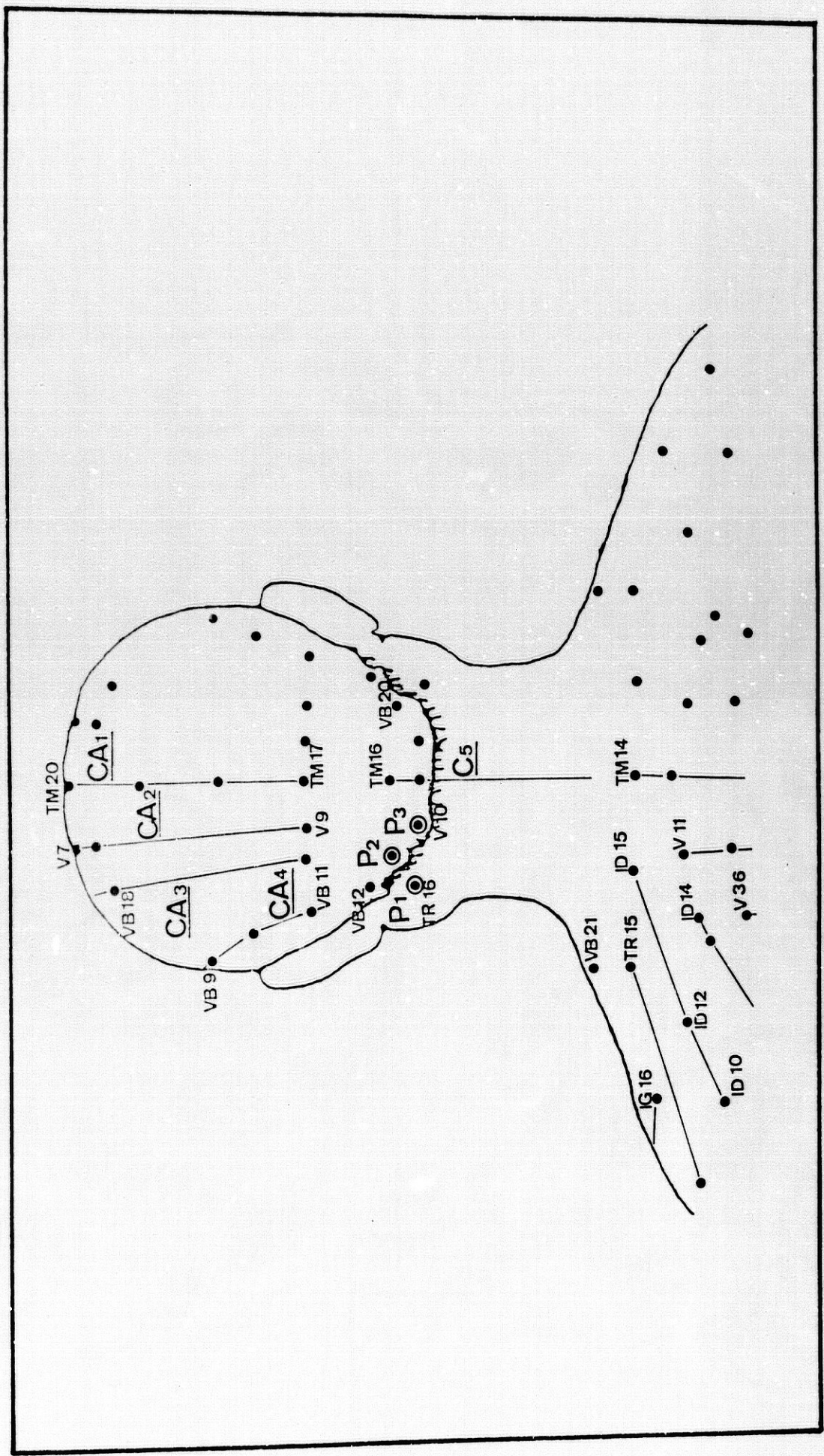


LAMINA XCIII

Agrupación topográfica de los puntos acupunturales en tórax y abdomen. Visión lateral.

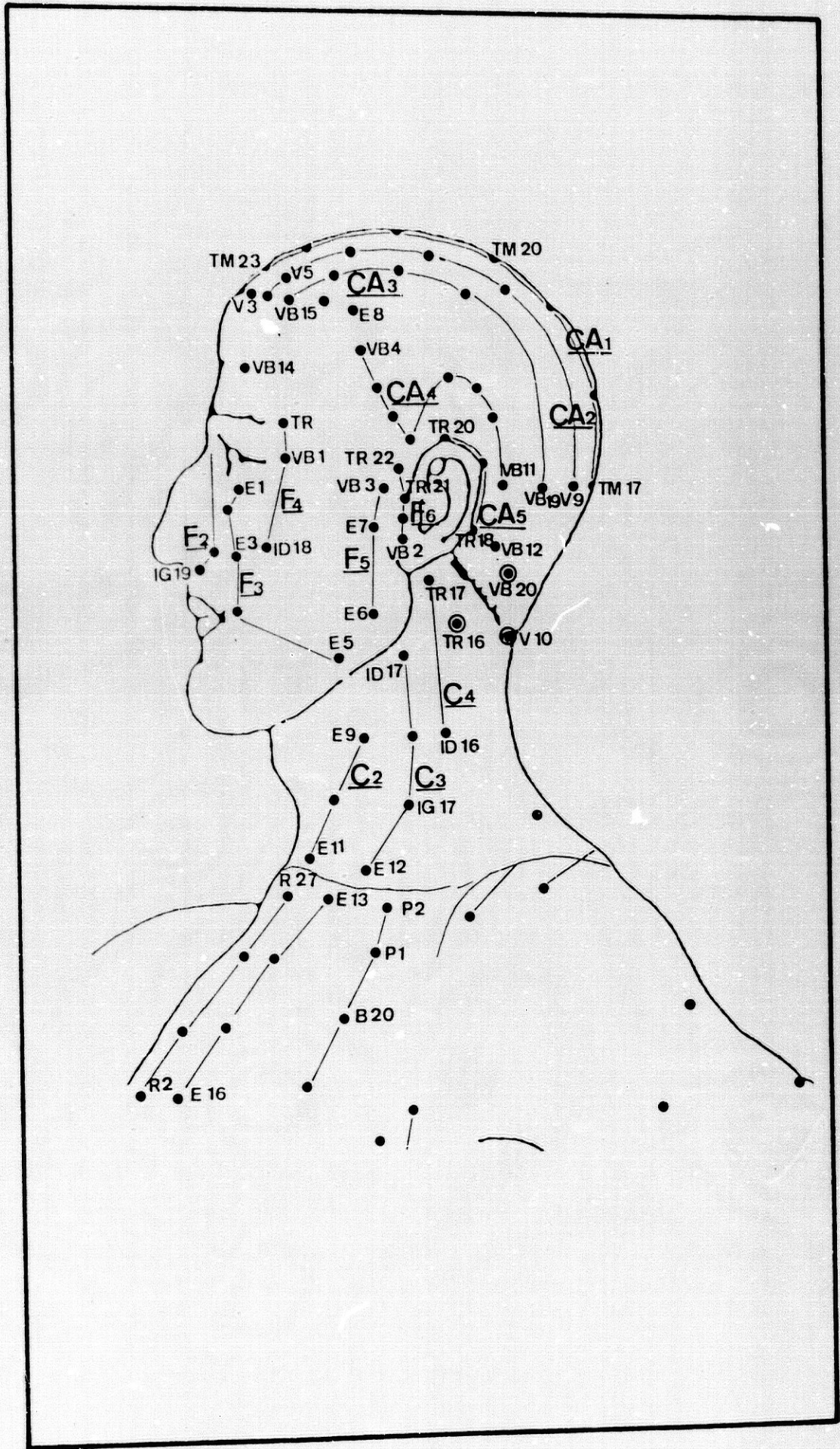


LAMINA XCIV
 Agrupación topográfica de los puntos acupunturales en cuello y cara. Visión anterior.



LAMINA XCV

Agrupación topográfica de los puntos acupunturales en cuello y cabeza. Visión posterior.



LAMINA XCVI

Agrupación topográfica de los puntos acupunturales en cuello y cabeza. Visión lateral.

VIII. UNIFICACIÓN DE LOS TRAYECTOS PROFUNDOS.

De la forma anteriormente estudiada, fue posible ordenar todo el conjunto de puntos de los meridianos según un concepto topográfico, adscribiéndolos a un meridiano concreto. Conviene recordar que lo atractivo de estos puntos es el poder actuar a través de ellos sobre funciones y procesos orgánicos. No tendría sentido dejar los mencionados trayectos como simples pistas superficiales, pues éstas sólo servirían para recordar la posición de unas zonas peculiares de la superficie corporal pero sin ningún sentido terapéutico, que es lo que en principio pudo guiar a ordenar este universo de puntos.

En definitiva, de la presencia de un conjunto de puntos terapéuticos proyectados sobre la superficie corporal con una acción o utilización sobre alteraciones de las funciones de las diversas vísceras situadas en el interior de las cavidades o en la profundidad de nuestro cuerpo, surge la necesidad de explicar una serie de relaciones profundas que recorran la cavidad tóracoabdo-

minal, cervical e incluso se introduzcan en la cavidad cefálica.

1. DE LA DIVERSIDAD DE RECORRIDOS INTERNOS TRADICIONALES PARA UN MISMO MERIDIANO A SU UNIFICACIÓN.

Del conjunto de componentes tradicionales de un mismo meridiano sólo poseen recorrido interno o profundo los trayectos principales, los meridianos distintos y los vasos Lo longitudinales clásicos. Al igual que en los trayectos superficiales, estos recorridos profundos se presentan independientemente para cada uno de los componentes de un mismo meridiano, sin comentar relación alguna o coincidencias existentes entre ellos. Se describe así un recorrido profundo con el trayecto principal, otro con el meridiano distinto, y uno más con el vaso Lo longitudinal. Partiremos, en principio, de esa diversidad de recorridos profundos para un mismo meridiano.

Hemos visto en un apartado anterior que los distintos trayectos superficiales dados a un mismo meridiano (trayecto principal, meridiano distinto y vaso Lo longitudinal) se funden en un único trayecto definido por los puntos propios. Si en superficie el meridiano tiene siempre unos puntos bien definidos, es lógico pensar que

sus acciones profundas se dirigirán a unos órganos a través de un trayecto que también podrán ser definido. Se plantea, pues, ver un único trayecto profundo para un determinado conjunto de puntos, que es un meridiano.

Para conseguir tal objetivo y para obtener una visión más en conjunto de tales recorridos, estos trayectos profundos los hemos esquematizado en las láminas LIX a LXXXVI. Lo primero que en ellos nos llama la atención, y hay que advertir, es el hecho de que el nombre del meridiano no restringe las relaciones profundas del mismo al "órgano" o "viscera" que hace mención su denominación, punto que será primordial en nuestro razonamiento.

Prosiguiendo con la contemplación de estos recorridos, observamos que para trayectos de un mismo meridiano -al igual que ocurría con los trayectos superficiales- se presenta el uso de un mismo circuito pero con distinto sentido, dependiendo éste de que su descripción corresponda al trayecto principal, al meridiano distinto o al vaso Lo longitudinal.

Ello se muestra en el recorrido profundo del trayecto principal del meridiano estómago, en el cual se menciona que del tórax (pulmón-órgano) se dirige al abdomen (estómago-viscera y bazo-órgano); mientras que para el recorrido profundo de su meridiano distinto se

describe un sentido contrario, desde el abdomen (estómago-viscera y bazo-órgano) se dirige al tórax (corazón-órgano). Igual ocurre en la descripción del recorrido interno del trayecto principal del meridiano pulmón con respecto al de su meridiano distinto; así, para el primero se describe un recorrido del abdomen (intestino grueso-viscera) al tórax (pulmón-órgano), mientras que para el segundo se describe del tórax (pulmón-órgano) al abdomen (intestino grueso-visceras).

De idéntica forma, se utiliza con distinto sentido el trayecto del riñón-órgano a la vejiga-viscera. Para el caso del recorrido profundo del trayecto principal del meridiano vejiga se describe que "del riñón-órgano se pasa a la vejiga viscera", mientras que para su meridiano distinto se describe un sentido contrario, "desde la vejiga-viscera al riñón-órgano".

En otros casos, para los diferentes trayectos de un mismo meridiano existen idénticos recorridos profundos que son descritos en el mismo sentido. Esto sucede con los recorridos profundos adscritos al trayecto principal y meridiano distinto intestino grueso; trayecto principal, meridiano distinto y vaso Lo longitudinal bazo; y en el trayecto principal y meridiano distinto riñón.

Si observamos, en el caso de los primeramente mencionados -para los cuales sus trayectos coinciden pero

utilizados con distinto sentido- son meridianos cuyo trayecto principal posee un sentido centrífugo respecto al tronco, mientras el meridiano distinto y vaso Lo longitudinal posee un sentido centrípeto. Por otra parte, en el caso de los últimamente descritos -en los cuales no existe ninguna divergencia en cuanto al sentido de utilización de un mismo trayecto- el trayecto principal, meridiano distinto y vaso Lo longitudinal, tienen el mismo sentido centrípeto con respecto al tronco.

Con ello apoyamos el concepto que enunciábamos para el mismo hecho que aparecía, en cuanto al sentido de los distintos trayectos, en los recorridos superficiales de cada uno de los componentes de un mismo meridiano: el diferente sentido en la descripción corresponde a la distinta significación de los mismos. Por lo tanto, podemos considerar un sólo recorrido para las conexiones profundas que pueden ser descritas con distinto sentido, éste impuesto por los diversos recorridos superficiales.

Lo importante, pues, es la coincidencia de órganos recorridos o conexiónados en las distintas descripciones dadas para un mismo meridiano. Ello se observa con mayor evidencia, en un primer acercamiento, entre las descripciones de los recorridos profundos del trayecto principal y del meridiano distinto pulmón, entre la del tra-

yecto principal y del meridiano distinto intestino delgado, y entre la del trayecto principal, del meridiano distinto y del vaso Lo longitudinal corazón.

También podemos observar que a veces se presentan complementarios los diferentes trayectos internos de un mismo meridiano. Así, el recorrido profundo del meridiano distinto vejiga completa al también profundo de su trayecto principal; el del meridiano distinto y del vaso Lo longitudinal bazo completa al de su trayecto principal, siempre hablando de recorridos profundos.

2. UNA COMPLICADA RED DE CONEXIONES PROFUNDAS.

Todo lo hasta ahora descrito nos lleva a la unidad del conjunto de trayectos profundos descritos para un mismo meridiano. Sin embargo, surge un problema al comparar más detenidamente unos trayectos con otros, bien de un mismo meridiano o de diferentes meridianos; deberían unirse unos órganos con otros con un idéntico orden, realidad que no se presenta en los mencionados recorridos. Por ejemplo, se dice que se relaciona directamente el pulmón-órgano con el intestino grueso-viscera, en el caso del trayecto principal y meridiano distinto intestino grueso; sin embargo, para el trayecto principal pulmón, el intestino grueso-viscera, alcanza

el pulmón-órgano por medio del estómago-viscera.

Además, se puede observar el hecho de que un órgano no está unido siempre con otro órgano determinado, sino con varios distintos, dentro de los diferentes trayectos de un mismo meridiano, como sucede con la unión del corazón-órgano en el trayecto principal y meridiano distinto intestino delgado. Para el primer caso, se describe que aquel está unido (sin mencionar "órgano" ni "viscera" alguna) al intestino delgado-viscera, mientras que en el segundo se une a través del estómago-viscera al intestino delgado-viscera.

Esto también se aprecia en el caso del trayecto principal y meridiano distinto estómago, en el primero se une el pulmón-órgano al estómago-viscera, mientras que en el segundo el corazón-órgano es el que se encuentra unido al estómago-viscera.

Como podemos ver con estos ejemplos, además de no tener un aparente orden establecido para las uniones en la profundidad, su acoplamiento no determina un circuito fisiológico o una idea unitaria de aquella sino más bien una maraña de uniones.

Existe, sin embargo, en la medicina tradicional un circuito o una explicación fisiológica de las funciones orgánicas con una concatenación de hechos (Borsarello, 1973), como se puede apreciar en la figura J.

Por ello podemos ver, en primer lugar, que lo que únicamente interesa en la descripción del trayecto profundo es unir unos determinados "órganos" o "visceras" para recalcar con ello algo y, lo que no se pretende es que el conjunto de todos aquellos dé alguna significación fisiológica.

3. EL CIRCUITO INTERNO DE LA FISIOLÓGIA ORIENTAL.

A pesar de todo ello debe haber habido una base para relacionar unos trazados superficiales, formados por un conjunto de puntos terapéuticos, con unas determinadas zonas profundas. Aunque ahora se nos presente ambiguo, confuso y contradictorio, básicamente debe tener un planteamiento mucho más evidente, pues toda la construcción no tiene otro fin sino explicar la acción de puntos situados en recorridos superficiales. Para poderlo descubrir estudiaremos como se estratifican las diferentes funciones y "órganos-visceras" que se encuentran en la cavidad tóracoabdominal así como su posible conocimiento. Ello nos podrá dar el significado de los conceptos "órgano" y "viscera", en la fisiología oriental.

3.a. Concepto de "órgano" y "viscera o entraña".

Hay que señalar que el conjunto de órganos internos

se encuentran diferenciados en la fisiología oriental en dos clases: "órgano" y "viscera o entraña". Lo anterior es el resultado de la aplicación del binomio yin-yang a las estructuras profundas.

En la cavidad tóracoabdominal se puede conocer -como más adelante analizaremos- una serie de funciones-órganos vitales como son: pulmón y corazón, situados en el tórax; estómago, intestino delgado, hígado, vesícula biliar, pancreas-bazo, intestino grueso, riñón y vejiga, en el abdomen. A éstos se les agrega maestro corazón y triple recalentador (órganos internos extraños para la medicina occidental como órganos o entidades concretas), consecuencia de la aplicación de la reforma del sistema numérico al conocimiento médico (Borsarello, 1973); mas que unas entidades palpables, concretas y orgánicas, se traducirían como: la función completa del ser humano (triple recalentador-viscera) con su opuesto yin (maestro corazón-órgano). El paso de 10 a 12 meridianos con la aparición de los dos últimos se debe a la reforma del calendario astronómico que de dividir el día en 10 unidades paso a 12, teniendo, pues, que circular la energía por otros tantos meridianos cada 24 horas.

La cualidad yin-yang de las referidas entidades viene representada por el recorrido, a lo largo de la extremidad, del meridiano al cual queda adscrita, cuyo

ejemplo más claro lo tenemos en el significado de triple recalentador-viscera y maestro corazón-órgano, que sin hacer referencia a función u órgano concreto presenta una cualidad que es idéntica a la del recorrido superficial del meridiano al que se adscribe: meridiano maestro corazón, por la zona yin del miembro superior, y el meridiano triple recalentador, por la zona yang del mismo.

Los órganos de cualidad yang se representan en los recorridos externos -de significado yang- y los de cualidad yin, en los internos -de significado yin-. Se agrupan en lo yang (lo material, el movimiento) aquéllos que contienen la materia, que la movilizan: los órganos huecos. Estos son denominados "visceras", como son: estómago, intestino delgado, vesícula biliar, intestino grueso y vejiga. Mientras, en lo yin (lo inmaterial, la esencia) se agrupan aquéllos que contienen algo que no es perceptible pero que es esencial para la vida: los órganos macizos. Se denominan simplemente "órganos", como: pulmón, hígado, riñón y páncreas. Como comentaremos más adelante, a pesar de que esta cualidad de las funciones proviniera de un conocimiento anatómico de las mismas por una disección de animales, en el hombre el nombre de estos órganos no se refiere a entidades morfológicas concretas sino a funciones y relaciones entre

ellas.

