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 aspirar al Grado de Doctor.

Granada, Noviembre de 1988.

UNIVERSIDAD DE GRANADA

ACTA DEL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

Curso de 19 88 a 19 89. Folio 95 vto. Número 91

Reunido en el día de la fecha el Tribunal nombrado para el Grado de Doctor de D. Mario A. Baldoy Ruiz, el aspirante leyó un discurso sobre el siguiente tema, que libremente había elegido: Actualización anatómica de la acupuntura.

Terminada la lectura y contestadas la objecciones formuladas por los Jueces del Tribunal, este le calificó de APTO CUM LAUDE

Granada 20 de marzo de 19 89

EL PRESIDENTE,

Fdo.: J.M. CHAMORRO ORTEGA

El Secretario del Tribunal,

Fdo.: Mª MAR MORALES LEIVA

EL VOCAL,

Fdo: V. SMITH AGREDA

EL VOCAL,

Fdo.: ELVIRA FERRES TORRES

EL VOCAL,

Fdo.: LUIS NAVARRETE LOPEZ-COZAR

FIRMA DEL GRADUANDO,

Dpto. Ciencias Morfológicas.

UNIVERSIDAD DE GRANADA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS
MORFOLOGICAS

MIGUEL GUIRAO PEREZ, CATEDRÁTICO, Y MIGUEL GUIRAO PIÑEYRO, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS MORFOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA.

CERTIFICAN: Que se ha realizado bajo su dirección la tesis doctoral titulada "ACTUALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA ACUPUNTURA", de la que es autor D. MAURO ANTONIO BALDOY RUIZ, y consideran que está en disposición de ser presentada para su defensa ante el oportudo tribunal.

Granada, 9 Noviembre de 1988.

Fdo.: Miguel Guirao Perez.

Fdo.:Miguel Guirao Piñeyro

A MI ESPOSA,

MARIA

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 I.

INTRODUCCION.

PLANTEAMIENTO.

I. PROCESOS FUNCIONALES CRONICOS Y ENFERMEDADES PSICOSOMATICOS.

II. SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO.

III. ACUPUNTURA.

MATERIAL Y METODOS.

RESULTADOS Y DISCUSION.

I. LOS PUNTOS CLAVE DE LA ACTUACION ACUPUNTURAL.

II. AREAS ACUPUNTURALES REPRESENTATIVAS.

III. PUNTO, AREA Y SISTEMA NERVIOSO.

IV. LOS MERIDIANOS.

V. DESCRIPCION DE LOS MERIDIANOS TRADICIONALES.

VI. APROXIMACION UNITARIA A LOS MERIDIANOS.

I N T R O D U C C I O N .

La Medicina en el momento actual, y tal vez más que nunca está en la obligación de abrir sus fronteras hacia límites más amplios por el empuje de sus propias exigencias evolutivas, así como por el desarrollo y logros de la tecnología y ciencia en general. Esto lleva consigo, por un lado, la superespecialización de las ciencias, adquiriendo matices más acusados si cabe, en el campo de la Medicina y, por otro, el adoptar una posición más receptiva y abierta ante todo aquello que suponga un avance o estudio de hechos de la realidad que en mayor o menor medida están empíricamente aceptados aunque a veces no entendidos o demostrados, y en definitiva, una posición científica de respetuoso compromiso en busca del mayor acercamiento a toda la verdad en cada dimensión concreta de la ciencia. En este planteamiento cabría una aproximación de la Acupuntura.

Pero no debemos olvidar que todo ello pueda derivar hacia el atrapamiento del médico, del científico o del investigador, en una parcela muy concreta, podríamos

decir incluso excesivamente limitada, perdiendo la visión global de la propia Medicina. Es por ello que desde el primer momento debemos dejar plasmada, aunque sea de un modo muy breve pero suficiente para tener una primera idea, una visión global y válida que nos facilite encuadrar y apreciar la labor que se intenta aportar con esta tesis.

Y para conseguirlo nada mejor que hacer uso de la definición, resumiendo o entresacando aquellos conceptos más representativos de la misma. Así pues, la Medicina se podría definir como la ciencia que tiene por objeto la curación o alivio de las enfermedades del hombre y la conservación de su salud. Distintos factores (diversificación de los métodos de investigación, complejidad progresiva de los conocimientos médicos, relevancia social de determinadas enfermedades, etc.) han originado su especialización. Las diversas disciplinas que integran la medicina, se han ido definiendo en razón del desarrollo de métodos de trabajo distintos; sin embargo, como objeto de estudio, la misma totalidad indivisible: el hombre. Igualmente se destaca dentro del concepto general cómo, por otro lado, cada una de estas ramas se va construyendo con un mismo rigor experimental, y su progreso se relacciona con el de otras ciencias y técnicas (bioquímica, física, electrofísica, embriología,

estadística, informática, etc.) pero muy especialmente con la clínica u observación de la enfermedad a la cabecera del enfermo. El planteamiento de la autoridad científica de cada una de aquellas disciplinas en términos competitivos puede atentar contra el progreso de la medicina, que exige, por el contrario, una integración de todos los conocimientos (Rof Carballo, 1985).

Es éste un primer planteamiento, escueto y sencillo, pero que no por ello deja de ser sugerente e importante, hasta el punto de que con relativa frecuencia se suele olvidar el respeto que merece toda especialización seria, con la consecuencia errónea de destacar "a priori" estudios, hallazgos y hechos palpables. Esto conlleva triste y gravemente a no avanzar todo lo que se debiera, aún con mayor trascendencia cuando se trata de temas relacionados directamente con la salud (Vicent, 1986). Por ello queremos resaltar esta idea ya desde el principio, pues además se constituye una constante en las directrices de este trabajo.

La Medicina mira ahora hacia nuevos y numerosísimos horizontes, y sirva de ilustración la revisión sobre este tema que se hacía en 1983 en la Revista "Consulta" por Denton y Cols., totalmente válida incluso lógicamente incrementada hoy día, donde el espectro médico es amplísimo, y de una especializacion máxima. A título de

ejemplo se puede citar áreas dirigidas a muy diversos aspectos como el transplante de órganos, el cáncer, el tratamiento alergológico, enfermedades virales, ingeniería genética, el tratamiento del dolor, las enfermedades o procesos psicosomáticos y un largo etcétera. Es decir, ahondamos en las ideas presentadas anteriormente en el sentido de que el desarrollo tecnológico o las diferentes exigencias, o lo que es lo mismo, los distintos cuadros clínicos o patologías que van apareciendo o se manifiestan con mayor frecuencia, reclaman el estudio y conocimiento de las mismas, así como de las técnicas terapéuticas más eficaces y válidas a nuestro alcance. De otra parte, con los nuevos medios nos hemos de aproximar a otras terapéuticas llamadas "alternativas", algunas milenarias, que hasta ahora no se han podido o querido comprender.

Este concepto es aplicable a cada una de las ramas de la medicina, en el grado y materia que le compete. Y en este sentido nuestro estudio parte y se centra en la Anatomía, y por supuesto sirviéndonos de los datos y técnicas que nos pueden ser útiles en base a la integración de las mismas hacia un avance y desarrollo de la medicina, tal y como adelantábamos y recogíamos en el propio concepto de la medicina.