De la forma anteriormente citada, queda por definir un último órgano, corazón, y un sólo recorrido (a parte de los dos recorridos medios adscritos a triple recalentador-viscera y a maestro corazón-órgano, descritos posteriormente) que transcurre por el borde interno de la cara anterior del miembro superior, de significación yin. Este, con su cualidad, es atribuido al órgano citado a pesar de ser hueco, aunque eso sí, contiene y reparte la esencia que da vida a los distintos órganos internos.

Debiendo tener claro en cada momento la diferencia entre meridiano y órgano interno pese a su idéntico nombre, y una vez observado se el concepto de "viscera" -significación yin- y de "órgano" -significación yang- viene de la aplicación del binomio yin-yang en la profundidad, nombraremos a toda entidad profunda como órgano sin que ello quiera referirse a ninguna cualidad, recordada ésta por el recorrido superficial del meridiano de igual nombre en la extremidad correspondiente.

3.b. De la observación a la estratificación.

Todos estos órganos de nuestra economía se estratifican en tres niveles topográficos (Borsarello, 1973), equivalentes a los tres fogones o recalentadores energéticos que son clásicos en acupuntura.

- Nivel superior o fogón superior, donde se sitúa la bomba propulsora, el corazón-órgano. Además, es aquí a donde llega el aire, los pulmones-órganos. Todo este nivel superior se encuentra dentro de la caja torácica, por encima de lo que nosotros conocemos como músculo diafragmático. Entienden que en este nivel se produce la purificación de la energía del hombre, pues ésta entra en contacto con la energía más pura, la del aire, así como es donde se inicia su distribución.

- Nivel medio o fogón medio, a donde llega la materia exterior y es asimilada por el hombre. Está integrado por el estómago-órgano y el intestino delgado-órgano así como por centros de asimilación y almacenamiento como el hígado-órgano, para los sólidos y el bazo-órgano, para los líquidos.

- Nivel inferior o fogón inferior, por donde se expulsan las materias perjudiciales para el organismo. Constituido por el intestino grueso-órgano, para los sólidos, y por la vejiga-órgano, para los líquidos. Relacionada con ésta se encuentra el riñón-órgano, que también pertenece a este nivel.

Todos ellos quedan relacionados por un circuito interno de producción de la "energía" necesaria para sobrevivir a partir de los alimentos y el aire, así como para su distribución (figura J).

Si sobre este sencillo esquema básico colocamos las observaciones que se presentan en distintos procesos patológicos que afectan al hombre, no sería extraño el que en acupuntura se relacione el corazón-órgano al ojo, o el hígado-órgano al ojo, o el desarrollo sexual, o la misma fecundidad, al riñón-órgano, más aún, cuando todo este conocimiento del hombre surge tan sólo de la observación, sin un conocimiento anatómico profundo, pues carecían de la práctica de la disección (Huard y Ming, 1971). Esta característica hace que el concepto de "órgano" o "vícera" no nos tenga obligatoriamente que guiar a una realidad concreta -para nosotros dada por la aludida técnica- sino, al contrario, se refiera a determinadas funciones. Aunque en las láminas que presentamos con los recorridos internos, se empleen la morfología de los diversos órganos para referirnos a las mismas, con ellas queremos hacer referencia a algo más global y auténtico como son sus distintas funciones.

La "posición" de las distintas funciones dentro de la cavidad tóracoabdominal se conocería por las manifestaciones que tales funciones dan en la superficie, por medio de puntos algicos o tumoraciones palpables. Por estas manifestaciones es fácil comprender la estratificación de las funciones en tres niveles y asimilar cada una de estas a una posición profunda. Asimismo, dichas

manifestaciones, procesos álgicos y la presencia de tumoraciones profundas, nos muestran la alteración de funciones vitales presentes en nuestro interior y sus posibles relaciones. De esta forma, se comprende fácilmente el conocimiento del funcionamiento respiratorio, del cardiaco, del digestivo, de un depósito de orina, de la existencia del riñón-órgano. Por simpatía entre las funciones urinarias y reproductoras, se adscriben éstas a aquellas.

Como ya hemos apuntado, por las manifestaciones patológicas se puede conocer la existencia de funciones importantes para la vida -para el buen funcionamiento de nuestro organismo- como una situada en el hipocondrio derecho -función hepática con la emulsiva de la vesícula biliar- y otras situadas en el hipocondrio izquierdo - las funciones del bazo y del páncreas-. La descripción oriental de estas funciones y de su localización topográfica, son las que guiaron a los primeros acupuntores occidentales a atribuirles a cada uno de aquellos órganos concretos conocidos en nuestro saber médico.

Todo lo anterior nos muestra que lo que se hace en la incipiente fisiología oriental no es relacionar entidades anatómicas con una idea de continuidad, a veces contradictorias para nuestros conocimientos, sino, al contrario, manifestar la influencia de unas funciones

con otras. Además, el hecho de no concretar en una entidad orgánica una determinada función y alteración, sino ver ésta en conjunto, hace posible el adscribir a aquélla aspectos menos considerados por la medicina occidental, como puede ser el atribuir un significado simbólico-psicológico a cada una de estas funciones o ver en sus alteraciones tal simbolismo (Requera, 1985).

Sin desviarnos del simbolismo anatómico subyacente, todo lo mencionado hace que sólo interese puntualizar la influencia entre las diversas funciones del cuerpo humano sin hacer relieve en unos verdaderos caminos anatómicos concretos, evidenciables tan sólo por una minuciosa práctica anatómica. Ello hace que aparezcan expresiones como "del corazón-órgano a través de la garganta se alcanza el ojo" o "desde el hígado-órgano se llegue al corazón-órgano y asciende al ojo". En tales expresiones tenemos que transcribir que el funcionamiento del corazón-órgano, como bomba circulatoria, influye en el aparato ocular; así como el funcionamiento de un órgano situado en el hipocondrio derecho (hígado-órgano) influye en el funcionamiento del corazón-órgano, como bomba, y en el del aparato ocular, consecuentemente; pero no tenemos que ver en ello la explicación de una típica unión directa entre el hígado-órgano y corazón-órgano o, del corazón-órgano con el ojo que se eviden-

ciará con la disección porque son inexistentes.

4. RECORRIDOS INTERNOS UNIFICADOS. SU SENTIDO Y SIGNIFICADO.

Ahora contemplaremos mas atentamente los recorridos profundos de los meridianos, teniendo en cuenta la existencia de ese conocimiento fisiológico tradicional y su base en la más pura observación del hombre.

Podremos ver que más que dar unos caminos profundos concretos que enlace realidades anatómicas or nosotros conocidas, se presentan una sucesión escalonada de funciones, según una topografía dada por las manifestaciones reflejas de los diferentes órganos: torácicos y abdominales. Este orden se puede observar para cada uno de los recorridos de los diferentes tipos de trayectos descritos en un meridiano, ya se haga éste en un sentido caudo-cefálico o craneo-caudal. Con todo ello vemos que la construcción del sistema de los meridianos presenta un evidente sentido didáctico, al ordenar las influencias internas según un orden topográfico.

También observaremos que con estos recorridos se nos muestra la influencia de un conjunto de puntos que hemos agrupado en un canal o meridiano superficial. Esto nos lo afirma el hecho -al que ya hemos aludido- que el

nombre del meridiano no restringe las relaciones con órganos profundos sino que aquéllas son mas amplias. Estas conexiones resultan de la frecuencia de uso de los puntos que integran sus trayectos en determinados procesos patológicos, y así el trayecto profundo y las uniones distales (leese unión con la garganta, ojo u oído) viene dada por la frecuencia de uso de los puntos integrantes del meridiano.

Por todo lo hasta aquí dicho, daremos un sólo trayecto o recorrido profundo para un sólo recorrido superficial, integrando los distintos trayectos de un mismo meridiano presentes en las descripciones tradicionales y los datos de frecuencia de uso de cada uno de sus puntos por nosotros obtenidas (tablas 5 al 15), que complementarán o modificarán las descripciones tradicionales (láminas XCVII a CX).

En aquellos recorridos se reflejan las funciones influidas por el conjunto de puntos que integran un recorrido superficial, y las funciones son enlazadas según el orden topográfico de sus manifestaciones. Así, para los meridianos del miembro inferior, para explicar su acción en profundidad, se sigue un orden caudocefálico, desde la parte más baja del abdomen (función excretora) hacia el tórax (función cardíaca y pulmonar). En cambio, para los meridianos del miembro superior, que

contactan primero con el tórax, la sucesión sería primero su influencia en funciones torácicas y, posteriormente, sobre el funcionamiento de los órganos abdominales; dentro de esta cavidad se guarda también la estratificación: funciones superiores -asimilación- y funciones inferiores -evacuación-.

Si alguno de los meridianos poseen puntos utilizados en procesos de vísceras cefálicas (procesos oculares, auditivos o álgicos), la forma de alcanzar dichas funciones es igual para los dos tipos de meridianos antes expuestos, del miembro superior o del inferior: desde las funciones u órganos torácicos se dirige a la cabeza a través del cuello, para conectar con tales funciones auditiva, visual, olfativa o álgicas. A estas funciones cefálicas se puede llegar de dos maneras; una sería relacionando simplemente las funciones torácicas con las presentes en el cuello y a través de éstas conseguir las de la cabeza, sin aludir en ningún momento a trayectos superficiales. Otra, sería alcanzar, ya sea desde un recorrido superficial torácico o de otro recorrido profundo, un trayecto superficial principal de otro meridiano que recorra la extremidad cefálica y con él llegar a la misma y conexionar con las diversas funciones presentes en ella.

Un análisis conjunto de lo antes dicho nos lleva a

concretar algunos conceptos que son fundamentales antes de seguir adelante.

Es obvio que los trayectos profundos de los meridianos han de entrar en las cavidades buscando los órganos o funciones a través de puntos de profundización de los que más tarde hablaremos con detalle. Sin embargo, como los trayectos centrípetos hacia la profundidad pueden tener otros destinos suplementarios lejanos, puede ocurrir que los trayectos profundos (después de esa profundización desde lo superficial a que hemos hecho alusión) tengan que volver a salir a través de puntos ahora de emergencia, para aprovechar trayectos superficiales de otros meridianos, o del suyo, y llegar más lejos (ojo, boca, ...), incluso volviendo a profundizar. Tengamos, pues, claro que cuando se habla de profundización inicial de un meridiano hacia un órgano o región, o función, concretos, no adelantamos nada de su destino final ni de su recorrido completo que, insistimos, puede dejar de ser profundo o volverlo a ser después de dejar de serlo.

El sentido terapéutico de los trayectos profundos será siempre centrípeto con respecto al tronco debido a la peculiaridad misma de la acupuntura: actuando sobre puntos superficiales de las extremidades se influye en funciones distales a los mismos como las funciones tóra-

coabdominales o cefálicas. El sentido superficial del meridiano no influye en el recorrido profundo si consideramos éste desde el mismo punto de profundización.

Por otra parte, tales recorridos profundos centripetos nos sirven para explicar y ver más claramente la acción de los puntos presentes en los miembros; sin embargo, dentro de la misma secuencia, el trayecto se tendrá que completar, en el caso de los meridianos que posean puntos a lo largo del tronco, con la frecuencia de uso aportada por éstos. Conviene señalar que el orden dentro de la secuencia depende de la topografía dada por las manifestaciones fisiológicas o patológicas de cada una de las funciones-órganos de nuestra economía.

Teniendo presente todas las puntualizaciones anteriores presentamos los recorridos profundos correspondientes a cada uno de los meridianos (lám. XCVII a CX). Con ellos tenemos unificados todos los recorridos profundos de los diversos componentes de un mismo meridiano dados tradicionalmente.

Señalaremos que no hemos presentado recorridos internos tradicionales de los meridianos maestro corazón y triple recalentador, pues éstos se refieren a una influencia sobre todas las funciones (sobre los tres fogones), cuya razón está en el hecho mismo de su origen. Sin embargo, nosotros le daremos un recorrido profundo

algo más concreto basado, como para todos, en la frecuencia de uso de sus puntos.

Igualmente, contemplamos la pobreza de los recorridos internos tradicionales de los meridianos extraordinarios Jenn Mo y Tou Mo a pesar de la riqueza de acciones terapéuticas de sus puntos. Podríamos enunciar que estos meridianos medios son extra-ordinarios tanto por su recorrido superficial (no presenta puntos en las extremidades) como por su recorrido interno. Nosotros les daremos un recorrido profundo a cada uno de ellos en relación a la frecuencia de uso de sus respectivos puntos.

Aunque su análisis correspondería al apartado del estudio del plan de emergencia-profundización es ahora el momento de aclarar el distinto punto de emergencia que se dá en los meridianos distintos vesícula biliar y estómago con respecto a sus correspondientes trayectos principales, obstáculo para una unificación.

Con relación al primer caso, no queda claro en las descripciones tradicionales si el meridiano distinto vesícula biliar emerge en el hueco supraclavicular o continúa profundo en el cuello a lo largo del contorno de la garganta, hasta el borde inferior del maxilar; idéntica suerte sigue el de su meridiano acoplado, meridiano distinto hígado.

Sin embargo, al estudiar las conexiones de los puntos del meridiano estómago se dice que el punto E 5 se encuentra unido al E 9 y de éste parte una rama al VB 21, el cual se encuentra conexionado con el punto E 12 en la descripción del trayecto principal vesícula biliar. Así, si es preciso recordar una unión rápida (equivalente al meridiano distinto y vaso Lo longitudinal) con la que explicar la acción de puntos distales correspondientes a los meridianos vesícula biliar o hígado sobre la cara o el aparato ocular, sin recordar todo el trayecto cefálico del meridiano vesícula biliar, tenemos el trayecto compuesto por los puntos VB 21 - E 12 - E 9, para desde éste continuar el meridiano estómago y alcanzar la cara, con todo lo que ello implica.

Por tanto, el meridiano vesícula biliar y su acoplado, meridiano hígado, claramente emergen por donde únicamente podrían, el hueco supraclavicular, utilizado con tal fin por los diversos componentes de dichos meridianos, y con el meridiano estómago alcanzan rápidamente la cara.

Tampoco se muestra claro si el meridiano distinto estómago y el de su acoplado, meridiano bazo, emerge en el punto E 12 o sigue el contorno de la garganta hasta que emerge cerca de la boca, en contra de lo descrito en el trayecto principal estómago que claramente transcurre

por el mencionado punto para profundizar. La descripción dada por Nguyen (1981) nos muestra la solución; al igual que el trayecto principal, el meridiano distinto estómago emerge por el E 12 continuándose con el meridiano estómago y uniéndose al punto JM 23 desde el E 9 (con el sentido de explicar la acción de puntos de este meridiano sobre la garganta). Se prolonga por su trayecto principal, alcanza la cara, llega cerca del contorno de la boca donde existe un punto que se une a la misma, E 4. Con tales uniones (E 9 - JM 23; E 4 - boca) se manifiesta la acción de los puntos del meridiano estómago sobre los mencionados órganos: garganta y boca, cuyo significado analizaremos posteriormente.

Como el meridiano bazo consigue el territorio facial por medio de su meridiano acoplado, meridiano estómago; no existe ningún problema para que el meridiano distinto bazo continúe el trayecto descrito anteriormente para el meridiano estómago.

Tanto en un caso como en otro la auténtica energía circularía por la profundidad, siguiendo los paquetes vasculonerviosos del cuello y alcanzando, así, la extremidad cefálica. Sin embargo, con las conexiones superficiales anteriores se concretizan en algo materializable una realidad no tangible.

El hecho reiteradamente señalado de la ausencia de

disección y, por lo tanto, el referirse a la función y no a una morfología concreta, hace que el concepto de algunos órganos sean utilizados con cierto simbolismo. Así, el corazón-órgano representa en la medicina tradicional el centro de los sentimientos, reflejo de los mismos, fácilmente evidenciable por la estrecha relación de los latidos cardiacos -de su actividad- con el estado anímico del sujeto. Este es el sentido de su utilización en los meridianos pulmón, estómago, bazo, vesícula biliar e hígado, pues aunque no poseen puntos específicos para la actividad cardiaca, sin embargo sí presentan puntos con la suficiente influencia corporal para actuar sobre el psiquismo de la persona o sobre su estado anímico. Se podría decir que enlazar con tal órgano es como indicar que poseen puntos con acción global sobre la persona. Idéntica cualidad se presenta en el estómago-órgano, cuya función se encuentra en gran medida influida por circunstancias y características psicológicas del individuo.

De este simbolismo también participan los órganos de la asimilación. Puntualicemos previamente que si un meridiano influye en la función digestiva-asimilación representada por el intestino delgado no es extraño que también ejerza influencia sobre el estómago-órgano, en tanto que éste está incluido en aquella función, como

hemos visto anteriormente. De ahí el introducirlo en la descripción de los meridianos corazón e intestino delgado, manifestando con ello que existen puntos de aquellos meridianos que influyen en el estado anímico de la persona y, por tanto, a través de éste en la estabilización de la función digestiva. Con tal sentido se ha incorporado también dicho órgano en la descripción del meridiano intestino grueso.

El describir el nivel digestivo asimilación-excreción en el meridiano vejiga viene obligado por la significativa acción terapéutica de sus puntos situados a lo largo del dorso sobre tales órganos (intestino grueso, intestino delgado y estómago), y por el hecho de que tal recorrido es utilizado por otro meridiano, meridiano riñón, que incluye también el aparato excretor de líquidos.

Para finalizar llamar, una vez más, la atención sobre el sistema nervioso perivascular, como vehículo del impulso nervioso creado con la puntura de las agujas. Al realizar la unificación de los trayectos profundos, debemos señalar que en las descripciones tradicionales se intuye la existencia de un sistema que relacione entre sí las distintas funciones orgánicas profundas. A la vez, dicho sistema puede ser influenciado desde la periferia, desde toda la superficie corporal

(cabeza, cuello, tronco y extremidades). Como ya hemos deducido por la acción terapéutica significativa de los puntos acupunturales, aquel sistema es el Sistema Nervioso Vegetativo y la vía de relación entre la profundidad y la superficie es el sistema vascular periférico.

↑

En definitiva, el concepto unitario de trayecto profundo tiene un enorme sentido práctico en Acupuntura para simplificar la pléyade de ideas extraordinariamente confusas y contradictorias que se vierten en sus textos.

En primer lugar, hay que tener claro que el sentido inicial de los trayectos de profundización es siempre centripeto en el sentido de centralidad cavitaria, de órgano o viscera que está incluido siempre en una cavidad. Un matiz especial se ha de aplicar a la cabeza en cuanto que los caminos de profundización hacia sus órganos pueden venir desde trayectos profundos torácicos (a través del cuello, tanto aprovechando trayectos superficiales o por caminos profundos viscerales directos) o bien directamente a través de ramas de profundización "in situ" desde los trayectos superficiales de los meridianos que tiene trayectos vecinos.

El aplicar aquí el binomio centripeto-centrífugo que se aplica a los trayectos superficiales, en razón de que la energía camina hacia los dedos o desde los dedos, no tiene aquí sentido porque la energía a partir del punto de profundización es centrípeta (en el sentido de profundización) sea cualquier el sentido que venga recorriendo superficialmente hasta llegar a ese punto.

Es importante señalar que el análisis de los recorridos profundos de los meridianos principales, vasos Lo

longitudinales y meridianos distintos, nos lleva a la conclusión de que hay que unificarlos en un único recorrido, aunque sirvan unos u otros para completarlo o enriquecerlo, lo que significa no poca claridad a la comprensión de tan complejo tema.

Las etapas del recorrido profundo tienen un sentido lógico topográfico de relación anatómica y, sobre todo, de secuencia funcional. A este fin se hace una global división de la cavidad del tronco en tres niveles, superior, medio e inferior, que por tener un sentido de calentamiento o producción de energía se les llama también fogones, y entre ellos se establece un circuito interno que va desde la asimilación o captación hasta el reparto o eliminación. En este sentido el organismo entero es un mecanismo sin fin que relaciona unas partes con otras y ello explica la repercusión patológica que el fallo de un órgano o función puede tener sobre otro (hígado - órgano / ojo) y que se recoge con interés en acupuntura. En la base de todo este circuito se encuentra el Sistema Nervioso Vegetativo, vía de actuación, a través del sistema vascular periférico, de la acción orgánica o general de la técnica acupuntural.