Ahora bien, la Anatomía entendida como una disci-

plina básica tendría que abarcar ese amplio abanico por donde discurre toda la medicina, y de hecho ocurre así.

El trabajo que presentamos, siendo consecuente con lo que hasta aquí se ha expresado, viene, en primer lugar, exigido por hechos o procesos que se presentan en la clínica diaria con gran frecuencia, como son procesos funcionales crónicos y psicosomáticos (Rof Carballo, 1984) y álgicos (Villar, 1983) fundamentalmente. En segundo lugar, asumiendo el papel que le corresponde a la Anatomía en el estudio de estos procesos y de las actuaciones o fundamentos terapéuticos para ellos, tanto clásicos como futuros, y concretamente la técnica acupuntural. Y, en tercer lugar, las repercusiones lógicas que se obtienen en el propio desarrollo y mejor compresión de la disciplina, en este caso particular en relación al Sistema Nervioso, y por ende de la ciencia médica (Guirao, 1982).

Todo ello en este caso viene a conjuntar y ofrecer las perspectivas de un trabajo de máxima actualidad coyuntural y de un gran interés anatómico, clínico y médico.

Ya hemos comentado cómo la ciencia se desarrolla vertiginosamente, y en ella la medicina y sus diferentes disciplinas. Aparecen o alcanzan una mayor frecuencia determinados cuadros clínicos con sus consiguientes

incidencias en el ámbito científico-investigador, social, etc. Concretamente, insistimos, nos vamos a referir directa o indirectamente a procesos de tanta vigencia en la actualidad como son las enfermedades psicosomáticas, los síndromes funcionales crónicos e incluso los álgicos, tratados o utilizados todos ellos desde la Acupuntura y con variable grado de profundidad, como tendremos ocasión de exponer más específicamente a lo largo de este trabajo. De todos modos estos cuadros presentan de entrada una gran dificultad en cuanto a su etiología, patogenia, etc.

Digamos ya -frente a actitudes que solemos encontrar al tratar de la Acupuntura- que no nos podemos permitir el lujo de desechar apriorísticamente cualquier técnica o tratamiento eficaz, por nuevo que sea o parezca, porque no seamos capaces de llegar a entenderlo completamente sin estudiarlo ni aproximarnos a él (Lewith, 1983). Por supuesto nos referimos a terapéuticas en general, y de un modo más particular, en el caso concreto que estamos exponiendo en el papel eficaz que juega la Acupuntura en el tratamiento de los procesos que aludíamos en el párrafo anterior.

Es éste pues el campo, en líneas generales, del que vamos a partir para desarrollar esta tesis, y lo vamos a hacer tomando la responsabilidad desde la Anatomía, es

decir, tal como hemos adelantado, aceptando la obligación, el reto y el compromiso que corresponde al anatómico, y en definitiva que nos corresponde de servir al esclarecimiento de la verdad.

Es un hecho comprobado y aceptado en la actualidad la eficacia de la acupuntura en el tratamiento del dolor tanto agudo como crónico, en relación a sus efectos de analgesia (Engelbast, 1981; Zanini, 1983; Han, 1965) y anestesia (Zanini, 1980; Giraundeau, 1984), así como de los procesos funcionales crónicos (Speciani, 1983). Muchos son los resultados clínicos incuestionables que lo avalan en ambos sentidos y los innumerables trabajos que se elaboran a partir de los mismos, de los que extraemos algunos resúmenes a continuación como muestra ilustrativa.

El ámbito en el cual la investigación de la Acupuntura más se ha volcado es el de su aplicación analgésica y anestésica. En el campo analgésico se ha observado la implicación de los distintos niveles anatómicos en la actuación de la mencionada técnica (Bossy, 1974; Bauduin, 1983; Suárez, 1986): la médula (Bossy, 1985) con la teoría de la compuerta (Melzack y Wall, 1965) comprometida en ésta la sustancia gelatinosa (Wall, 1980); la sustancia reticular (Bossy, 1981; Toda. 1982; Zhu, 1984); el centro fundamental de la percepción sensitiva,

el tálamo (Chang-Hiang, 1974). y de sus centros fundamentales en las vías nociceptivas, núcleo ventrolateral (Iriki, 1980; He, 1981) y núcleo central (Kobozev, 1980); así como el núcleo caudado (He, 1981; Chen, 1982).

Se han investigado las bases bioquímicas y los neurotransmisores afectos (Bossy, 1979; Han, 1982; Abrams, 1982). Nos es conocida la acción de las endorfinas en la inhibición de la sensación álgica (Akil, 1978; Knorring, 1978), y se obsevó la intervención de éstas en la aplicación analgésica de la técnica que analizamos (Abbate, 1980; Iasnetsov, 1980; Sodipo, 1981; Zhang, 1980). La intervención de las endorfinas en el mecanismo analgésico de la Acupuntura se vió reforzado por la inhibición de la analgesia producida por la nalaxona, inhibidor morfínico (Pomeranz, 1976; Chapman, 1980,1981) así como por peptidasas específicas (Chou, 1984). Al tiempo, se han observado las variaciones específicas de los diversos péptidos opiáceos (He, 1983) como las beta-endorfinas (Clement, 1980; Han, 1982; Bossut, 1983) o de las met-encefalinas (Kiser, 1983; Han, 1984). Incluso se llega a relacionar el efecto de la acupuntura con el desarrollo de los diversos receptores de estas sustancias (Zhou, 1982).

Junto a la intervención de los ya mencionados neuro-

moduladores, se conoce la afectación de los niveles de diversos neurotransmisores centrales (Wenhen, 1981) como las catecolaminas (Sun, 1985), serotonina (Li, 1982), ácido aminobutírico (Fan, 1982) tras la estimulación de diferentes puntos acupunturales en diversos procesos. Según Watkins (1982) y Mense (1983) estos neurotransmisores centrales intervienen en el control endógeno del dolor a través de las diversas vías eferentes descendentes inhibidoras sobre el asta posterior de la médula: sistema serotoninérgico del rafe (Oliveras 1981) y el noradrenérgico del núcleo paragiganto celular (Zemlan, 1980).

La cuestión de qué tipo de neurotransmisores o neuromoduladores intervienen en la acción terapéutica de la acupuntura no está todavía totalmente resuelta (Chapman, 1985), aunque esto no es razón para no admitir los resultados que nos presentan los diversos autores sobre la eficacia de la técnica tanto en procesos álgicos agudos como lumbociáticos (Dupla, 1983; Jiang, 1984; Chen, 1984), y odontológicos (Shedletsky, 1984), como en procesos crónicos de dolor de espalda (Mendelson, 1983; Macdonald, 1983), dolores cervicales (Loy, 1983; Petrie, 1983) y algias faciales (Xu, 1981), sino todo lo contrario, en el sentido de estar aún más motivados para conocerlos.

En lo referente al campo de la anestesia, desde su inicio en la Clínica de Shanghai durante la segunda década de los años cincuenta (Fernández 1977) se han experimentado en occidente en todos los campos mostrando una inesperada y, a la vez, inestimable eficacia aún no totalmente aprovechada, abarcando desde el complicado campo de la neurocirugía (Chen, 1980; Gao, 1983; Chen, 1984), al campo de la nefrourología (Lefrêvre, 1984; Rager, 1984), ginecología (Lafont, 1984), digestivo (Zhou, 1983; Dias, 1984), así como en la realización de técnicas menores como la anestesia para endoscopias (Sodipo, 1981; Chen, 1984).