Volviendo, finalmente, al trayecto profundo de los meridianos, insistimos en que el destino de los trayectos profundos ha de justificar la relación funcional o

terapéutica que ciertos puntos superficiales ostentan significativamente. Para llegar a ese punto destino a veces lejano el trayecto profundo ha de enlazar órganos y cavidades, pasando de una a otra, y si fuera necesario para llegar más lejos, utilizar trayectos superficiales del meridiano principal propio u otro ajeno, no hay inconveniente en que el recorrido se superficialice o que incluso, después, vuelva a hacerse profundo. De ahí, la justificación de los puntos de profundización y emergencia en los trayectos profundos.

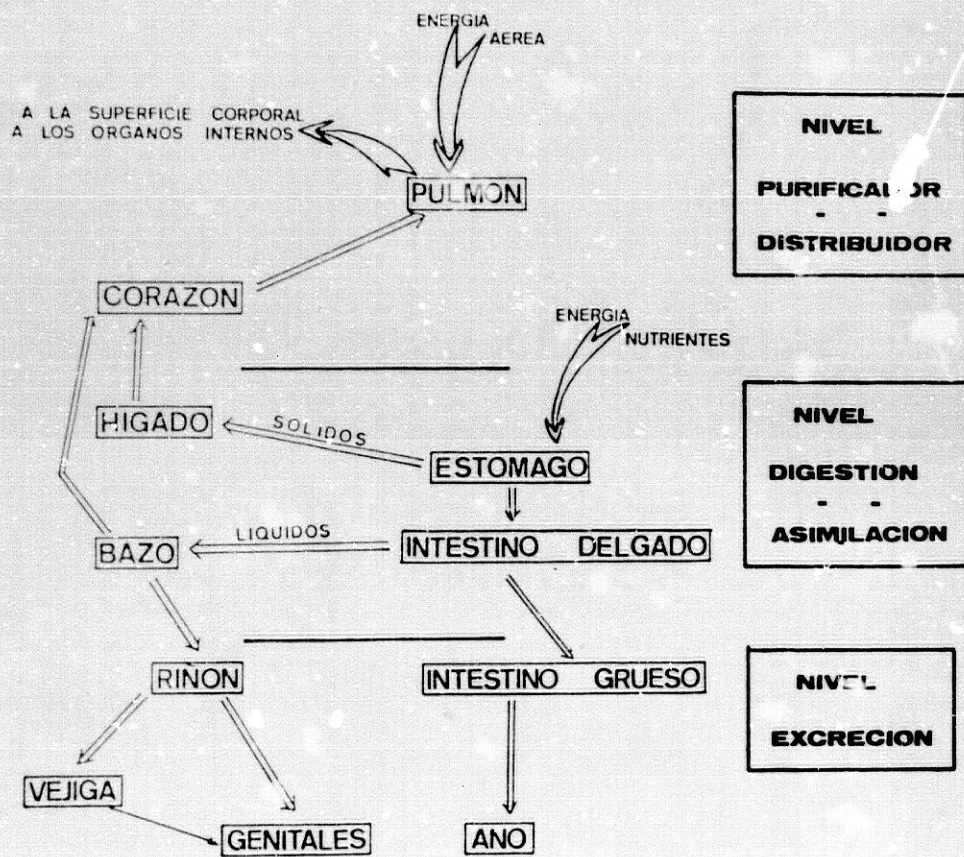
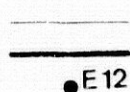


FIG. J
CIRCUITO INTERNO MEDICINA TRADICIONAL

LÁMINAS XCVII A CX.

RECORRIDO INTERNO UNIFICADO DE LOS MERIDIANOS ACUPUNTURALES.

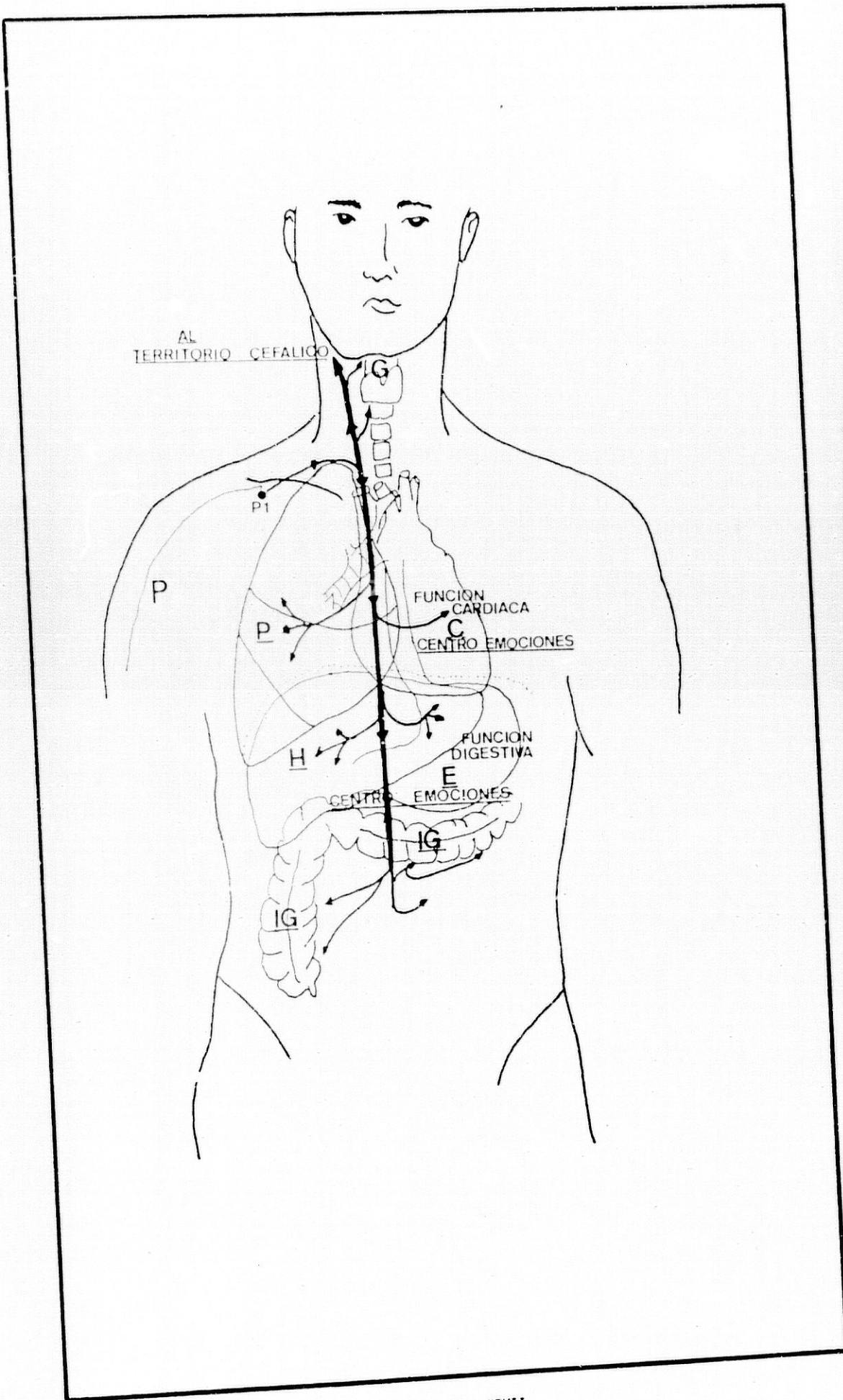
Simbolos empleados en las Láminas XCVII a CX.



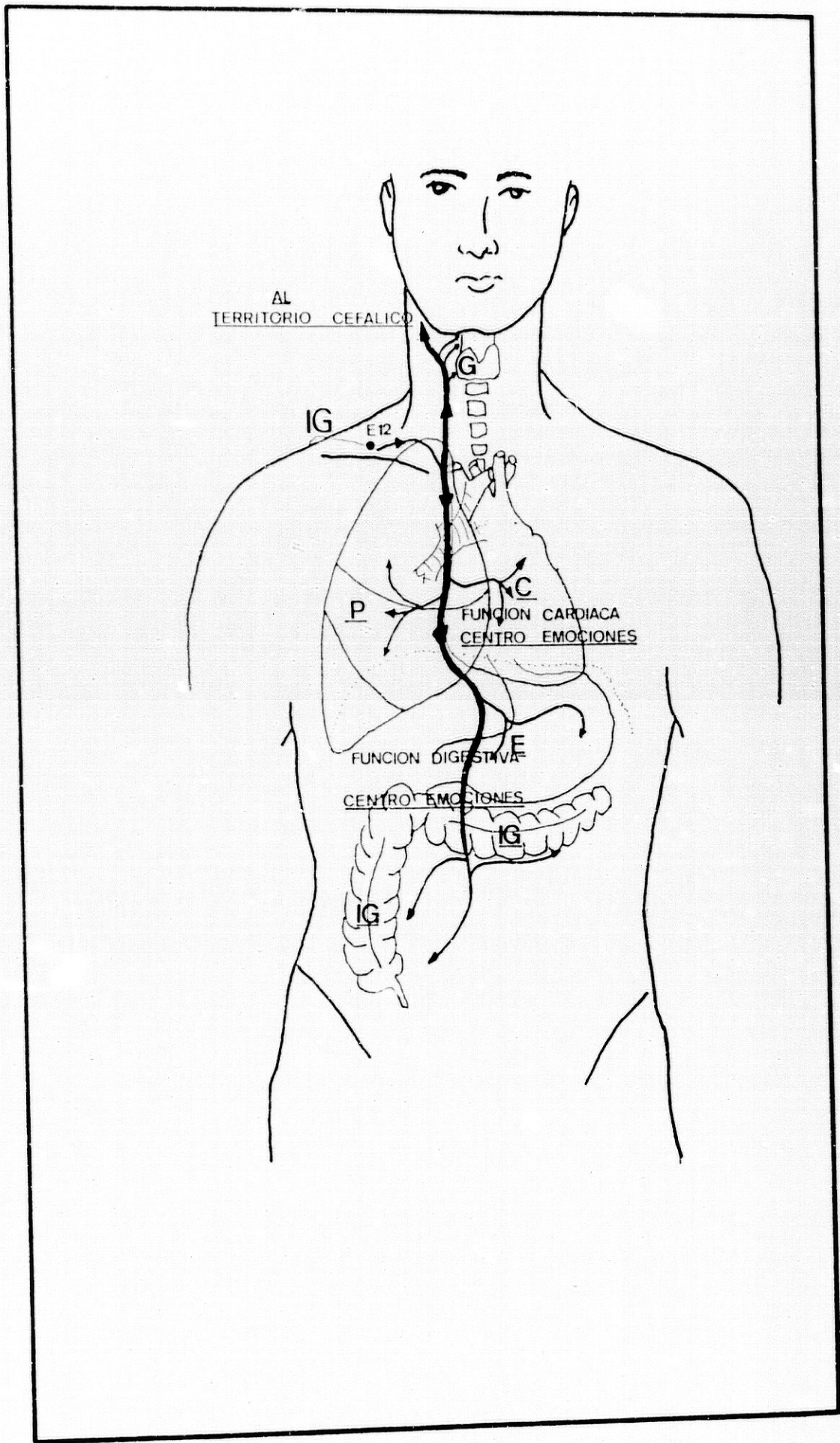
Recorrido superficial del meridiano.
Recorrido interno unificado del meridiano.
Punto de tránsito superficie-profundidad.

Abreviaturas utilizadas en las Láminas XCVII a CX.

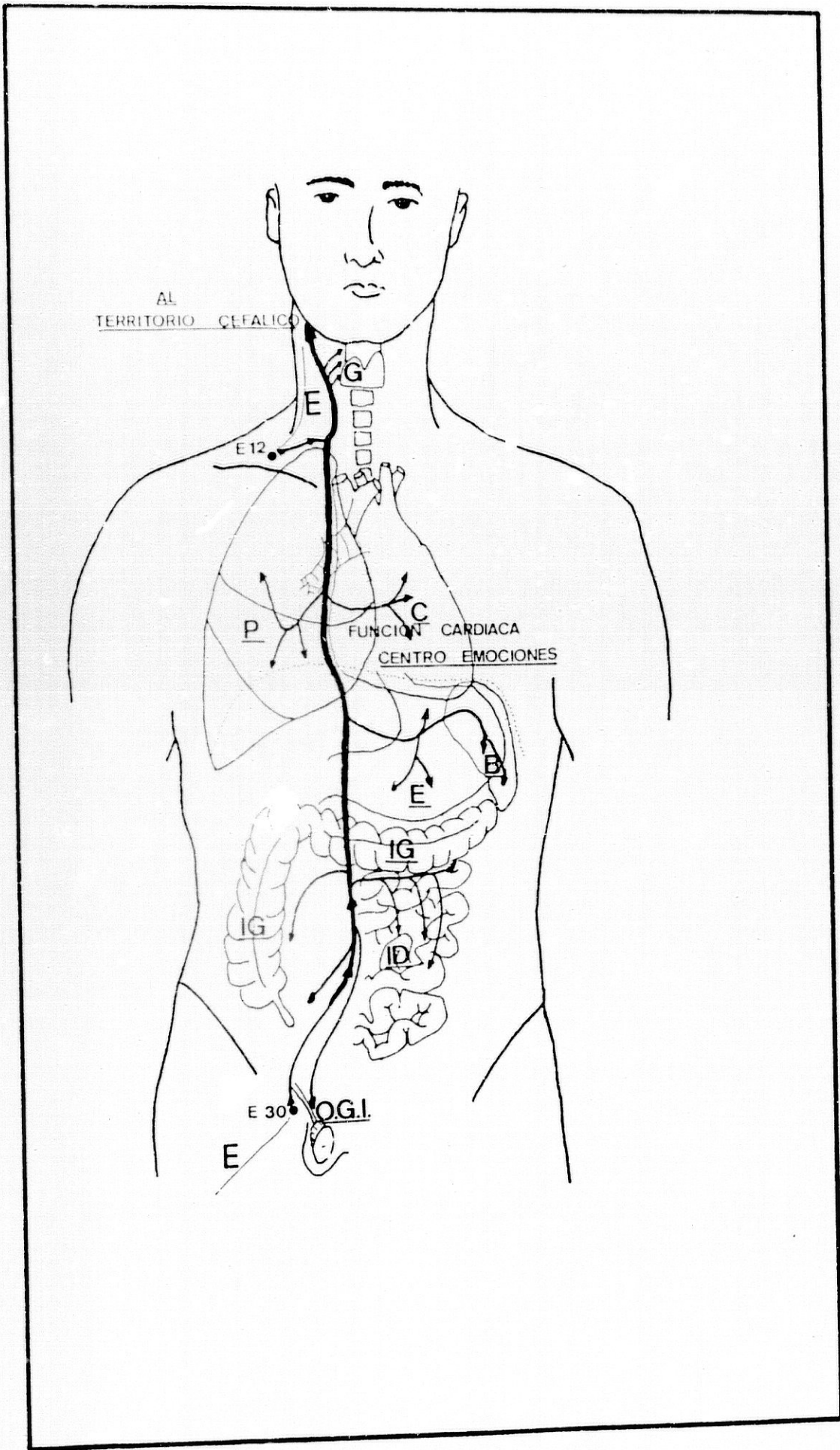
<u>P</u>	Función Pulmonar.
<u>C</u>	Función Cardiocirculatoria.
<u>E</u>	Función Gástrica.
<u>B</u>	Bazo.
<u>ID</u>	Intestino Delgado.
<u>IG</u>	Intestino Grueso.
<u>H</u>	Función Hepática.
<u>VB</u>	Vesícula Biliar.
<u>R</u>	Función Renal.
<u>V</u>	Función Vesical.
<u>O.G.I.</u>	Organos Genitales Internos.



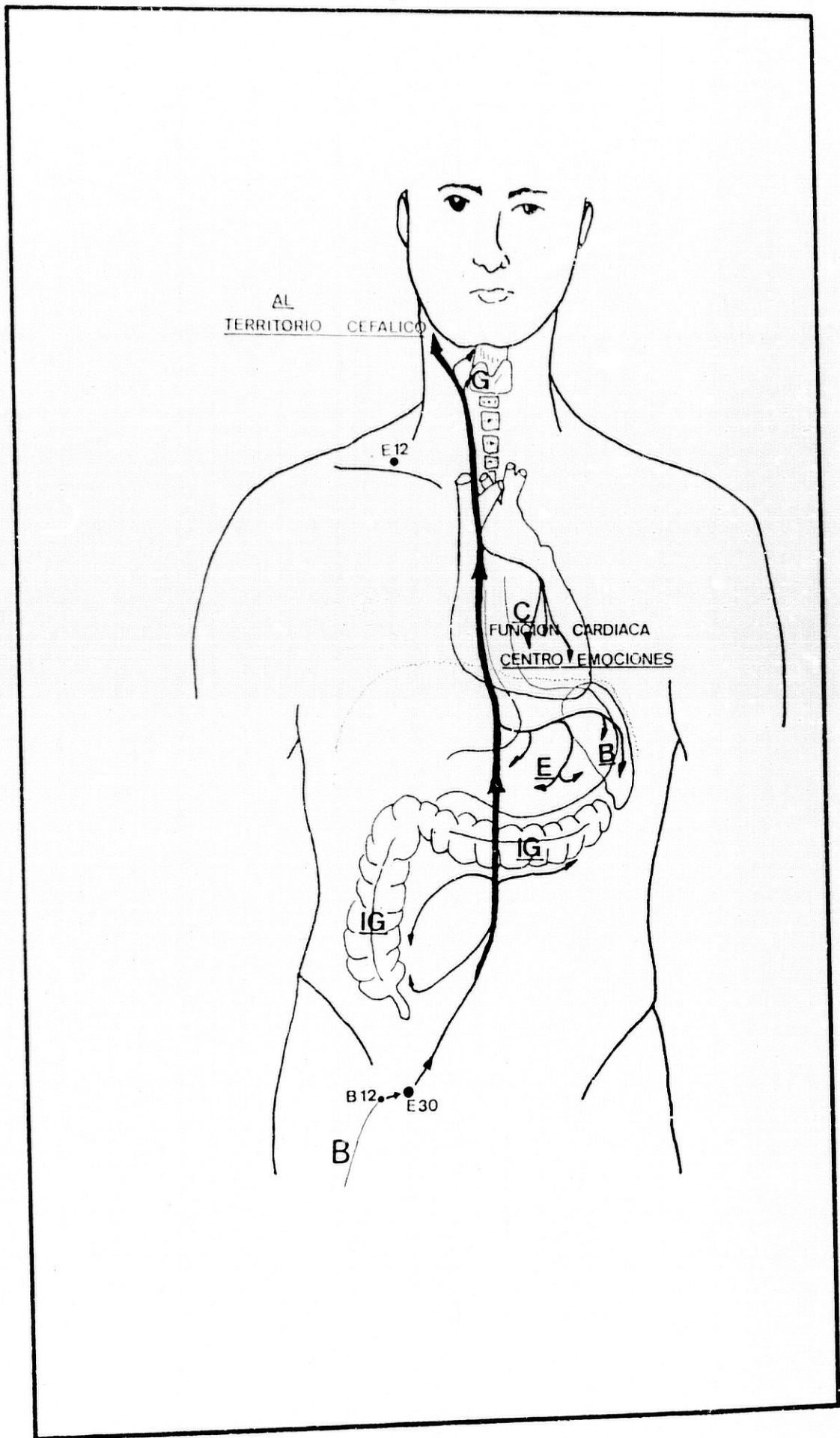
LAMINA XCVII
 Recorrido interno unificado del meridiano Pulmón.