Con respecto a los cuadros funcionales de patología psicosomática, se observa la acción sobre los diversos sistemas y órganos. Así en el campo respiratorio produce broncodilatación (Takishima, 1982) utilizada para aplicarla a pacientes asmáticos (Dias, 1982; Christensen, 1984), bronquíticos (Sliwinski, 1984) así como en enfermedades respiratorias alérgicas (Wezabudkin, 1982). En el campo otorrinolaringológico es eficaz para cuadros de disfonías funcionales (Ploshchanskii, 1980). Igualmente posee acción sobre cuadros eneuréticos (Bartocci, 1981), de dismenorrea (Bondi, 1981; Steinberger, 1981; Zhong, 1984), etc. Por último, se ha observado la favorable acción sobre el complicado cuadro de las algias cefáli-

cas (Dowson, 1985; Lewenberg, 1986) actuando no sólo sobre el componente vascular y psíquico sino también sobre la tensión muscular (Loh, 1984).

La acción en los mencionados cuadros no es sólo sintomática sino que va a la esencia misma del cuadro, al actuar sobre el stress, que, como sabemos es el eje central de la patología funcional y psicosomática (Valdés, 1985). Este aspecto psicorrelajante (Liptak, 1982; Speciani, 1983) no es totalmente reconocido. Aunque la base bioquímica analizada al respecto de la acupuntura analgésica podría explicar dichas acciones, dentro de las variaciones que produce en los neurotransmisores y neuromoduladores centrales y la acción general sobre órganos y sistemas del organismo que éstos producen.

En definitiva, la patología y la eficacia terapéutica de la acupuntura es evidente, quedando aún por resolver los mecanismos íntimos de actuación, aunque se encuentran enmarcados en estas líneas concretas de investigación.

Como contrapartida a esta evidencia clínica, está el que pudiera resultar insuficiente o no tan válida ante los supuestos occidentales (Vicent, 1986). En la medicina oriental, el desarrollo de la técnica y la investigación vienen refrendadas por una larga historia y experiencia de unos cinco mil años (Chang, 1979), pero cuya

metodología y directrices se alejan un tanto de las consideradas en la occidental; es ésta una de las razones por las que se infravalora en occidente, en gran manera, este enorme arsenal terapéutico y científico (Wall, 1972). Mientras tanto los orientales podrían argüir que en Occidente la técnica y su desarrollo es relativamente reciente, con una investigación que si bien en el aspecto clínico alcanza una altura más que digna, como hemos analizado, sin embargo, en el estudio de sus bases y elementos de actuación apenas se acaba de iniciarse, con la enorme transcendencia consecuente a ello.

Pero, evidentemente, esto propicia en primer lugar que no exista lo que podríamos llamar "credibilidad occidental", sino por el contrario se facilite y se predisponga a una actitud de rechazo y de duda, o incluso sea tachada la acupuntura de rara o esotérica.

Todo ello, además, ocasina que no sea recogida y amparada de pleno por el ámbito legal, tanto en el sentido de docencia, titulación, actuación, responsabilidad, etc., lo que aumenta aún más ese halo misterioso y alejado de la técnica acupuntural, cerrando así un círculo difícil de romper y que no deja llegar a toda la verdad, a una realidad de una gran eficacia clínica en los procesos mencionados, con las repercusiones que

podría tener desde el punto de vista médico (para la propia ciencia médica y para la salud), económico y social en general (Curran, 1981). Esta falta de control médico-legal favorece al intrusismo (Lucente, 1982), con todas las repercusiones que ello conlleva.

De todos modos, esta posición de desconfianza o incredibilidad se puede justificar fácilmente analizando una serie de factores que contribuyen y son el sustrato de ella.

En primer lugar, tras la lectura y estudio de las raíces y fundamentos de la acupuntura en la bibliografía existente se percibe -además de que se trata de un tema sumamente interesante y motivador- la idea de confusión y ambigüedad de sus teorías y mecanismos de actuación, lo que se puede explicar en la peculiaridad de sus textos básicos (Gonzalo, 1979).

La bibliografía acupuntural se puede agrupar en dos apartados: los textos clásicos y los actuales. El primero referente a los textos antiguos chinos, los denominados "Textos Sagrados" (Soulié de Morant, 1985), en los que se recoge la propia filosofía, los fundamentos y la actuación de la acupuntura o técnica acupuntural. Estos textos, en número de seis, son: Nei King (2600 a.c.), atribuido al emperador mítico Hoang Ti; Nai King, que viene a explicar el contenido del anterior, atribuido a

Pien Tsiao; Da Chen, que fue el texto traducido por Soulié de Morant (embajador francés en China a principios de este siglo), de Yan Ke Chou; Shan Han Lun de Shang Shong Yin que viene a ser un tratado de exploración clínica; Tao Te King de Lao Tsé, texto de gran importancia que refleja las bases filosóficas del Tao; y por último el I'Chi del emperador Fu Shi.

Los textos anteriormente mencionados son de una extraordinaria riqueza cultural, científica y de saber médico, pero su escritura es un tanto compleja, pues utilizan un lenguaje simbólico como son los "ideogramas" (Borsarello, 1973). En algunos casos se componen de versos, como en el caso de Da Chen, por ejemplo, que traen como consecuencia más destacada e inmediata la dificultad que presenta ser traducidos, convirtiéndose la simple traducción en traducción-interpretación, cuyo segundo término ocupa un papel importante y provoca con ello diferentes versiones de un mismo texto o de un mismo concepto. Lógicamente, esto viene a crear un estado de dispersión y confusionismo en las teorías, conceptos, etc., extraídos de esta fuente bibliográfica que es la clave y la base de la actuación acupuntural y por ende del estudio e investigación de sus pricipios y fundamentos.

En un segundo apartado referente también a la bi-

bliografía, hay que contar con los textos que se han editado en la actualidad, unos fruto de la traducción de los "antiguos" y otros de la investigación actual y de los conocimientos y resultados prácticos, a modo de verdaderos tratados anatómicos y clínicos en relación con esta técnica. Estos libros se barajan desde la mediocridad y sensacionalismo para un público no especializado y en busca únicamente de unos resultados económicos hasta otros de una gran categoría como tratados generales de medicina, o algunos más especializados en el área de la Anatomía y de otras disciplinas.

En nuestro trabajo vamos a considerar muchos de ellos, pues son una pieza fundamental y a la vez son el punto de partida obligado, pues no hay otra elección posible para un estudio anatómico de las bases de actuación de la acupuntura, tal y como pretendemos que sea el presente.

Un segundo apartado que justifica el relativo desconocimiento ante esta técnica podría ser englobado bajo dos epígrafes: uno en relación al preculiar tratamiento científico y práctica acupuntural en Oriente, y otra a su importación y posterior desarrollo en Occidente.

En Oriente, como ya se ha apuntado, la técnica posee un respaldo y una tradición de más de cinco mil años. Pero, sin embargo, su desarrollo está rodeado de la

filosofía china, de su propia cultura y costumbres. Esto hace que el fundamento científico sea empírico (Laín Entralgo, 1978), basado en la relación acción-efecto del todo evidente y demostrada, pero con unos mecanismos de acción que se alejan mucho de nuestra concepción de metodología científica, ya que, por ejemplo, no se practicaban autopsias, ni se perseguía la base anatómica o anatomopatológica. Es otra mentalidad en la cual se conjugan todos los hechos de la vida, hasta la enfermedad y la salud; es decir, mientras para el mundo oriental es más que suficiente la evidencia de unas realidades, de unos efectos terapéuticos concretos que siguen unas reglas precisas muy de acuerdo con su filosofía general y concepción de las cosas, en el mundo occidental esto no es nada más que el primer paso a partir del cual hay que estudiar, investigar según una metodología bien planteada para llegar a demostrar no sólo los efectos, algo que no se pone en duda, sino también la patogenia, los mecanismos de actuación, etc...

Creemos que éste es un punto crucial en todos los órdenes, y por supuesto en el enfoque e interés de este trabajo. Y esto es así, puesto que llegado este momento se pueden realizar algunos planteamientos diferentes. Fundamentalmente dos son los que, con más frecuencia, se hacen en nuestro ambiente occidental: por un lado, a

pesar de rendirse ante la evidencia de los efectos que la acupuntura tiene en los síndromes funcionales crónicos y en los cuadros álgicos en general que hoy en día no se ponen en duda, rechazar la acupuntura basándose en que el tratamiento científico no se ajusta al occidental, que sus mecanismos y modos de actuación son incomprensibles e inverosímiles, y así por el camino más fácil y, por supuesto, menos científico desde cualquier punto de vista, tacharla de esoterismo, de medicina oculta, alternativa o paralela, dejándola marginada.

Esto, por supuesto, propicia no sólo no ir buscando la verdad de unas realidades que están ahí, que sería la actitud más científica sino, todo lo contrario, dar pie a mayor confusionismo, a que pueda ser utilizada sin una reglamentación adecuada por cualquier persona sin unos requisitos mínimos, a que se preste con suma facilidad a su utilización con fines de lucro y, por qué no decirlo, de fraude y desprestigio de la propia medicina, pues el tema central, que se oculta entre tanta maleza, es el de la salud del hombre, tal y como presentábamos la ciencia médica global desde su propia definición. Es pues esta primera opción una posición de eludir el compromiso, al que ya hemos hecho referencia, que debe tener toda disciplina médica al servicio de la Medicina y ésta a su vez al servicio de la ciencia, cuando se presentan unos

hechos, unas realidades que les competen, como es el caso de la existencia de un arma terapéutica más, la técnica acupuntural, en la lucha contra la enfermedad (Susman, 1976).

Por supuesto que, por otro lado, hay una segunda opción por la que nosotros apostamos. Ante sucesos que se evidencian y constatan en la práctica de la acupuntura con resultados clínicos y terapéuticos claros, la posición debe ser, en pricipio, de interés y curiosidad investigadora (Lewith, 1983; Vicent, 1986). El hecho de que las teorías puedan estar alejadas de nuestro sistema de estudio y de trabajo, el que la filosofía y bases de actuación sea contradictoria en muchas ocasiones, acompañándose de aparente misterio o esoterismo, no nos da el derecho de ignorar la acción terapéutica evidente y esquivar con toda simpleza la responsabilidad que ello conlleva. Es más, nos invita desde investigaciones de una ciencia básica a estudiar con mayor profundidad, a entrar en esos supuestos y, en vez de criticar negativamente su metodología científica, hacerlo en sentido positivo reconstruyendo sus hechos y realidades, aplicando desde el principio nuestras condiciones científicas en busca de una verdad (Schjelderup, 1984). Nuestro trabajo persigue y se mueve humildemente en esta línea; si al final conseguimos algún resquicio de luz en

todo ello, habrá merecido, sin duda, la pena todo el esfuerzo e ilusión que en él hemos volcado.

Nuestro intento no sólo debe repercutir en la búsqueda de mayores conocimientos anatómicos, clínicos, etc., sino que además todo ello puede señalar y centrar un poco más el valor, las posibilidades y repercusiones de esta técnica, tanto en el mejor conocimiento de las estructuras anatómicas que van a ser su sustrato de acción, como en su aspecto clínico de efectos directos o indirectos como secundarios. Este último aspecto es de una gran importancia, más de lo que supone "a priori". Tan solo unos breves comentarios que nos ilustren esta aseveración.

Ya hemos expuesto una serie de factores que predisponen y favorecen a que la práctica de esta técnica médica se lleve a cabo en muchas ocasines por el personal no especializado, ni siquiera documentado e incluso no profesional de la salud, detalle que en principio se supone sin mayor consecuencia, al considerar, entre otras cosas y erróneamente, que la mencionada técnica no tiene efectos adversos, secundarios o colaterales. Sin embargo, cada vez son más frecuentes las publicaciones de trabajos que muestran casos de efectos adversos por el intrusismo, una mala actuación, por desconsideración o desconocimiento de sus bases y acciones consiguientes,

y así a modo de ejemplo podríamos citar desde una simple crisis de hipotensión (Rajanna, 1983) hasta la afectación medular al punturar los siempre peligrosos puntos posteriores de la línea media situados en los espacios interespinosos (meridiano Tou Mo)(Hadden, 1982; Isu, 1985). Sin olvidarnos de las enfermedades infecciosas, por una deficiente asepsia, como la endocarditis bacteriana (Jefferys, 1983; Cheng, 1985) así como la temida hepatitis B (Galocsy, 1982; Schmid, 1984), con presencia de tal riesgo en nuestro país como lo demuestran los casos que refiere Domínguez (1985). Al mismo tiempo han aparecido algunos casos de pneumotórax (Henneghien, 1984), tanto tras la utilización de puntos situados en la parte anterior del tórax, sobre los espacios intercostales, (Kropp, 1983; Schneider, 1984), como por el tratamiento de pacientes asmáticos (Bodner, 1983; Carette, 1984).

La piel como sustrato primario de la acción de la acupuntura se ve también afectada por efectos adversos como, por ejemplo, dermatitis de contacto producida por las agujas permanentes (Romaguera, 1981).

Con ello queremos dejar constancia de que la acupuntura, como cualquier terapéutica médica, presenta sus indicaciones precisas y sus efectos no deseados; que cuenta con un riesgo, y en definitiva, que clama urgen-

temente por la necesidad de un control profesional, legal, etc. y por un estudio profundo, pormenorizado y básico que permita considerar con más amplitud y fidelidad esta técnica al servicio de la medicina.

En resumen, es evidente tras lo expuesto hasta aquí que hemos querido iniciar el tema sentando someramente los antecedentes y el marco en el cual hemos de desenvolvernos, intentando esbozar e insinuar la importancia y la urgencia de estudiar las bases y fundamentos de actuación de esta técnica, de ella en sí misma, para la Anatomía y para la Medicina como trataremos de corroborar en el desarrollo de esta tesis de trabajo.

Somos conscientes de que no es una situación fácil desde el comienzo, pues hemos de partir de unas bases un tanto confusas y complejas, y no todo lo valiosas que se pudieran desear, pero es algo que debemos asumir con toda responsabilidad y rectitud para acabar así con esta inadmisible excusa que no permite arrancar y avanzar en este campo, con la consecuencia grave de no poder aprovechar una opción terapéutica válida en una patología precisa y muy frecuente hoy en día y, lo que es peor, enriquecer nuestra disciplina con su análisis.