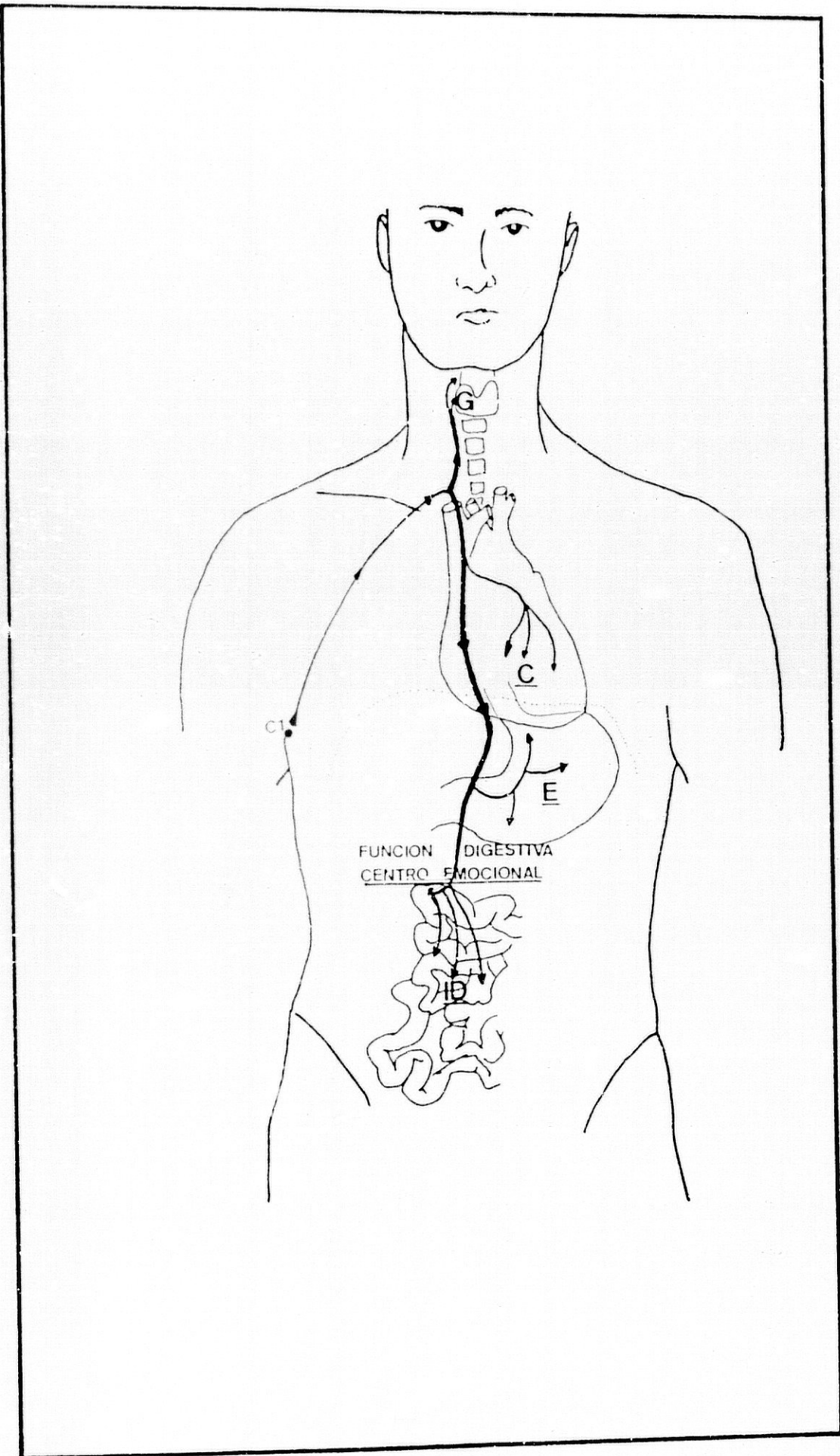
LAMINA XXVIII
 Recorrido interno unificado del meridiano Intestino Grueso.



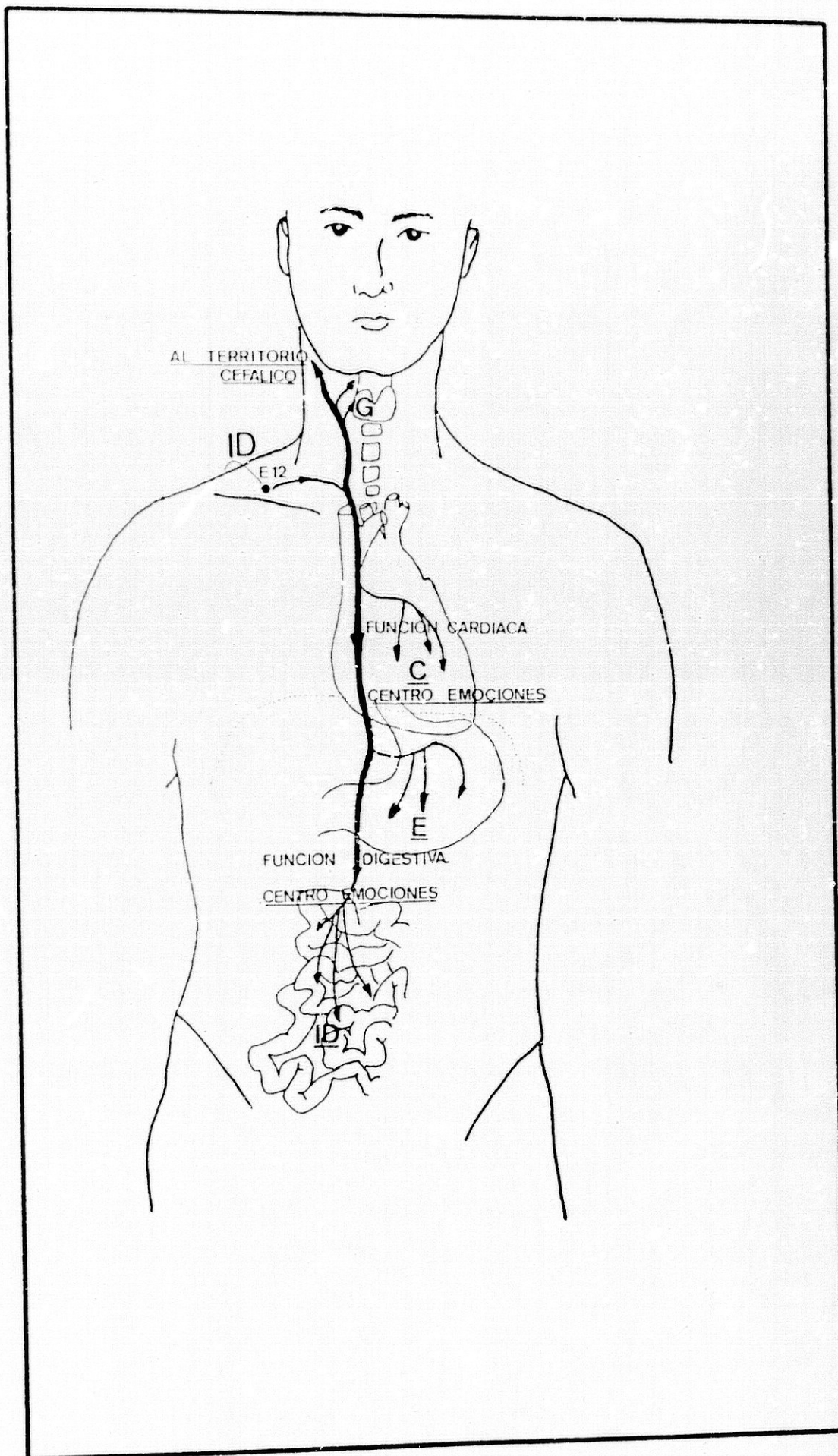
LAMINA XCIX
Recorrido interno unificado del meridiano Estómago.



LAMINA C
 Recorrido interno unificado del meridiano Bazo.

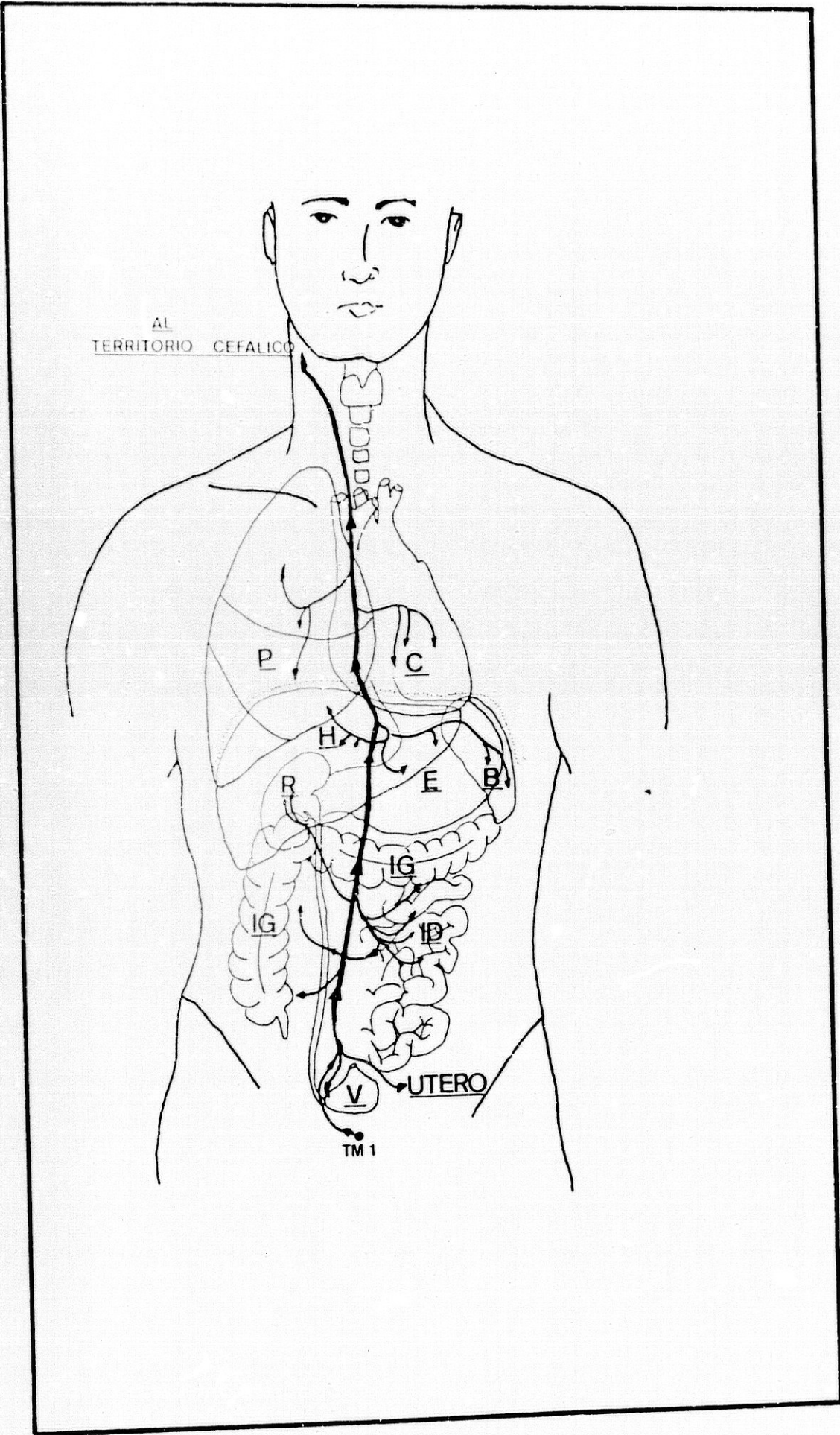


LAMINA CI
Recorrido interno unificado del meridiano Corazón.

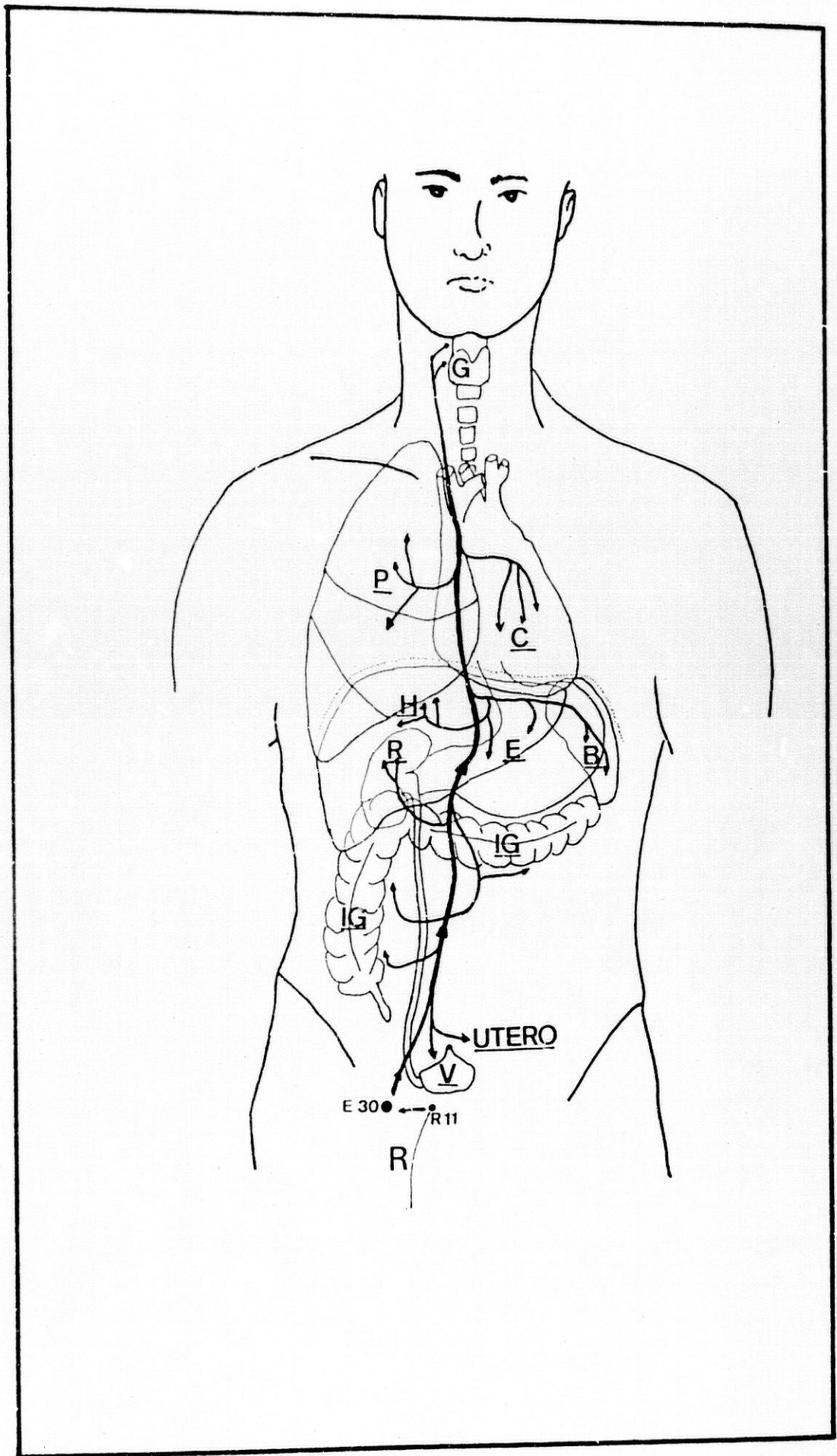


LAMINA CII

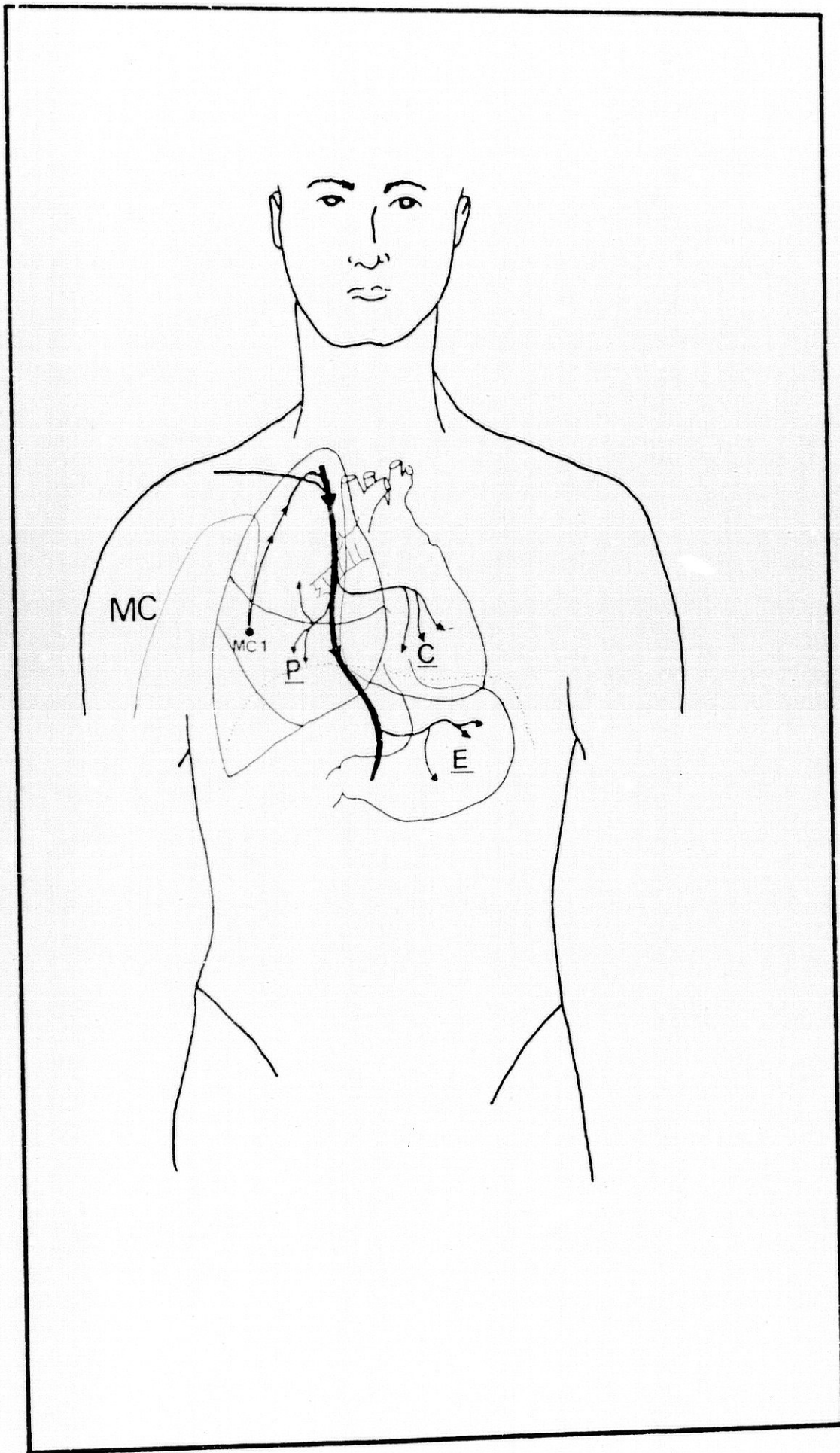
Recorrido interno unificado del meridiano Intestino Delgado.



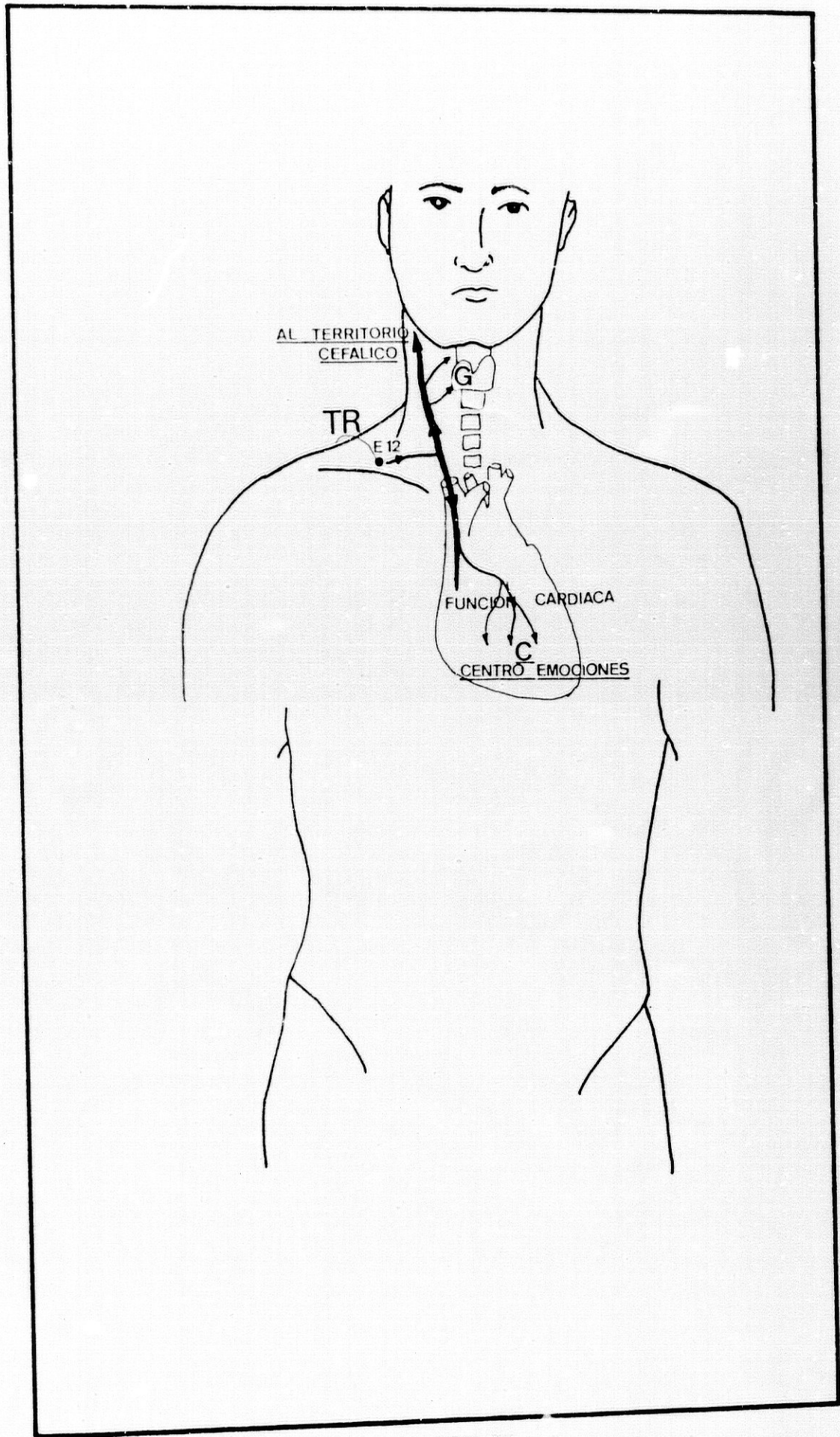
LAMINA CIII
Recorrido interno unificado del meridiano Vejiga.



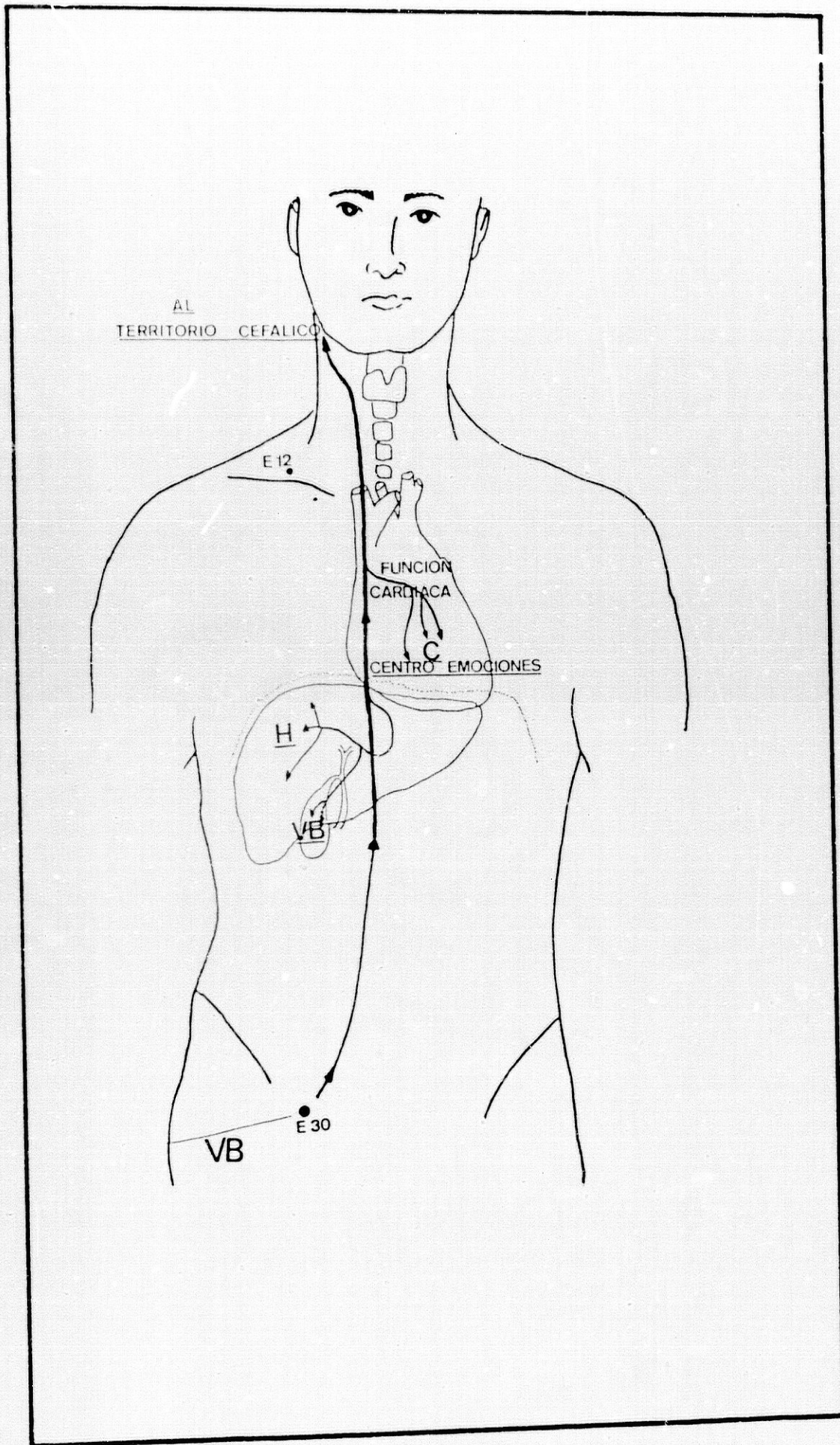
LAMINA CIV
 Recorrido interno unificado del meridiano Riñón.



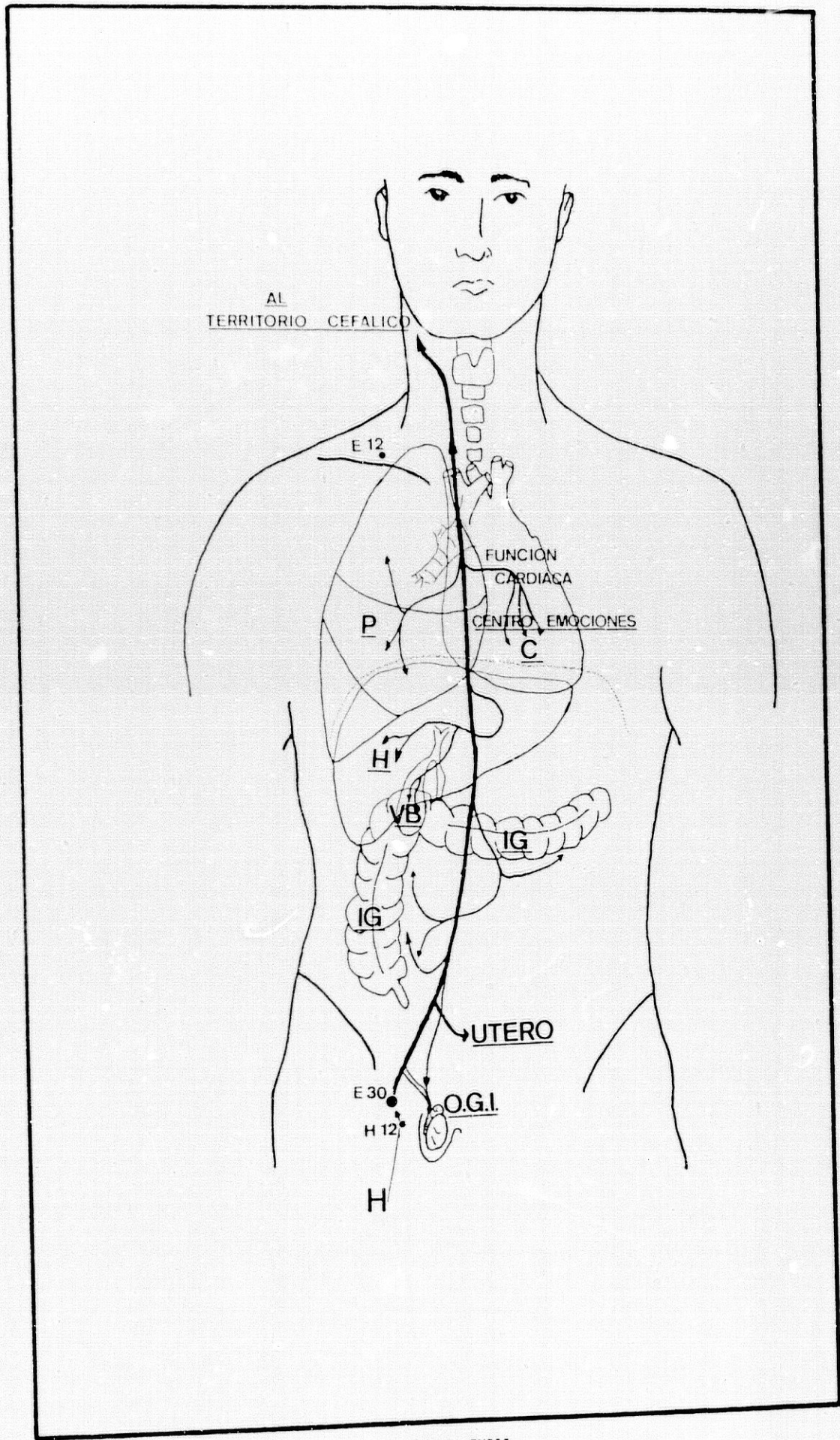
LAMINA CV
Recorrido interno unificado del meridiano Maestro Corazón.



LAMINA CVI
 Recorrido interno unificado del meridiano Triple Recalentador.

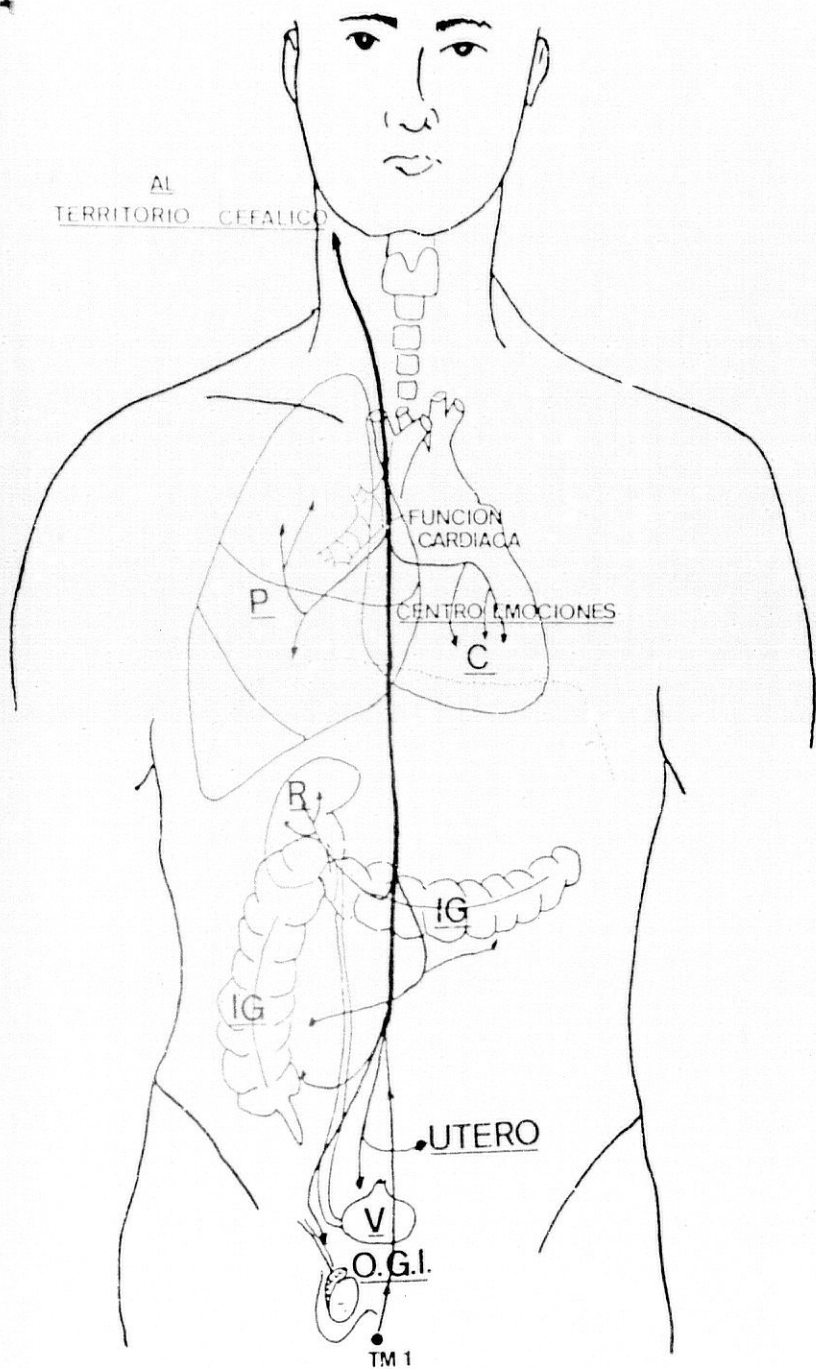


LAMINA CVII
Recorrido interno unificado del meridiano Vesicula Biliar.

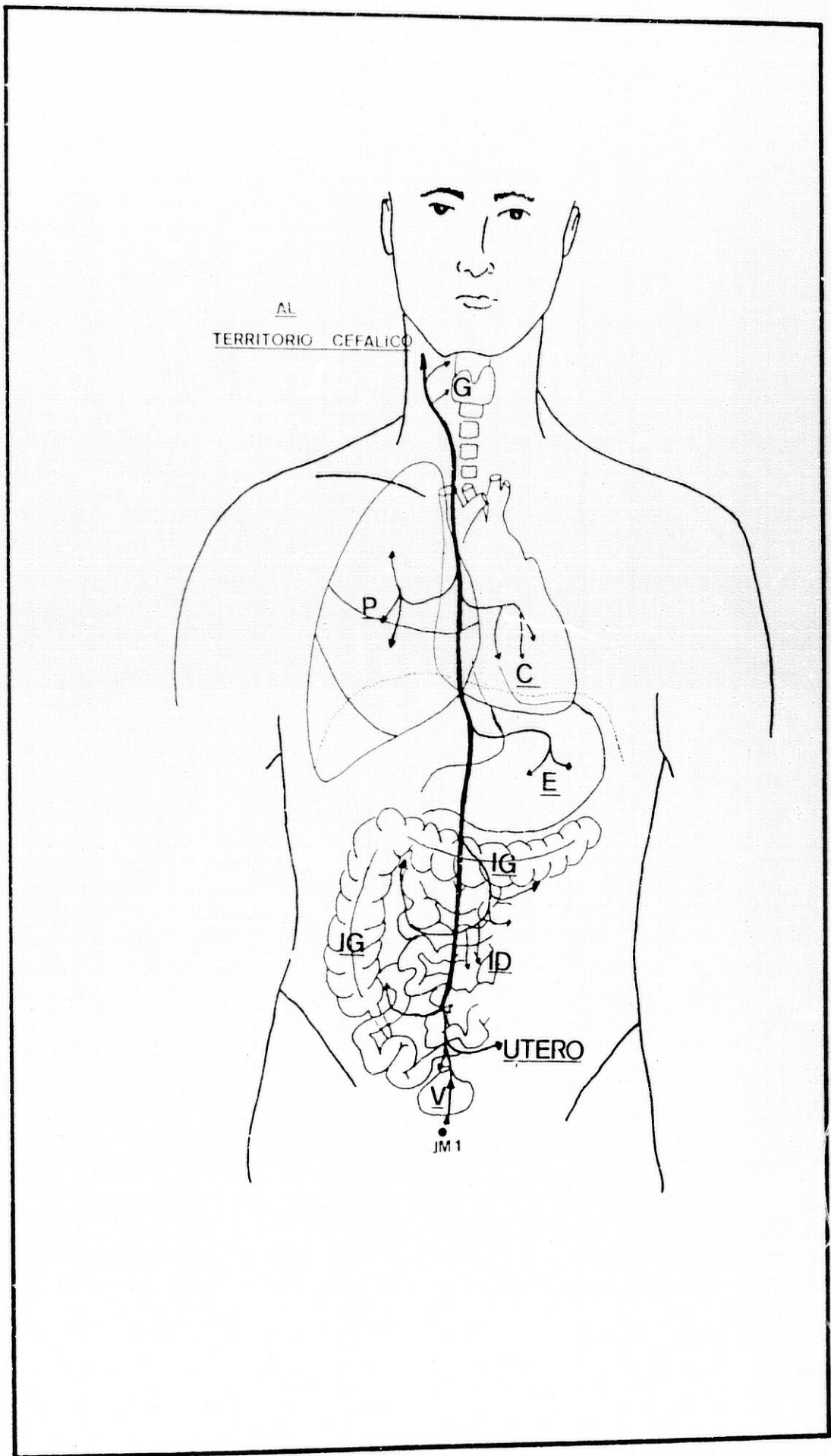


LAMINA CVIII
Recorrido interno unificado del meridiano Hgado.

AL
TERRITORIO CEFALICO



LAMINA CIX
Recorrido interno unificado del meridiano Tou Mo.



LAMINA CX
Recorrido interno unificado del meridiano Jenn Mo.

IX. DE LA SUPERFICIE A LA PROFUNDIDAD:
ZONAS Y PUNTOS DE TRÁNSITO.

1. DEL CONCEPTO DE PUNTO DE EMERGENCIA Y/O PROFUNDIZACIÓN AL CONCEPTO DE PUNTO DE TRÁNSITO.

Ahora nos interesa estudiar la forma cómo estos trayectos profundos tradicionalmente se unen a los superficiales o viceversa, y más concretamente qué zonas son las utilizadas para la profundización o unión de la superficie con la profundidad o viceversa; surge la necesidad de la existencia de puntos de profundización y emergencia. Al estudiarlos se observa, una vez más, que existen tradicionalmente un gran número de ellos, con una gran dispersión de los mismos a lo largo del cuerpo, no presentándose -en una primera aproximación- una clara relación entre ellos así como una aparente explicación de la razón de su elección. El intento de su unificación nos obliga a estudiarlos con una mayor profundidad.