Así pues, tras este preámbulo, nos disponemos a aportar nuestra colaboración en el sentido que acabamos de comentar, siguiendo los senderos que nos ha marcado

la ciencia desde siempre, es decir, aplicando una metodología científica desde el principio a los datos y hallazgos que tenemos, cuya validez y resultados podremos poner en duda o verificar al final de esta primera etapa de un largo camino que queda por recorrer. Por tanto, no queremos caer en el error de descartar o desechar aquellos datos porque no hayan sufrido el exámen de nuestro método, sino que nos parece más constructivo, justo y provechoso hacerles pasar las pruebas y exigencias del mismo y así tener más conocimiento de causa para enjuiciar su papel y valía, y obtener las conclusiones que procedan.

Con este espíritu de trabajo forjaremos nuestras hipótesis, fundamentalmente a partir de una minuciosa y profunda revisión bibliográfica (en primer lugar acupuntural, que nos servirá como pilar básico y fidedigno de sus fundamentos, y en segundo lugar, en la relacionada con la misma y con el desarrollo de su labor). De los conocimientos anatómicos debemos tener presente la idea de que el sustrato de acción de cualquier técnica médica, en cualquier parte, Oriente u Occidente, como en este caso la Acupuntura, es el cuerpo humano, que es el fin primordial y directo de su estudio.

P L A N T E A M I E N T O .

Ya se han dejado entrever en el apartado anterior las líneas fundamentales en las que esta tesis va a tomar cuerpo, y ahora es el momento de poder presentarlas con algo más de profundidad y amplitud, de tal modo que queden bien explícitas y definidas desde el principio.

El trabajo que suscita a partir de la experiencia de unos procesos muy frecuentes en la actualidad, que podrían ser encuadrados como enfermedades psicosomáticas o procesos funcionales crónicos (Rof Carballo, 1984) y por otro lado cuadros álgicos (Rabassa, 1983), en los que la técnica acupunturai tiene su campo de actuación (Man, 1974). Por varias razones que no vienen al caso comentar aquí (algunas de las cuales han sido apuntadas en el capítulo anterior), esta técnica, eficaz en estos procesos, está un tanto marginada en el contexto terapéutico general y en el aspecto de su estudio y comprensión desde el punto de vista occidental. Evidentemente, la consecuencia alcanza tonos de preocupación pues no debe-

mos conformarnos con esta situación y desaprovechar cualquier posibilidad de lucha contra la enfermedad; sería faltar a un principio básico de la medicina, del ejercicio médico e investigador.

Nuestra misión está en aceptar el reto y la responsabilidad, que modestamente nos atañe, e intentar con este trabajo contribuir directamente al estudio y conocimiento de esta técnica e indirectamente al camino de una solución o alternativa positiva de esos procesos clínicos. Por supuesto, todo ello fundamentalmente desde el prisma de la Anatomía, la cual a su vez y a buen seguro se verá beneficiada en un mejor conocimiento o utilización de su propia materia.

Así pues y a continuación es obligado hacer una revisión más o menos amplia de aquellos conceptos que pertenecen a estas líneas básicas, y que por ello constituyen los pilares de este planteamiento del tema. En primer lugar, haremos un sucinto recordatorio del papel y situación actual de los procesos funcionales crónicos, psicosomáticos; en segundo lugar, del Sistema Nervioso Vegetativo, sustrato anatomofisiológico de los anteriores cuadros; y por último, de los conceptos generales y de las peculiaridades que más nos interesan de la Acupuntura.

I. PROCESOS FUNCIONALES CRÓNICOS Y ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

Es bastante difícil hacer una separación clara entre ambos cuadros patológicos, pues no hay una definición precisa para cada uno de ellos, o las que existen son confusas por similares; o las diferentes enfermedades aparecen indistintamente bajo uno u otro epígrafe, como analiaremos a continuación.

Así, al revisar la última clasificación de la O.M.S. (Ballus, 1982) vemos claramente las afirmaciones anteriores. Encontramos, por una parte, la referencia 306 con el título de "Malfunción fisiológica, originada a partir de factores mentales", la cual viene definida como "variedad de síntomas físicos o tipos de malfunción fisiológica de origen mental, que no se acompaña de lesión tisular y que habitualmente está condicionada por el sistema nervioso autónomo". Están dentro de esta categoría síndromes tales como tortícolis psicógenas, tos e hipo-hiperventilación, ansia de aire (disnea de esfuerzo), neurosis cardíaca, astenia neurocirculatoria, prurito psicógeno, aerofagia, vómitos psicógenos, dismenorreas, etc. Por otra parte, la referencia 316 de la aludida clasificación responde a "factores psíquicos asociados a enfermedades, clasificados en otros lugares", y se define como "alteraciones mentales o

factores psíquicos de todo tipo que se piensa han jugado un papel prioritario en la etiología de afecciones físicas que habitualmente se acompañan de lesiones tisulares, clasificadas en otros lugares. La alteración mental es habitualmente poco importante y pueden estar presentes factores inespecíficos y psíquicos (preocupación, miedo, conflicto, etc.) sin trastorno psiquiátrico manifiesto". En esta categoría se sitúan, entre otros los siguientes trastornos: asma, dermatitis, eczema, úlcera gástrica, colitis mucosa, colitis ulcerativa, urticaria, etc.

La primera referencia se podía considerar que aludiera a "Alteraciones funcionales crónicas" en el sentido de Von Bergman, pues no existe alteración orgánica y así entra dentro del síndrome funcional de la medicina interna, el cual se puede descomponer en diversos sectores: gástrico, respiratorio, cardiovascular, cutáneo, urogenital, etc.; recibiendo los distintos cuadros las más diversas denominaciones según se considere más afectado el órgano (órgano neurosis) o la función (neurosis visceral). Pero si a la vez se considera el sistema corporal afecto por encima de alteraciones parcelarias, obtenemos el concepto de "Distonías neurovegetativas", de Rof Carballo (1984), la cual equivale como el mismo autor refiere, a: corazón irritable, corazón de soldado,

síndrome de esfuerzo, astenia neurocirculatoria, vagotimia, distonía neurovascular, desequilibrio autonómico y enfermedad cardiovascular funcional; reflejo de cuadro muy abigarrado e impreciso. Estos cuadros son considerados en la mencionada referencia desde la óptica de la subjetividad del hombre (Laín Entralgo, 1978), entrando en el concepto de trastornos psicofisiológicos.

La segunda referencia hace alusión a cuadros orgánicos que estando incluidos en otras clasificaciones se pueden considerar en ellos una posible etiología psicológica en la patogenia de la enfermedad, es decir, serían los trastornos típicamente psicosomáticos (Barcia, 1982). Pero si seguimos la concepción de Cabaleiro Goas (1974) referente a que la medicina psicosomática "no considera a la enfermedad en abstracto sino al hombre-enfermo concreto como totalidad, como unidad de lo psíquico y lo somático, e inmerso en su mundo, porque como dijo Von Weizsaecher, cada hombre hace su enfermedad", y es más "no se trata de la patología de un órgano (órgano neurosis) o de una función (neurosis visceral) y tampoco de un sistema (distonía neurovegetativa) ni siquiera de una estructura psicopatológica previa (neurosis previa); se trata de una realidad que incluye esos aspectos y todos aquellos menos iluminados hasta ahora de la totalidad del hombre enfermo, como ser físico,

como ser psiquico y como ser social" (López Sánchez, 1986).