Partiremos de la complejidad, ambigüedad de los distintos términos que se presentan en el sentido de puntos-zonas de profundización, de enlace con estructuras internas, para conocer globalmente el plan de emergen-

cia-profundización. Lo presentamos en un primer momento diferenciando los tres componentes de un meridiano (trayecto principal, meridiano distinto y vaso longitudinal), cada uno de ellos posee un recorrido interno individual en las descripciones tradicionales. Con ello podremos ver la existencia de posibles contradicciones, coincidencias y la posibilidad de explicar los distintos conceptos que subyacen en tal confusión, así como trataremos, si es posible, de la unificación de tales puntos-zonas de profundización o emergencia dada para los diferentes trayectos de un mismo meridiano, con lo que tendríamos un paso más para plantear un único trayecto para cada meridiano.

Con tales fines confeccionamos la tabla 18 que se adjunta, en la cual en los diferentes cuadros se señalan los puntos que se corresponden a las coordenadas que también se señalan.

La primera cuestión que se plantea al intentar unificar los distintos puntos de profundización-emergencia es el cuestionarnos el concepto de profundización y/o emergencia en un sentido estricto, toda vez que en esta dirección observamos contradicciones en la mencionada tabla.

Así, el punto E 12 se utiliza indistintamente para introducir o emerger trayectos de distintos meridianos.

Por ejemplo, profundiza por él los trayectos principales intestino grueso, triple recalentador e intestino delgado; al mismo tiempo, emergen por él el trayecto principal triple recalentador, y los meridianos distintos maestro corazón y corazón.

Pero además, en la descripción de los diferentes trayectos de los diversos componentes de un mismo meridiano, dicho punto se utiliza indistintamente como de profundización o de emergencia. Esto ocurre en los componentes del meridiano intestino grueso: de profundización para el trayecto principal y meridiano distinto; de emergencia para este último. También ocurre con los componentes del meridiano triple recalentador: de profundización para el trayecto principal, meridiano distinto y vaso Lo longitudinal, y de emergencia para el trayecto principal.

Esta discordancia en el sentido de utilización, de profundidad o emergencia, de dicho punto se mantiene para los meridianos del miembro inferior como se puede observar en los trayectos del meridiano estómago: de profundización para el trayecto principal y de emergencia para el meridiano distinto. También se contempla en los componentes del meridiano vesícula biliar: de profundización para el trayecto principal y de emergencia para el meridiano distinto.

Algo similar ocurre con otro punto, E 30 (situado en el pliegue inguinal), utilizado para profundizar los meridianos distintos estómago y bazo, mientras que emerge por el mismo los trayectos principales estómago y vesícula biliar. Pero, además, en un mismo meridiano se utiliza con diferente significado como se puede ver en el caso del trayecto principal estómago -con carácter de emergencia- y del meridiano distinto estómago -con carácter de profundización-.

De nuevo tenemos que observar que el distinto significado (de profundización o de emergencia) viene dado por el sentido que posee el trayecto superficial al que se encuentra adscrito. Todo lo anterior nos lleva a plantear y enunciar el término de "punto de tránsito" como el utilizado para conectar la superficie con la profundidad ante la necesidad de explicar la acción sobre los órganos internos de puntos acupunturales representados en la superficie corporal. A través de ellos se pasa tanto de la superficie a la profundidad como a la inversa. La zona anatómica en la que se encuentran varios puntos de tránsito la denominaremos "zona anatómica de tránsito".

2. ZONAS ANATÓMICAS DE TRÁNSITO.

Para su análisis, estudiaremos por separado los puntos utilizados por los meridianos del miembro superior y, en un segundo lugar, los utilizados por los del miembro inferior.

2.a. Zonas anatómicas de tránsito para los meridianos del miembro superior.

2.a.1. Puntos y zonas de tránsito de los meridianos yin.

Centrándonos en los puntos utilizados de tránsito (de profundización o de emergencia) para los meridianos que son trazados a lo largo de la cara ventral del miembro superior, nos asombra que exista una aparente disparidad de criterios entre los autores en cuanto al punto de profundización de los meridianos distintos pulmón, maestro corazón y corazón, de una parte, y de los vasos longitudinales maestro corazón y corazón, de otra. Unos refieren únicamente la axila para tal fin; otros, sin embargo, especifican como punto de profundización el VB 22, para los segundos. Esta confusión aumenta cuando estos puntos no coinciden con los puntos utilizados por los respectivos trayectos principales.

Observaremos que éstos últimos se presentan en la misma zona anatómica que el anterior punto, VB 22:

axila. Así, los puntos P 1 y MC 1, puntos de emergencia de los trayectos principales pulmón y maestro corazón, respectivamente, se encuentran en la pared anterior de la axila; el C 1, punto de emergencia del trayecto principal del corazón, se encuentra en el vértice axilar. Si estudiamos las características anatómicas del punto VB 22 -situado en la cara interna de la axila a nivel del 4º espacio intercostal- y su utilidad terapéutica no significativa nos planteamos, qué sentido puede añadir el presentarlo o tenerlo como punto de profundización, toda vez que tenemos que crear unas ramas que nos unan los puntos dados como iniciales de los mencionados meridianos -pulmón, corazón y maestro corazón- al citado punto VB 22, y así unirse los primeros a la profundidad.

Aquí podemos observar que se pretende cocretizar una zona o región anatómica en un punto, el cual se localiza en ella, y referirse a ésta a través de aquel. Así, se quiere significar que profundiza a través del hueco axilar, y éste se ejemplifica en el punto VB 22, situado en ella. Pero este punto no tiene sentido al tener los aludidos meridianos puntos propios en esa zona, ya utilizados para, a través de la axila, emerger sus trayectos principales. El hecho de añadir un punto más como de profundización sólo consigue confusión, tanto más cuando sabemos que no tiene sentido seguir diferenciando los

distintos trayectos superficiales descritos para un mismo meridiano, pues su distinto origen y recorrido está únicamente en ver de diferente forma el alineamiento topográfico de sus puntos terapéuticos.

De forma que al presentar el recorrido superficial de los meridianos pulmón, maestro corazón y corazón, puntos propios en axila, se puede catalogar a éstos como puntos de tránsito hacia la axila, zona de tránsito.

Como puede observarse la zona utilizada por estos meridianos, sin ningún tipo de artilugio, es del mismo significado topográfico oriental que la zona que recorre el meridiano en el miembro, zonas yin: zona anterior o interna del miembro superior y zona anterior o interna del tronco, axila.

2.a.2. Puntos y zona de tránsito de los meridianos yang.

Con respecto al resto de los meridianos del miembro superior (meridianos intestino grueso, triple recalentador e intestino delgado) se tiene que aclarar el diferente significado del punto de profundización utilizado, de una parte, por los tres trayectos principales de los meridianos citados anteriormente y los meridianos distintos intestino grueso y triple recalentador y, de otra parte, por el meridiano distinto intestino delgado. Mientras que para el primer caso, se emplea para pro-

fundizar el punto E 12 (huevo supraclavicular); en el caso del meridiano distinto intestino delgado se menciona como zona de profundización la axila. Nos tenemos que preguntar el sentido de profundizar este último componente por la axila, cuando el trayecto principal intestino delgado utiliza con tal fin el huevo supraclavicular, E 12.

Estos tres meridianos (intestino grueso, triple recalentador e intestino delgado) por transcurrir por la región externa del miembro superior, y por tanto, meridianos yang, tendrían que profundizar por una zona de idéntico sentido anatómico-topográfico, una zona yang. Este significado no lo presenta la axila (en su vértice) e, incluso no existe un significado de unión (huevo) con la profundidad en punto alguno de su pared posterior. Este sentido, sin embargo, lo presenta el cuello, y algo que se acerque en él a la profundidad es el huevo supraclavicular. Este es utilizado como zona de tránsito por los trayectos principales de los meridianos anteriormente mencionados y por los meridianos distintos intestino grueso y triple recalentador, pues no es lógico dentro de una anatomía topográfica acupuntural que ninguno de los meridianos de la parte yang del brazo penetre por el vértice o huevo axilar, zona yin, para profundizar.

Así, aunque el meridiano intestino delgado sitúe dos puntos próximos al hueco axilar, ID 9 e ID 10, y más concretamente el último punto citado (utilizado tradicionalmente para unirse a la misma), no puede utilizar aquella zona para profundizar por ella su meridiano distinto cuando, además, el trayecto principal se une a la profundidad en el hueco supraclavicular. Podría pensarse que la unión a la profundidad a partir de dichos puntos deja entrever una acción peculiar de los mencionados puntos zonales del hombro, pero el análisis de la frecuencia de uso no evidencia tal suceso.

De forma que estos tres meridianos intestino grueso, triple recalentador e intestino delgado, con un único recorrido superficial para cada uno de ellos, conectan con la profundidad por el hueco supraclavicular, como zona de tránsito; en la mencionada zona existe un único punto, E 12, que es el punto de tránsito de la misma.

Presenta la mencionada zona la misma característica anatómica que la axila, empleada por los otros meridianos del miembro superior (meridianos yin). Así, aquella primera es yang, y utilizada por los meridianos yang del miembro, mientras la última es yin, y empleada por los meridianos de tal significación. En axila, poseen puntos los meridianos que por ella transcurren, siendo éstos los puntos de tránsito de tal zona, mientras que en el

huevo supraclavicular no presentan puntos propios los meridianos que por ella transitan, siendo el punto de tránsito el único presente en tal zona, E 12. Esta última característica hace que se tenga que presentar un plan de conexiones que hagan factible la zona como de tránsito, su estudio se realizará mas detalladamente en el siguiente apartado.

2.b. Zonas anatómicas de tránsito para los meridianos del miembro inferior.

En una primera observación parece que las descripciones tradicionales de los meridianos de este miembro se apartan de la norma topográfica seguida para la profundización-emergencia de los meridianos de la extremidad superior. Así, de una parte, existe un mayor número de puntos mencionados para contactar la superficie con la profundidad o viceversa, y, de otra, este conjunto de puntos no se agrupan en unas zonas anatómicas concretas, sino que se dispersan a lo largo de la pared abdómino-torácica, presentándose los siguientes puntos: JM 3, JM 4, B 15, JM 10, JM 12, JM 13, H 13, H 14, como puntos de unión de la superficie con la profundidad o viceversa. Asimismo, existen puntos que representan en la superficie la unión de los trayectos profundos con las funciones u órganos internos, como: JM

17, JM 10, JM 5, JM 6, JM 7, JM 9 y E 25. Todo ello nos obliga a hacer un análisis metódico de los mismos.

Contemplamos que la dispersión viene determinada por dos hechos fundamentales: de una parte, el conjunto de funciones u órganos abdómino-torácicos presentan una serie de áreas reflejas sobre la pared tóracoabdominal, tanto fisiológicas como patológicas, que facilita su conocimiento; por otra parte y fundamentalmente, estos meridianos del miembro inferior tienen puntos a lo largo de aquella pared que facilita utilizar, tanto éstos como los puntos abdominales del vaso extra-ordinario tóraco-abdominal Jenn Mo, con un sentido de profundización o de reflejo de uniones profundas zonales.

Primero, en analogía al estudio de los meridianos del miembro superior, analizaremos el significado de las zonas de profundización presentes en la raíz del miembro para posteriormente plantear el significado de los puntos mencionados de profundización y reflejo a lo largo de la pared tóracoabdominal, tanto en su parte anterior como en la posterior. También estudiaremos el significado de los puntos supuestamente de profundización presentes en el cuello y en cabeza, así como si se ajustan a la norma general.

2.b.1. Puntos y zona de tránsito de los meridianos yin.

Centrándonos en la raíz del miembro inferior tendremos que estudiar las conexiones presentes en la región inguinal, observando que siendo una zona de significación yin, por la cual deberían penetrar los meridianos yin de este miembro (meridianos bazo, hígado y riñón), en un primer acercamiento, tan sólo penetra tradicionalmente por ella el meridiano distinto bazo, en tanto es utilizada por el trayecto principal estómago y por su meridiano distinto, de significación yang. Además, todos estos meridianos presentan en la citada región una serie de uniones que sólo se mencionan parcialmente en el estudio de los diferentes meridianos; el análisis en conjunto de tales conexiones parece interesante para clarificar el estudio que venimos realizando y ver si en la raíz del miembro inferior es posible distinguir dos zonas de distinta significación (yin/yang), por cada una de ellas transcurrirían los meridianos de análogo significado.

Comenzaremos por llamar la atención sobre el meridiano que profundiza por esta región sin participar del significado de la misma, meridiano estómago. Este meridiano, que merece un comentario aparte como a propósito de su recorrido superficial, se ve en la necesidad, ya estudiada, de recorrer la zona anterior del abdomen pasando de una zona yang/superficie (zona externa del

miembro inferior) a una zona yin/profundidad (zona anterior del abdomen). Por consiguiente, no discurre por zonas de análogo significado oriental por tal circunstancia, con lo cual se puede presentar como una excepción que confirma la regla. Aun más, posee un punto en la región inguinal, E 30, que lo utiliza tanto para profundizar (meridiano distinto) como para emerger (trayecto principal), sólo debido este distinto sentido a la diferente forma de describir el recorrido superficial del meridiano estómago; pero además, se simboliza, por la razón antes mencionada (paso de una zona de significación superficial a otra con significación de profundidad), el tránsito de la superficie a la profundidad, lo que hace factible su posible utilización por otros meridianos que tengan que penetrar en el interior del abdomen por la región donde se sitúa tal punto, E 30. A parte de un posible razonamiento oriental tenemos su base anatómica, el punto E 30 se sitúa a nivel del anillo inguinal superficial, por donde se extravasan las entrañas al exterior y, por tanto, a través del cual también se pueden introducir los meridianos a la profundidad, alcanzando de esta forma los órganos internos situados en ella.

Con respecto a los meridianos yin del miembro inferior, el punto E 30 es utilizado por el meridiano dis-

tinto bazo que desde su punto B 12 se une a dicho punto y a través de él profundiza en el abdomen. No se puede comprender cómo el trayecto principal con idénticos puntos pase de largo a través de la ingle sin profundizar.

En las descripciones tradicionales de los diferentes componentes de este meridiano se menciona varias uniones o zonas de profundización que no coinciden. Así, dentro del trayecto principal se describe como punto de profundización el JM 10; dentro del meridiano distinto, el E 30; y dentro del vaso Lo longitudinal, el B 15. Adelantando acontecimientos, tendremos que observar las láminas LVII y LVIII, y contemplar que los puntos JM 10 y B 15 se sitúan sobre unas áreas abdominales reflejo, respectivamente, de las funciones-órganos en las cuales profundiza más directamente: estómago-intestino delgado (función digestiva-asimilación) en el caso del JM 10, e intestino grueso (función digestiva-evacuadora) en el caso del B 15. Por ello presentamos estos puntos, junto a los demás puntos presentes en las paredes del tronco, como zonas que reflejan en la superficie la profundidad con la cual conectan, pero no teniendo el significado de verdaderas zonas anatómicas de profundización. Por estas razones podemos enunciar que el meridiano bazo tiene su zona de tránsito en la ingle, y su punto de tránsito en

el E 30, al unirse con éste por el B 12.

Más peculiar resulta el análisis del meridiano hígado que en ninguno de sus recorridos da como punto de profundización al E 30 ni siquiera presenta conexiones con dicho punto. Sin embargo, si estudiamos las uniones que se describen en su trayecto principal veremos que el punto H 12 (presente en el pliegue inguinal) dirige una conexión al B 12, el cual se encuentra unido al E 30, conexión que no se menciona en tal descripción; por otra parte, sí se menciona en la descripción del trayecto principal la unión del punto B 13 con los puntos JM 3 y JM 4, para desde este último dirigirse al H 13 para profundizar, pero estas uniones corresponden a las que analizaremos como zonas reflejas abdominales.

Así, recordando la unión del punto H 12 con el B 12 y de éste con el E 30, resultaría posible proponer este último punto como punto de tránsito del meridiano hígado, a través de la ingle, al interior de la cavidad abdominotorácica. Con este recorrido daríamos sentido a la descripción del vaso Lo longitudinal hígado en donde se menciona "rodea los genitales externos y penetra en los internos".

Observamos, pues, que en las descripciones tradicionales no existe ningún impedimento, mas bien afirmación, para considerar la ingle como zona de tránsito del

meridiano hígado. La conexión H 12 - B 12, no añade ningún sentido terapéutico ni energético a la descripción del meridiano hígado; sólo nos permite recordar que ambos puntos se sitúan en la región inguinal y el recorrido topográfico que debe hacer el meridiano bazo para profundizar. Por tanto, concluimos que del punto H 12 deriva una rama hacia el punto E 30, para con ello significar, más directamente, el tránsito del meridiano de hígado a la profundidad.

Más complicado resulta el análisis del meridiano riñón, pues en éste se menciona como zona de profundización el ano, tanto para su trayecto principal como para su meridiano distinto. Sin embargo, nos llama la atención que el trayecto principal se conecte con los puntos JM 3 y JM 4, situados en el hipogastrio, y éstos últimos, dentro de la misma descripción, estén unidos por el recorrido interno con la vejiga-órgano. Con lo cual podemos pensar que por la pared anterior del abdomen se puede penetrar en la vejiga-órgano y así alcanzar el riñón-órgano. Entonces ¿por qué penetrar por el ano, situado en una zona yang, y por consiguiente, en contra de como profundizan todos los meridianos hasta ahora analizados?

Podemos pensar que el ano es una zona añadida al trayecto principal posteriormente, prestada por la des-

cripción de su meridiano distinto. Si observamos, de nuevo, la descripción de éste último vemos que no es más que la repetición del trayecto dado para el meridiano distinto vejiga. Así, el punto R 10, punto Ho del meridiano riñón (de inicio de su trayecto distinto), se une al V 54, punto Ho del meridiano vejiga (de inicio de su meridiano distinto), y continúa así el meridiano distinto vejiga. Es fácil pensar que al ser más accesible el aparato renal por una zona posterior, ésta se asociará con posterioridad al trayecto principal y, por tanto, al trayecto completo del meridiano.

Toda vez que puntos situados en la región inguinal, R 11 y R 12, se presentan unidos a los puntos JM 3 y JM 4, y éstos a los B 13 y B 12, no es difícil comprender que el punto R 11 se encuentre unido al E 30. Si pensamos que en el trayecto principal de vejiga se describe la unión "de vejiga-órgano al riñón-órgano", podremos penetrar el meridiano riñón por el E 30, para en la profundidad unirlo a la vejiga-órgano y desde ésta ascenderlo al riñón-órgano, como podemos pensar que primitivamente se haría por analogía de significados.

En resumen, los meridianos de la parte interna, meridianos riñón, hígado y bazo, en analogía a los del miembro superior se unen a lo interno en una zona de la misma significación anatómica que sus recorridos. Esta

es la raíz anterior del miembro, en ella está el hueco o posible entrada a lo interno, representado por el hueco inguinal. Es la región anatómica de tránsito de los meridianos internos del miembro inferior, así como del meridiano que se ve forzado a pasar a la región anterior del abdomen, meridiano estómago.

Con el más puro sentido didáctico los cuatro puntos presentes en la región inguinal (B 12, R 11, H 12 y E 30) se pueden concretizar en el E 30, pues pertenece al único meridiano que une regiones con distinto significado topográfico, meridiano estómago, que desde una zona yang del miembro inferior pasa a una zona yin como es la pared anterior tóracoabdominal, y posteriormente a otra yang, la extremidad cefálica. Por lo tanto, es lícito utilizar dicho meridiano como vía de tránsito de dos regiones de distinto significado, yang/yin, como es la superficie/profundidad, por extensión o reflejo de la realidad. Por ello se utiliza el punto E 30 entre los demás puntos de la ingle como punto de tránsito, así como el E 12 (en el hueco supraclavicular) aunque éste es el único punto existente en la fosa supraclavicular.

2.b.2. Puntos y zona de tránsito de los meridianos yang.

Nos quedan por analizar dos meridianos del miembro inferior, el que recorre su parte posterior, meridiano

vejiga, y el que transcurre por su parte lateral, meridiano vesícula biliar; ambos meridianos de significado yang.

En uno de ellos, meridiano vejiga, el comentario es fácil y lógico; puntos situados en la parte posterior del miembro, por tanto, yang, se introduzca por una región análoga como es la parte posterior de la raíz del miembro. Aprovecha, además, un acceso natural que se presenta en ella, el ano. Esta zona se concreta en un punto que se sitúa en su borde posterior, TM 1.

Un análisis más complejo y singular necesita el meridiano vesícula biliar y sus puntos de profundización. Este meridiano presenta puntos en toda la porción lateral del cuerpo: miembro inferior, tronco, cuello y extremidad cefálica. Así mismo, sus puntos distales no presentan una frecuencia significativa de utilización terapéutica en procesos o funciones abdominales, a excepción del punto VB 34 (para procesos de la vesícula biliar). Igual peculiaridad presenta el conjunto de puntos situados en el abdomen y en el tórax.

Por su significación topográfica debería penetrar por el ano, no utilizado ni por su trayecto principal, que penetra por el pliegue inguinal, ni por su meridiano distinto, que se introduce por el punto H 13. El meridiano vesícula biliar necesita un comentario similar al

realizado en el meridiano riñón, pero al contrario que éste, en el meridiano vesícula biliar se nombra una conexión con el ano, aunque sin darle ningún sentido ni recorrido interno o conexión con la profundidad.

Como ya hemos apuntado, el trayecto del vaso Lo longitudinal vesícula biliar, nos une al punto VB 37 con el punto H 5, punto de origen del meridiano distinto hígado, que nos llevará con el mencionado meridiano al punto JM 2 para desde allí dirigirse al H 13, por donde penetraría en la vesícula biliar-órgano. Aunque el meridiano distinto vesícula biliar alcanza de diferente forma el punto abdominal JM 2, a partir de éste el recorrido es el mismo que para el vaso anterior. Observamos que el recorrido del meridiano distinto y del vaso Lo longitudinal vesícula biliar son iguales entre sí e idénticos al trayecto del meridiano hígado. Así, una vez más, un meridiano presta un recorrido o punto de profundización a otro meridiano por las manifestaciones clínicas sobre las que actúan peculiarmente los puntos del último meridiano, por ello conecta el meridiano vesícula biliar con el meridiano hígado recorriendo, de esta forma, la pared anterior del abdomen desde un punto de profundización anterior, en lugar de penetrar por el ano. El hecho de que éste sea unido al trayecto principal vesícula biliar nos da pie a plantearlo como primi-

tiva zona anatómica de tránsito, la cual está más de acorde con el significado topográfico de la zona que recorre el meridiano en el miembro.

Así, podemos resumir en dos las zonas anatómicas de tránsito para los meridianos del miembro inferior, presentes ambas en la raíz del mismo: el ano, para los meridianos yang, a excepción del meridiano estómago; y el pliegue inguinal para los meridianos yin y para el mencionado meridiano estómago, meridiano yang.

3. ZONAS ANATÓMICAS DE TRÁNSITO EN EL CUELLO.

3.a. Para los meridianos yang.

Los meridianos yang del presentan puntos a lo largo del cuello y extremidad cefálica. Dentro de la idea de un círculo sin fin, sería ilógico dejar aislado el recorrido interno dado para aquellos, cuando, además poseen puntos en el cuello y en la extremidad cefálica. Además, en los meridianos yang del miembro inferior, al describir el conjunto de puntos en distinto sentido se obliga a unir los puntos superiores (de la extremidad cefálica y del cuello) al recorrido profundo. Se trata ahora de enlazar este recorrido interno tóraco-abdominal a aquellos puntos superiores cefálicos, a través de la

zona que une el tronco con la cabeza, el cuello.

Para ello utilizaremos la zona de tránsito empleada en los meridianos yang del miembro superior, el hueso supraclavicular, con su punto representativo E 12, que será empleado, por lo tanto, también por los meridianos yang del miembro inferior, meridianos estómago y vesícula biliar, para alcanzar la cabeza desde la profundidad.

Ya ha sido comentado y analizado el aparente diferente punto de tránsito en el cuello, entre el trayecto principal y meridiano distinto estómago así como entre el trayecto principal y meridiano distinto vesícula biliar, que no es menester repetir aquí; sólo mencionar que los tres recorridos dados para el meridiano estómago como los dados para el meridiano vesícula biliar emergen-profundizan por el hueso supraclavicular, E 12.

Vemos que el único punto del meridiano vejiga situado en el cuello, V 10, se encuentra muy distante de la zona dada como de tránsito, así mismo el trayecto del meridiano sigue alejado de aquélla a lo largo del cuello. Como este punto se encuentra en el cuello y presenta el mismo sentido que el hueso supraclavicular (un hueso que nos acerca a la profundidad, situado en el cuello, zona yang) se dá como punto de tránsito para este meridiano eminentemente posterior.

Para los meridianos yang de arriba, estas ramas eferentes de la profundidad tendrían su origen en el punto E 12 y su término en el correspondiente punto cervical más próximo al hueco supraclavicular. Así, el meridiano intestino grueso la recibirá en su punto IG 17; el meridiano triple recalentador, en el TR 16; y por último, el meridiano intestino delgado, en el ID 16.

3.b. Para los meridianos yin del cuerpo.

Continuando con la idea de "cículo sin fin" y con objeto de explicar la acción de puntos presentes en los meridianos yin, sobre un territorio prohibido para ellos como es la extremidad cefálica; tienen que unirse dichos meridianos con los recorridos de sus respectivos meridianos yang acoplados, que sí asciende a la misma. Los puntos de tránsito de los meridianos yang en el cuello, E 12 y V 10, son utilizados por los meridianos yin que presentan acción sobre las funciones viscerales o regiones de la extremidad cefálica (auditiva-vestibular, ocular, y sobre las algias cefálicas, entre otras), para posteriormente dirigirse al trayecto de su correspondiente meridiano yang acoplado en el miembro.

Así, los meridianos yin del miembro superior emergen por el hueco supraclavicular (representado por su único punto E 12) y se unen a sus respectivos meridianos yang

acoplados en sus puntos más cercanos: el meridiano pulmón al punto IG 17; el meridiano maestro corazón al punto TR 16; y el meridiano corazón al punto ID 16.

Podremos ver que el punto del meridiano intestino grueso al que se une el meridiano distinto pulmón no es el dado IG 17, sino el punto IG 18 (éste es mencionado únicamente por Nguyen, 1981). Al estudiar la descripción tradicional del trayecto principal intestino grueso, el único punto unido al E 12 es el punto IG 17. Como la unión del meridiano pulmón con el meridiano intestino grueso sólo sirve para mostrar el enlace de un meridiano yin (de imposible acceso a la cabeza) a su meridiano yang acoplado para así alcanzar la misma, parece contraproducente tener varias uniones para distintos vasos, sin especial significación, sólo para ascender a la extremidad cefálica. Como, además, en el trayecto principal intestino grueso, al que se va a unir el meridiano intestino grueso, se encuentra el punto de emergencia de la profundidad (E 12) unido al punto IG 17, esto nos hace tomar a éste como punto de enlace entre los meridianos acoplados pulmón e intestino grueso en el cuello. Idéntico razonamiento seguimos para dar los otros puntos como de enlace.

Los meridianos yin, bazo e hígado, emergen igualmente por el hueco supraclavicular con sus respectivos

meridianos acoplados estómago y vesícula biliar.

El restante meridiano yin inferior, meridiano riñón, une tradicionalmente su recorrido profundo con el territorio cefálico por medio del punto V 10 (situado en el cuello), y lo recorre a través de su meridiano acoplado vejiga; todo ello obligado por la norma general de tener que alcanzar los meridianos yin dicho territorio por medio de sus meridianos acoplados yang. Sin embargo, en las mismas descripciones tradicionales, el citado recorrido profundo, antes de unirse al mencionado punto, recorre la garganta, o lo que es lo mismo, el meridiano riñón emerge de la profundidad para alcanzar la cabeza en la base del cuello y lo recorre en busca del punto V 10.

Por consiguiente, a este imaginario trayecto del meridiano riñón se le hace transcurrir por el hueco supraclavicular (única vía de salida del tórax) para alcanzar la cabeza. Al igual que los meridianos hígado y vesícula biliar, este meridiano podría alcanzar más rápidamente la extremidad cefálica por medio del recorrido superficial del meridiano estómago.

ZONAS ANATÓMICAS DE TRÁNSITO PARA LOS MERIDIANOS EXTRA-ORDINARIOS TOU MO Y JENN MO.

El recorrido superficial de ambos meridianos extraordinarios se inicia en el ano. Dicho orificio natural, ya empleado para transitar de la superficie a la profundidad abdominal, es utilizado por estos meridianos con el mismo fin. Los puntos TM 1 (borde posterior del ano) y JM 1 (borde anterior del ano) son los puntos de tránsito de los meridianos Tou Mo y Jenn Mo, respectivamente.

No parece lógico que presentando aquellos meridianos distinto significado (meridiano Tou Mo/yang, meridiano Jenn Mo/yin) tengan un mismo punto de tránsito, como se menciona en las descripciones tradicionales. Cuando, además, cada uno de ellos tienen un punto propio en la porción correspondiente del ano: el meridiano Tou Mo, en el borde posterior ano/yang, y el meridiano Jenn Mo, en el borde anterior ano/yin. Aunque el punto TM 1 no es empleado como punto de tránsito por el propio meridiano Tou Mo, si es utilizado con tal sentido en los meridianos vejiga y riñón. Por tanto, se puede describir los puntos iniciales de estos meridianos extra-ordinarios como sus correspondientes puntos de tránsito a la cavidad abdominal.

Un criterio anatómico es el empleado para escoger

los restantes puntos de tránsito, mencionados en las descripciones tradicionales de los meridianos Tou Mo y Jenn Mo. Así, para penetrar una rama del meridiano Tou Mo a través de la pared abdominal, se utiliza una simbólica comunicación anatómica con el interior, el ombligo, JM 8. Señalar que dicho punto no es utilizado para alcanzar el interior cuando se describe el meridiano Jenn Mo. Este punto debe considerarse con el resto de puntos abdominales unidos al interior, áreas reflejas acupunturales.

Con el meridiano Tou Mo se emplea, una vez más, el punto V 10 (situado por debajo del occipital) como punto de tránsito. Dicho punto se encuentra en una zona donde cambia de consistencia la superficie corporal. En esta zona parece que la superficie ósea dibuja un camino para desde aquélla alcanzar la profundidad, o viceversa. Por extensión, en el meridiano Jenn Mo se utiliza el punto JM 15 (situado en el vértice de la apófisis xifoides) como punto de tránsito a la cavidad abdominal.

5. VISION GLOBAL DE LOS PUNTOS Y ZONAS DE TRÁNSITO.

En las descripciones tradicionales, las zonas o puntos utilizados como enlace de la superficie con la profundidad, o viceversa, son empleadas con diferentes significados. Unas veces se consideran zonas de penetración; en otras ocasiones, esas mismas zonas se definen como zonas de emergencia. Por ello, su estudio resultará más significativo si la analizamos como simples zonas de tránsito de la superficie a la profundidad.

Así, el tránsito, que se realiza en las descripciones tradicionales, de la superficie de los miembros a la profundidad del tronco, o de ésta a la superficie cefálica, transcurre por las únicas zonas anatómicas posibles. Estas son definidas por una pura y simple contemplación corporal.

Si, inicialmente, observamos el tórax y el abdomen como una unidad, en donde tenemos que penetrar o de donde tenemos que emerger, y la cabeza y los miembros como apéndices o extremidades surgidas de los primeros. Nos será fácil definir como zonas anatómicas de tránsito la raíz de estos apéndices, como son: axila, hueco supraclavicular, hueco inguinal y ano. Su asignación a los distintos meridianos se realiza en función al recorrido superficial de cada uno de ellos en los miembros. Los puntos situados en dichas zonas son los que se

utilizan como puntos anatómicos de tránsito

Por la axila, por su pared anterior y por su vértice, transcurren los meridianos yin del miembro superior. Estos meridianos se enraizan en el tronco por sus puntos propios, pues todos ellos presentan puntos en la mencionada zona y éstos son definidos energéticamente como puntos iniciales, en la descripción de los respectivos meridianos. Así, en esta zona anatómica de tránsito, axila, tenemos como puntos de tránsito: MC 1, para el meridiano maestro corazón; P 1, para el meridiano pulmón; y C 1, para el meridiano corazón.

Los meridianos yang del miembro superior se ven obligados a transitar por el hueco supraclavicular, al no presentar la pared posterior de la axila oquedad que guíe a la profundidad, y no poder penetrar por el próximo vértice axilar (de significación yin). En la mencionada zona de tránsito sólo existe el punto E 12, que es utilizado como punto de tránsito. Por ello, los meridianos señalados (meridianos intestino grueso, triple recalentador e intestino delgado) al pasar por su proximidad tienen que conectar con la citada zona de tránsito, como describiremos en el apartado siguiente.

Con el objeto de crear un "círculo sin fin", en la descripción de los diferentes meridianos (tanto del miembro superior como del miembro inferior), los

diferentes trayectos profundos tienen que emerger por el hueco supraclavicular para dirigirse, posteriormente, hacia el territorio cefálico. Como los meridianos yin tienen prohibido el acceso a tal territorio, estos meridianos realizan el anterior recorrido por medio de los trayectos superficiales de sus meridianos acoplados yang. Una vez más, se precisa la definición de una serie de conexiones, que partiendo del punto E 12 (hueco supraclavicular) nos lleven a los respectivos recorridos cefálicos de los meridianos yang.

El meridiano vejiga utiliza su punto V 10, como punto de tránsito, al transcurrir su recorrido cervical muy distanciado del hueco supraclavicular.

Por el hueco inguinal transitan los meridianos yin del miembro inferior (meridianos bazo, hígado y riñón) y con ellos el meridiano estómago, meridiano yang. Entre todos los puntos presentes en esta zona, se utiliza como punto de tránsito el E 30, por el simbolismo topográfico existente en el recorrido superficial del meridiano estómago (de una zona yang/superficie pasa a una zona yin/profundidad), así como por los hechos clínicos que conllevan su sustrato anatómico, anillo inguinal superficial.

Por último, en la raíz del miembro inferior existe un orificio natural de acceso al interior, el ano. Este,

con un sentido anatómico tradicional, es utilizado para llevar a la profundidad los restantes meridianos yang del miembro inferior, meridianos vejiga y vesícula biliar. Igualmente, esta zona es empleada con el mismo fin por los meridianos extra-ordinarios Tou Mo y Jenn Mo, que tienen puntos propios en el borde posterior y en el anterior, respectivamente: TM 1 y JM 1. El primer punto es empleado por los meridianos yang del miembro inferior, citados anteriormente, para transitar a la profundidad.

En las descripciones tradicionales, se menciona, también, cómo el meridiano vesícula biliar transcurre por el pliegue inguinal, y el meridiano riñón penetra por el ano. Estos recorridos se describen en relación a la topografía de las manifestaciones reflejas de los respectivos órganos.

Así, al proyectarse el órgano riñón sobre la pared posterior del tronco; el meridiano riñón para alcanzarlo tendrá que transcurrir por una zona anatómica de tránsito posterior, el ano. De igual forma, al exteriorizarse la vesícula biliar-órgano sobre la pared abdominal; el meridiano vesícula biliar para conseguirla tendrá que penetrar por una zona de tránsito anterior, el pliegue inguinal.

En las descripciones de los meridianos extra-ordi-

narios Tou Mo y Jenn Mo, se mencionan dos nuevos puntos de tránsito, JM 15 y JM 8. Estos puntos se encuentran situados en la pared abdominal y presentan características anatómicas comunes con puntos citados anteriormente. De una parte, la elección del punto JM 15 se realiza a semejanza de la utilización del punto V 10; ambos puntos se sitúan en una zona en la que cambia la consistencia de la superficie corporal. Por otra parte, se utiliza el punto JM 8 por simbolizar una comunicación con el interior, al igual que sucede con el ano. Este último punto será analizado con los restantes puntos abdominales en el siguiente apartado.

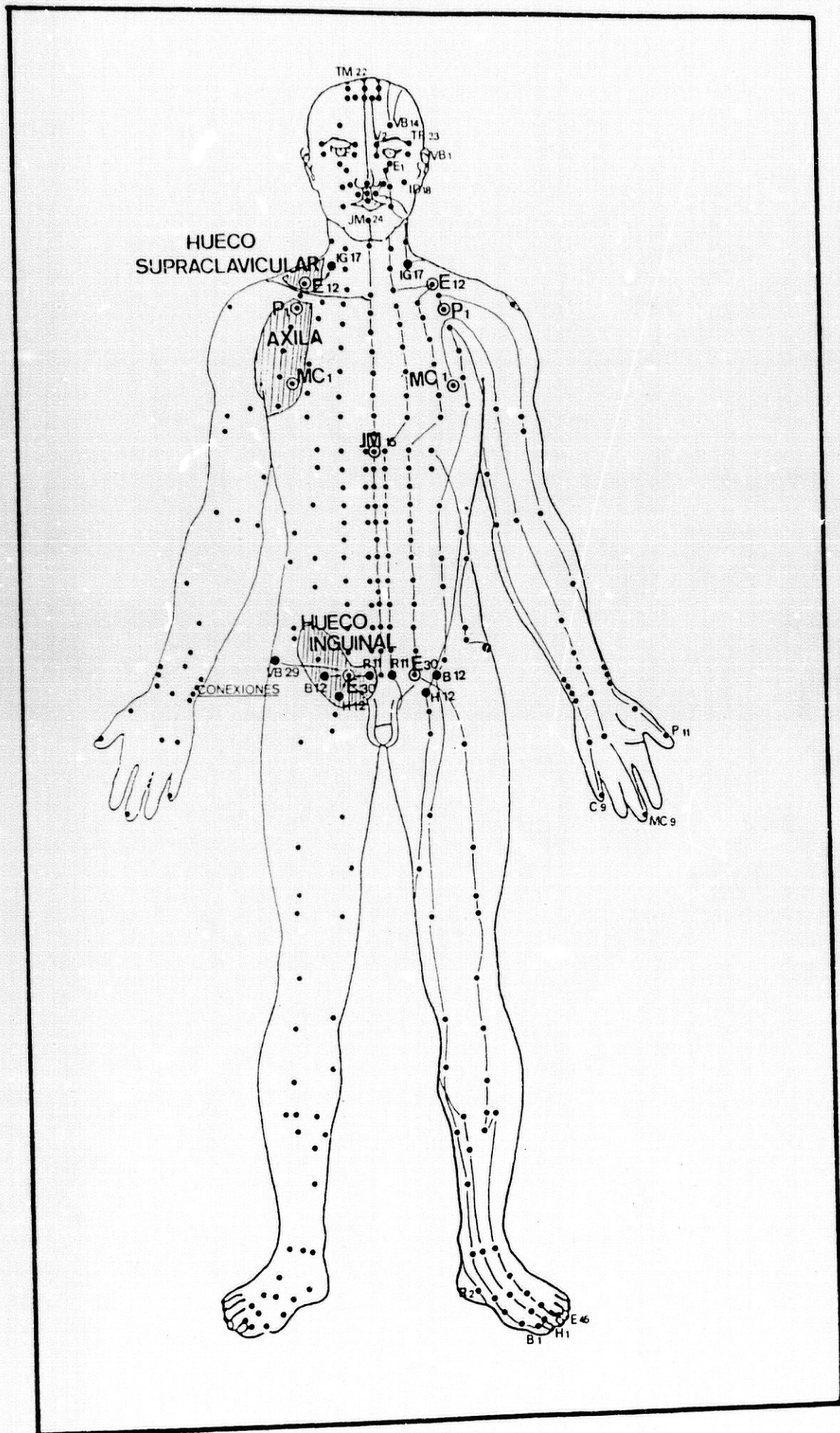
Para terminar, señalar que en las citadas descripciones tradicionales existen otros puntos que, no situándose en la raíz de los miembros, son señalados, bien como reflejo de la unión del recorrido profundo con un órgano concreto, o bien para simbolizar la penetración del recorrido superficial en un órgano en particular. Todos ellos se encuentran en las zonas reflejas de los correspondientes órganos o funciones. Por ello, con aquellos puntos definiremos, en el próximo apartado, un conjunto de áreas reflejas tradicionales de diversos órganos o funciones internas, dibujo de la profundidad en la superficie corporal.