Los cuadros de la primera referencia serían o estarían comprendidos dentro de esta patología psicosomática aunque no existiera lesión orgánica, pues existe una lesionalidad funcional, más cuando en ambas se reafirma la importancia de factores psicológicos, de lo psicógeno, en la génesis. Ello quedaría zanjado si consideramos como campo de la medicina psicosomática la "psicofisiología clínica" (Lolas, 1984).

Pero aún se va mas lejos cuando se observa que gran cantidad de pacientes "que hoy llenan nuestras consultas y constituyen una de las razones del despilfarro económico en el seguro de enfermedad" y que son diagnosticados de cuadros tributarios del "Síndrome funcional de la medicina interna", se podrían incluir o están dentro del concepto de equivalentes depresivos (López Ibor, 1976) o síndromes o neurosis liminares (Rof Carballo, 1984). Es decir, que se presenta un conjunto de cuadros considerados funcionales crónicos en el sentido de Von Bergman que pueden ser tributarios de ser incluidos en la patología psicosomática o psicofisiologica clínica americana, o medicina antropológica alemana (Lain Entralgo, 1978) al considerar la alteración funcional en el individuo completo, entidad física, psíquica y social, pero

también pueden entrar dentro de los cuadros psiquiátricos border-line, como las depresiones larvadas (Rof Carballo, 1984).

A pesar de la confusión existente por la falta de conceptos precisos, lo que sí es evidente es su realidad clínica pues los cuadros funcionales crónicos y los típicamente psicosomáticos se presentan en una proporción cercana al 50% (Rof Carballo, 1984) dentro de las clínicas de medicina interna; asímismo "son de médicos internistas estas observaciones: el 70% de los enfermos que asisten a una consulta de digestivo en Venezuela tienen exclusivamente trastornos funcionales; esto sucede entre un 30-40% de los casos en Argentina o en uno de cada tres enfermos en Estados Unidos" (López Sánchez, 1986). Pero lo más interesante es que tanto en un concepto funcional, como en el otro, psicosomático, la unidad morfológica que se ve alterada y es origen de los cuadros que se presenta es el sistema vegetativo, regulador de la vida orgánica e influido centralmente por el sistema límbico (por tanto no tan autónomo con respecto al sistema nervioso central), y que ejerce su acción a partir del tono de sus dos sistemas vago y simpático, no tratándose de dos sistemas opuestos sino de dos sistemas distintos coordinados hacia los mismos fines (Marañón, 1961). Todo ello dentro del concepto de

"Stress-distress" de Selye (Valdés, 1985), considerando el primero como "el programa corporal de acomodación de la persona a situaciones nuevas, su respuesta no específica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan el equilibrio personal" (Troch, 1982) mientras que el segundo concepto es el aspecto patológico, su cara patógena.

Este es el panorama actual de esta patología psicosomática donde se engloban los procesos funcionales y se hace participar de modo fundamental y constante al sistema neurovegetativo. Es por esto que sea necesario abordar, al menos básicamente, las características principales de éste, y así lo hacemos a continuación.

II. SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO.

El estudio del Sistema Nervioso Vegetativo viene a cerrar el panorama de cuadros y síndromes patológicos con una extraordinaria semejanza y en la mayoría de los casos con una gran superposición a los que hemos comentado anteriormente como funcionales o psicosomáticos.

Ciertamente como nos muestra ilustrativamente Lazorthes (1971), la anatomía y disposición general del sistema neurovegetativo es más conocida, pero su fisiología y su patología sigue manteniéndose en el mismo nivel de hace muchos años, sin apenas evolución, y con una cierta

confusión al no delimitarse con nitidez su función y participación en los procesos vitales. Esto puede ser debido en gran parte a la dificultad existente en el conocimiento del origen y desarrollo del S.N.V. Efectivamente, este es un punto importante pero a la vez muy conflictivo y controvertido. Y es así, pues por una parte, sus células precursoras se originan en estadíos tan precoces y tan rápidamente que es muy complicado la aplicación de técnicas experimentales selectivas de extirpación, marcaje o trasplante, que permitan localizar el área precisa de origen sin implicar a otras vecinas. Y por otra, que debido a su grado de indiferenciación inicial no se ha podido seguir sistemáticamente sus distintos grados de evolución, multiplicación y rutas de migración de sus descendentes en los primeros estadíos, diferenciándose sólo en fases avanzadas en las que las células tienen asentamiento y características algo definidas (López Soler, 1984). A pesar de todo, en la actualidad, la mayor parte de los investigadores están de acuerdo en que, tanto en el Sistema Nervioso Central como el Vegetativo, derivan del ectodermo. Para algunos autores como Andrew (1970, 7[illegible]) el origen es a partir del tubo y la cresta neural, aunque recientemente con técnicas de estudio comparativo "in vivo" e "in vitro", autores como Le Douarin (1980) y Robertson (1981)

apoyan el origen único desde la cresta neural.

No es necesario que aquí se haga una descripción profunda y extensa de las características anatómicas del Sistema Nervioso Vegetativo, pues no es ésta nuestra meta, aunque tal vez sea conveniente al menos realizar una visión sencilla y global del mismo.

La amplitud topográfica de este sistema ha sido demostrada hace muchos años. No existe órgano de la economía que no esté bajo el influjo del retículo neurovegetativo. Entre las capas de todo el tracto digestivo o las de la vejiga, entre las túnicas de los vasos, en las placas motoras de los órganos glandulares, etc., existen terminaciones neurovegetativas intraparientales o intramurales, a cuyo nivel se liberan las sustancias químicas transmisoras, regulando así las actividades orgánicas (Bloom, 1978).

El Sistema Nervioso Vegetativo se puede definir de un modo sumamente sencillo como el sistema nervioso que gobierna la vida vegetativa, orgánica o automática (Rouviere, 1984; Latarjet, 1983), o bien como la parte del Sistema Nervioso que rige las funciones viscerales del cuerpo (Guyton, 1986).

En general se puede decir que se compone de dos formaciones: el simpático y el parasimpático, que lejos de ser contrarias u opuestas, deben actuar de forma

sincrónica y coordinada para mantener el estado de normalidad.

Bajo otro punto de vista, se puede decir que se divide en segmento tóraco-lumbar o dorso-lumbar (originado de los segmentos torácicos y los dos primeros lumbares de la médula espinal) y segmento cráneo-sacro (del tallo encefálico y del 2º, 3º y 4º segmentos sacros). El simpático se puede indentificar con el segmento tóraco-lumbar y el parasimpático con el cráneo-sacro. Al contrario de lo que se observa en los nervios cerebroespinales motores, las fibras nerviosas del sistema vegetativo nunca van directamente de los centros nerviosos a los órganos efectores que inerva, sino que siempre se hallan interrumpidas por ganglios vegetativos, distinguiéndose, por tanto dos clases de fibras: unas preganglionares y otras postganglionares (Williams, 1985).