MERIDIANOS		COMPONENTES MERIDIANOS							
		TRAYECTO		PRINCIPAL		MERIDIANO DISTINTO		VASO LO LONGITUDINAL	
		PTO. PROFUNDIZACION	PTO. EMERGENCIA	PTO. PROFUNDIZACION	PTO. EMERGENCIA	PTO. PROFUNDIZACION	PTO. EMERGENCIA	PTO. PROFUNDIZACION	PTO. EMERGENCIA
MIEMBRO SUPERIOR	MERIDIANO PULMON	-	P 1	AXILA VB 22 ^(INGUENI)	E 12	-	-		
	MERIDIANO MAESTRO CORAZON	-	MC 1	AXILA VB 22 ^(INGUENI)	E 12	AXILA	-		
	MERIDIANO CORAZON	-	C 1	AXILA VB 22 ^(INGUENI)	E 12	AXILA	-		
	MERIDIANO INT. GRUESO	E 12	-	E 12	E 12	E 12 (540 INGUENI)	-		
	MERIDIANO TRIPLE-RECALENTADOR	E 12	E 12	E 12	-	E 12	-		
	MERIDIANO INT. DELGADO	E 12	-	AXILA VB 22 ^(INGUENI)	-	E 12 (540 INGUENI)	-		
MIEMBRO INFERIOR	MERIDIANO BAZO	JM 10	B 15	E 30 E 9 ^(INGUENI)	CERCA BOCA E 12 ^(INGUENI) V 1 ^(INGUENI)	B 15	JM 10		
	MERIDIANO HIGADO	H 13	-	H 13	E 12 (MENTON)	-	-		
	MERIDIANO RINON	ANO (TM 1) R 23-R 25	JM 3 - JM 4	ANO (TM 1)	2° LUMBAR V 10	ANO	-		
	MERIDIANO ESTOMAGO	E 12	E 30	E 30 E 9 ^(INGUENI)	CERCA BOCA E 12 ^(INGUENI) E 4 ^(INGUENI)	-	-		
	MERIDIANO VESICULA BILIAR	E 12	H 13 - E 30	H 13	E 12 (MENTON)	-	-		
	MERIDIANO VEJIGA	TM 20 V 23	V 10	ANO (TM 1)	V 10	-	-		

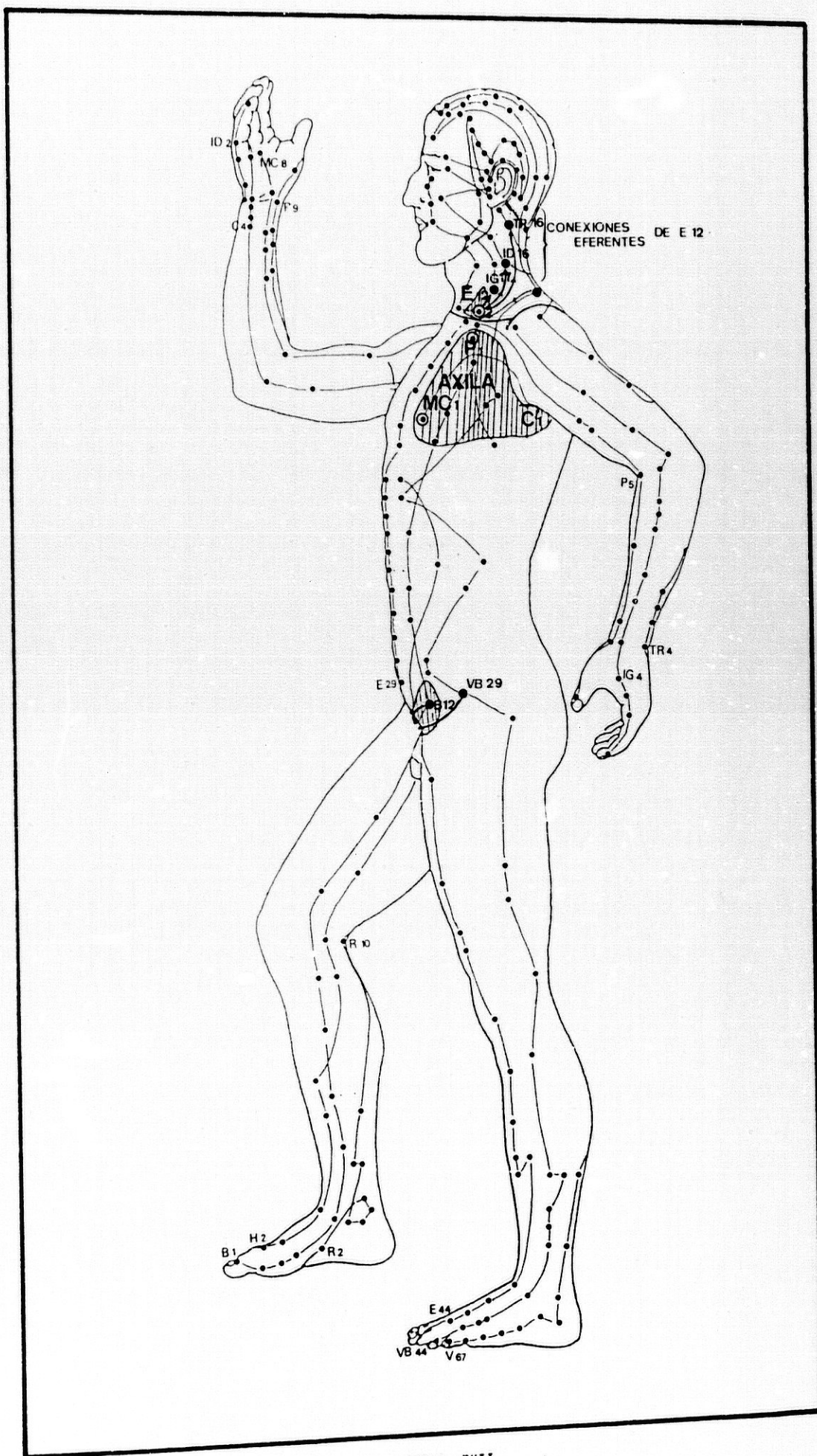
TABLA 18. PUNTOS DE PROFUNDIZACION Y/O EMERGENCIA EN LOS TEXTOS TRADICIONALES.

LÁMINAS CXI A CXIII.

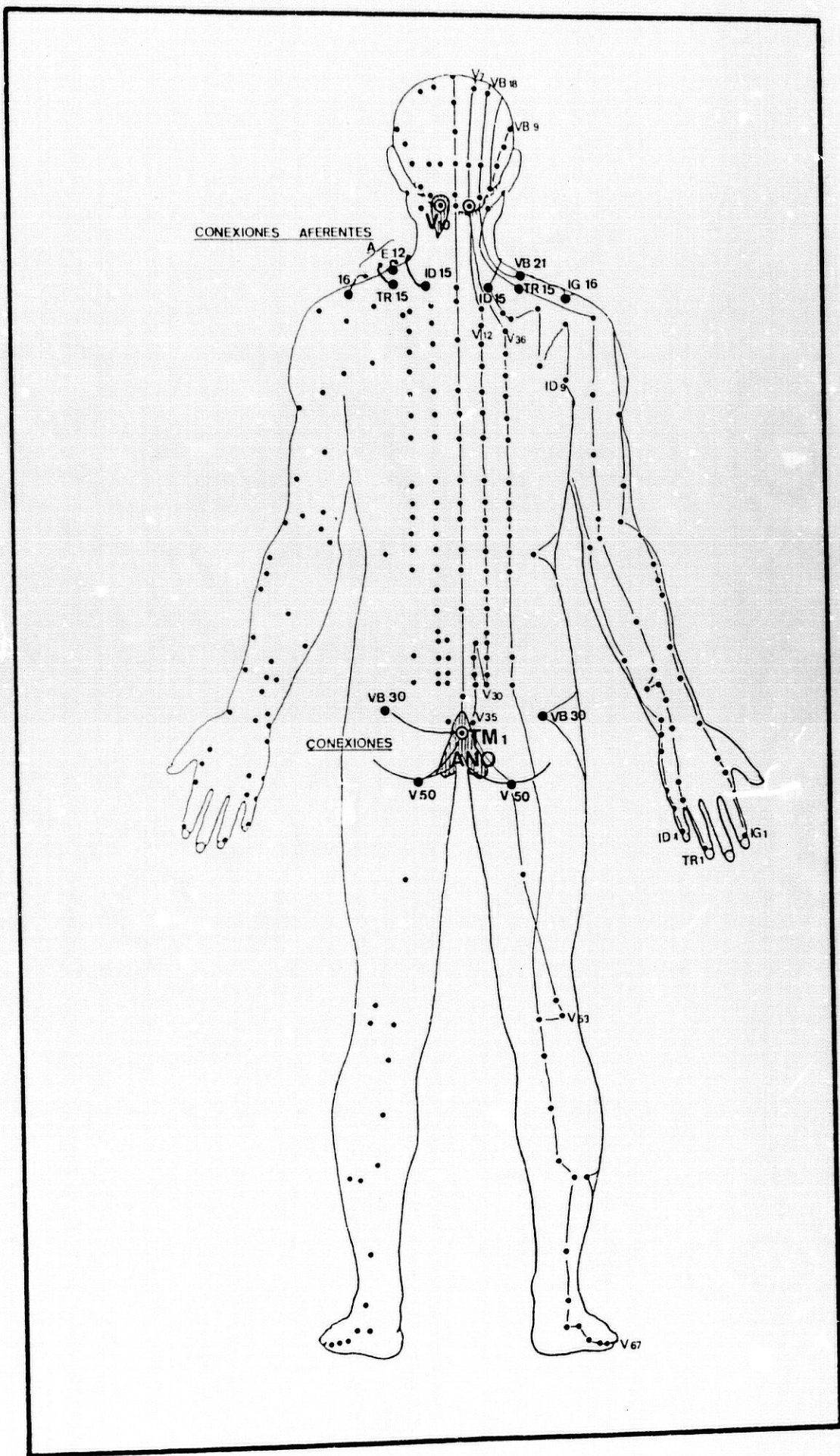
ZONAS ANATÓMICAS DE TRÁNSITO Y CONEXIONES DE TRÁNSITO.
SU TOPOGRAFÍA Y CONSTITUCIÓN.



LAMINA CXI
 Zonas anatómicas y conexiones de tránsito. Visión anterior.



LAMINA CXII
 Zonas anatómicas y conexiones de tránsito. Visión lateral.



LAMINA CXIII
 Zonas anatómicas y conexiones de tránsito. Visión posterior.

X. UNIONES ENTRE MERIDIANOS:

AREAS REFLEJAS TRADICIONALES Y

OTRAS RAMAS DE CONEXION.

En este apartado, abordaremos el estudio del rico conjunto de conexiones entre puntos de distintos meridianos existentes en las descripciones tradicionales. Por lo comentado en el apartado "Aproximación unitaria a los meridianos", agruparemos las diversas conexiones en los siguientes puntos, que con posterioridad desarrollaremos.

1. Áreas reflejas acupunturales. Conjunto de puntos que dibujan sobre la superficie corporal una función o región anatómica, con la que tienen una situación topográfica similar. Muchas de ellas presentan una utilidad terapéutica sobre el órgano o región reflejada.

2. Conexiones de referencia terapéutica. Unión entre un punto y un área refleja, que explica la acción de puntos distales del meridiano unido sobre la función o región reflejada en el área conexiónada. Si el trayecto del meridiano transcurre por el área reflejada, no se precisa de tal tipo de conexión.

3. Conexiones de tránsito. Uniones por medio de las

cuales los diferentes meridianos acceden a sus respectivas zonas anatómicas de tránsito.

4. Conexiones clínicas. Comprenden una serie de recorridos superficiales que explican un conjunto de fenómenos surgidos con la práctica de esta técnica acupuntural.

5. Conexiones energéticas. Enlaces entre meridianos que hacen posible el planteamiento filosófico en la técnica acupuntural.

6. Conexiones topográficas. Es la asociación de puntos que se encuentran emplazados en una misma referencia anatómica.

Con la anterior clasificación, tendremos esquematizado el rico conjunto de conexiones tradicionales entre los meridianos acupunturales. De esa forma, podremos explicar la múltiple relación existente entre los diferentes meridianos, la conexión de la superficie con la profundidad, la acción terapéutica de los puntos distales presentes en los miembros, y cuantos hechos nos surgan de la experiencia y observación tanto clínica como corporal. Igualmente, estaremos en disposición de plantear el trayecto de un meridiano como el compuesto por: un único recorrido superficial, formado por sus puntos propios y un conjunto de ramas eferentes y aferentes, y un único recorridos profundo.

1. ÁREAS REFLEJAS ACUPUNTURALES.

Las funciones y órganos esenciales para la vida del hombre, y diana de la actuación acupuntural, se encuentran en los segmentos corporales cabeza, cuello y tronco. Introducidas aquellas funciones en una serie de cavidades, exteriorizan su existencia de diversas maneras.

A veces, las funciones nos hablan a través de una serie de accesibles orificios naturales, con los que fácilmente pueden establecer relación. Así, las aberturas palpebrales nos guían, lógicamente, a la función ocular; por otra parte, el conducto auditivo externo nos conduce a la función auditiva-vestibular.

En otras ocasiones, la funcionalidad de los sistemas u órganos de nuestro organismo no tienen orificios donde manifestar su existencia. Sin embargo, aquéllas se ponen de evidencia sobre la superficie corporal por medio de unas zonas limitadas, áreas reflejas, de fácil definición por simple observación corporal, tanto en condición patológica como en situación fisiológica. De una forma simbólica, podríamos decir que las funciones y órganos de la profundidad aparecen dibujados sobre la piel.

Así, se puede definir fácilmente un área digestiva o gástrica en la zona epigástrica, o un área renal en la fosa renal; ya que en situaciones patológicas los men-

cionados órganos reflejan su actividad en las citadas áreas, por medio de unas zonas álgicas. De igual forma, se entiende que se sitúe un área cardíaca o circulatoria en el tórax, o un área vesical sobre la sínfisis ubiana; pues, en ambos casos las respectivas funciones fisiológicas se manifiestan en las zonas mencionadas.

En definitiva, las funciones internas se expresan en la superficie a través de sus orificios naturales de exteorización, o por medio de una serie de zonas reflejas, fisiológicas o álgicas. Por lo tanto, se puede hablar metafóricamente de aquellas funciones, según el caso, por medio de sus orificios naturales o de sus áreas reflejas.

De otra parte, dentro de una descripción acupuntural, la superficie corporal se entiende en función de un conjunto de puntos y una serie de meridianos que los engloban. Por consiguiente, dentro de la descripción tradicional de los meridianos, es lógico el mencionar las diferentes zonas corporales a través de los puntos situados en cada una de ellas. Así, podemos citar la hendidura palpebral, y por tanto la función ocular, por medio de los puntos situados a su alrededor (V 1, E 1, VB 1, TR 23, entre otros); o expresar el área vesical por el punto JM 2, situado en aquélla.

De esta forma, podemos entender una parte de las

conexiones, entre puntos de diferentes meridianos, como un intento de aprovechar e incorporar las imágenes de la profundidad, existentes en nuestra superficie corporal, a la descripción de los meridianos, y así hacer éstas mucho más expresivas.

La única manera de llegar a la anterior conclusión es considerar en conjunto las uniones entre puntos de diferentes meridianos descritas en una determinada región topográfica, independientemente de los meridianos donde son adscritas. Igualmente, tendremos que observar las conexiones tradicionales de los mencionados puntos con las funciones corporales o con las aberturas naturales. En relación con las conexiones abdominales, ésto es lo que hemos intentado plasmar en la tabla 19, en donde se agrupan los diversos puntos a los órganos con los que respectivamente conectan aquéllos.

Con lo mencionado anteriormente, podremos comprender cómo en las descripciones tradicionales se encuentran implícita la definición de un conjunto de áreas reflejas viscerales, que denominaremos tradicionales para diferenciarlas de las descritas en la medicina occidental. En muchas de ellas, a la similitud topográfica entre función y puntos acupunturales representativos, se suma una significativa utilización terapéutica de los mencionados puntos sobre los órganos correspondientes.

Entre otros ejemplos, podemos citar el punto V 23, empleado como área refleja tradicional de riñón, que presenta, además, un significativo uso terapéutico para las afecciones renales. Todo lo anterior se puede entender por lo ya comentado en el apartado "Punto, área y sistema nervioso".

Por otra parte, una zona álgica articular, igualmente, se puede dibujar por medio de un conjunto de puntos situados sobre ella. Esto es lo que se pretende expresar en las mencionadas descripciones tradicionales con un conjunto de conexiones existentes en el cuello, hombro, cadera y cabeza. A estas zonas la denominaremos áreas tradicionales reflejas de algias articulares. Señalar que muchos de estos puntos son terapéuticos para las afecciones álgicas que representan.

Nuestras áreas acupunturales representativas se muestran como una revisión, y ampliación a los miembros, de estas áreas reflejas tradicionales. Pasamos a describir las áreas reflejas tradicionales según la región anatómica donde se encuentran, presentando inicialmente las conexiones tradicionales que nos han conducido a la definición de aquellas áreas.

1.a. Áreas reflejas abdominales tradicionales. (lám. CXIV y CXV).

En la tabla 19, agrupamos los puntos de la pared abdominal que a lo largo de las descripciones tradicionales se mencionan como reflejo superficial, bien de algún órgano profundo, o bien de la unión de un recorrido profundo con un órgano en particular.

En las láminas LVII y LVIII, se aprecia la distribución de las áreas reflejas cutáneas de diferentes órganos abdominales para diversos autores occidentales. En ellas podemos observar la situación de los puntos mencionados en la tabla anterior. Así, se puede apreciar que la relación tradicional entre una función profunda y el punto superficial que la representa no es caprichosa, sino que el mencionado punto se encuentra en el área refleja cutánea de la correspondiente función. Por ejemplo, el punto JM 12, unido tradicionalmente al estómago-órgano, se sitúa sobre el área refleja gástrica. Ello nos guía a establecer las siguientes áreas reflejas viscerales tradicionales en la pared abdominal. Didácticamente, las agruparemos en una banda central y una lateral.

1.a.1. Banda refleja central.

En la banda refleja central, distinguiremos una zona inferior y otra zona superior. En la zona inferior, podemos considerar una porción caudal con una característica vésico-uterina (JM 2), así como una

porción craneal de característica intestinal (JM 4). Aquí, podemos incluir, también, los puntos que se mencionan como reflejo del calentador inferior. Todos ellos son reflejo del intestino grueso, una parte del calentador inferior. Esta amplia zona infraumbilical (JM 5, JM 6 y JM 7) podemos considerarla, pues, con una característica intestinal. Igual sentido presenta el punto JM 9, empleado en el meridiano pulmón para expresar la unión con el calentador inferior, y el JM 8, empleado en el meridiano Tou Mo.

La zona superior se encuentra formada por los puntos JM 10, JM 12 y JM 13. En ella se refleja el funcionamiento gástrico-duodenal. El funcionamiento gástrico se encuentra representado más específicamente en los puntos JM 12 y JM 13.

1.a.2. Banda refleja lateral.

Comprende las siguientes áreas reflejas. El punto H 13, situado en la extremidad libre de la 11ª costilla, refleja el funcionamiento hepatobiliar. El trayecto descrito por la sucesión de puntos VB 26 - VB 27 - VB 28, que abraza la cintura, se relaciona con el riñón y el ureter, cuya alteración produce entre otras manifestaciones el cólico nefrítico. Los puntos E 25 y B 15, colocados en la horizontal del ombligo, se relacionan con el intestino grueso.