Las fibras simpáticas se originan en las neuronas de las astas intermediolaterales de la sustancia gris medular, justamente entre los segmentos T-1 y L-2 (Orts Llorca, 1975). De los segmentos cervicales, lumbares y sacros (por debajo de la L-2) no se originan nervios simpáticos, pero desde las cadenas laterovertebrales simpáticas llegan hasta la cabeza y las extremidades (Lazorthes, 1971). La distribución del componente simpático ha sufrido mínimas variaciones a lo largo del

tiempo. Se dice que emergen por las raíces anteriores de los nervios, para acceder inmediatamente a la cadena simpática como ramos comunicantes blancos. Aquí puede seguir varios caminos, Delmas (1976) (lámina I).

a) Formar sinápsis con las células de los ganglios de la cadena laterovertebral o atravesando directamente para hacer sinápsis más tarde en los ganglios previscerales y a partir de aquí distribuirse por los órganos correspondientes (figura A).

b) Como ramos vasculares directos hacia los vasos de gran calibre formando plexos perivasculares como el carotídeo, celíaco, aórtico, etc. (figura B).

c) O, por último, volviendo al nervio raquídeo por los ramos comunicantes grises. Por el nervio se distribuye definitivamente y, a la vez, va desprendiendo ramos que se dirigen a los vasos de menor calibre y así mantener la categoría del plexo vegetativo perivascular (figura B).

El componente parasimpático se denomina también cráneo-sacro, pues sigue varios nervios craneales y el 2º y 3º pares sacros, e incluso a veces el 1º y el 4º, conformando los nervios viscerales pélvicos.

La diferencia más palpable con la distribución del simpático está en que las fibras preganglionares son largas y llegan sin hacer sinapsis hasta el órgano o sus

proximidades, de tal modo que las fibras postganglionares son cortas, distribuyendose por el órgano o la víscera.

De un modo más concreto conviene reproducir de forma sencilla aquí la distribución propia de cada segmento o región del órgano que se encuentra en cualquier texto de Anatomía, y así completaremos algo más el panorama de distribución e inervación vegetativa. Se puede observar que las fibras simpáticas nacidas de un segmento no se distribuyen necesariamente para la misma porción del cuerpo que las fibras somáticas de dicho segmento (Bossy, 1985). Se conoce que las fibras simpáticas procedentes del nivel T-1 siguen normalmente la cadena simpática hacia la cabeza; desde T-2 hacia el cuello; desde T-3 a T-6 hacia el tórax; entre T-7 y T-11 se dirigen al abdomen.

Las extremidades también poseen una inervación vegetativa determinada. Siguiendo a Lockhart (1965), Lazorthes (1971) las fibras responsables de los miembros superiores parten de los segmentos torácicos 2º al 7º de la médula espinal, mientras que las de las extremidades inferiores lo hacen desde el segmento torácico 10º hasta el 2º lumbar inclusive (Lám. II). Desde aquí ascienden o descienden, respectivamente, a lo largo de la cadena laterovertebral para tomar el camino que les lleva a los

miembros, es decir, formando parte de los plexos braquial y lumbo-sacro correspondiente. Además de este recorrido, el contingente vegetativo va a llevar a las porciones distales o periféricas a través de un trayecto perivascular, que incluso podríamos decir es el más importante.

En el sentir de Amenta (1983) todos los vasos son inervados por el segmento tóraco-lumbar del sistema vegetativo. Es decir, a partir de este territorio, el componente vegetativo llega hasta los grandes vasos formando unos importantes plexos perivasculares, y siguiendo su curso y distribución, podrán llegar hasta las extremidades (a través de la arteria axilar y sus ramas para el miembro superior o de la arteria femoral y sus ramas para el miembro inferior). No se debe olvidar en estos casos el aporte que llega a estos plexos perivasculares desde el componente vegetativo que camina por los nervios y que ya hemos comentado. Debemos destacar en relación a lo recientemente expuesto un hecho muy importante y es que cuanto menor es el calibre del vaso, más rica es relativamente su inervación, es decir, su riqueza aumenta en el sentido distal (Tsunekawa, 1970; Burnstock, 1979).

Igualmente, cada órgano o víscera recibe una inervación vegetativa más o menos precisa a partir de un

cierto nivel medular. Basten como ilustración los esquemas que presentan Testut (1978) (lám. III), y Lazorthes (1971) (lám. IV) y Monnier (1968) (lám. V) indicando el origen de la inervación vegetativa visceral.

En relación a la patología de lo que venimos comentando, podría ser esquematizada así:

a) Síndromes vegetativos irritativos o lesionales localizados:

Se citan el síndrome del ganglio estrellado, del simpático cervical anterior, (como el síndrome de Claudio Bernard-Horner), hombro-mano, del plexo solar, hipotensión ortostática (síndrome de Shy-Drager), trastornos de la micción, defecación, erección, alteración a nivel bulbo-protuberancial (síndromes vestibulares, vértigos, etc.), o a nivel diencefálico (alteración del ritmo sueño-vigilia, del metabolismo del agua, diabetes insípida, etc.), o bien corticales (apoplejías, hemiplejías, etc.)

b) Síndromes vegetativos neurodistónicos o funcionales:

Estos son los más numerosos de este grupo, entre los que destacan la distonía neurovegetativa con todo lo que conlleva este amplio síndrome, hipotensión o hipertensión arterial, etc.

Como queda palpable, es difícil separar la patología

que señalábamos como funcional, psicosomática y vegetativa, pues en primer lugar no están definidas de modo individual, y cualquier intento para hacerlo nos lleva a una superposición y relación íntima entre ellas; y en segundo lugar, queda un largo camino para recorrer, y poder aclarar de un modo fiel y eficaz sus características básicas y en razón a ello sus posibilidades terapéuticas.

Lo que sí esperamos haber dejado suficientemente expuesto es la frecuencia y la categoría con la que se presentan todos estos procesos, encuadrados en una u otra clasificación, que a fines prácticos no cambian la situación ni su entidad particular.

Todo ello en definitiva sirve para contar con estos dos puntos que acabamos de desarrollar que a la vez están muy relacionados con el siguiente apartado, tal como adelantamos. La acupuntura es una posibilidad terapéutica eficaz, toda vez que se ha observado la influencia de esta técnica sobre el sistema nervioso vegetativo (Cao, 1983; Sun, 1984), en diversos fenómenos regulados clásicamente por el mencionado sistema como los que dependen de la circulación articular (Myhal, 1981), circulación mesentérica (Lee, 1974), la actividad cardíaca (Lee, 1975; Lee, 1982), la permeabilidad de las vías respiratorias (Takishima, 1982), así como sobre la

temperatura corporal (Ernst, 1985; Lee, 1983) y un largo etcétera. La abordamos desde el compromiso que nos puede corresponder, es decir, desde la perspectiva de una "Anatomía al servicio".

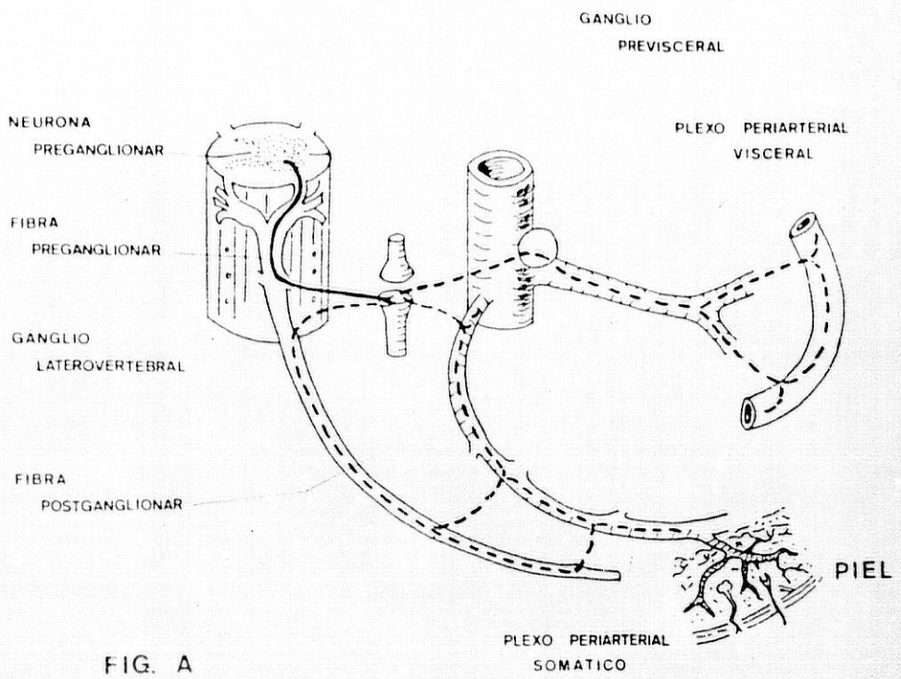


FIG. A

DISPOSICION GENERAL DEL SISTEMA SIMPATICO

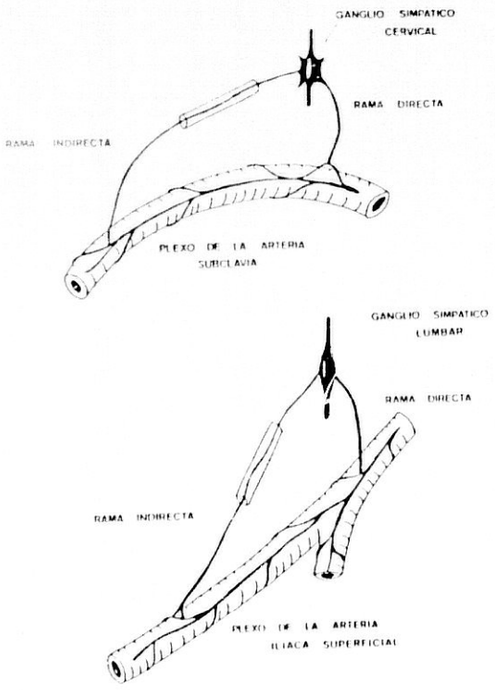


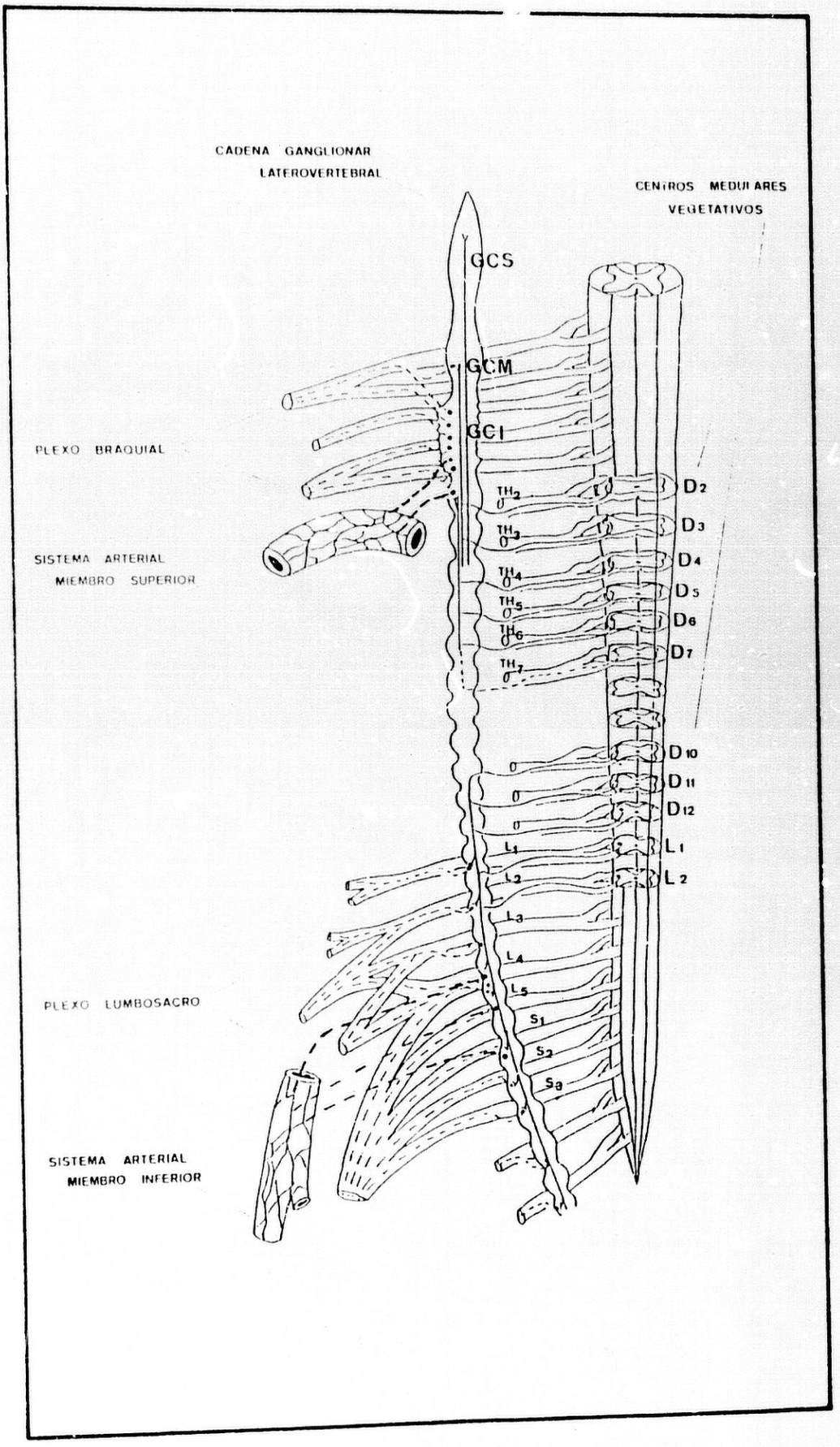
FIG. B

NERVIOS VASCULARES

DE LOS MIEMBROS

LAMINA I

Sistema Nervioso Vegetativo Periferico.



LAMINA II

Origen de las fibras vaso-motrices de las extremidades.

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO

1: Ganglio ciliar
2: Ganglio esfenopalatino
3: Ganglio submaxilar -
Ganglio sublingual
4: Ganglio ótico
GCS: Ganglio cervical superior
GCM: Ganglio cervical medio
GCI: Ganglio cervical inferior

NEMy: N. esplácnico mayor
NEMn: N. esplácnico menor

PCa: Plexo carotideo
PCv: Plexo cavernoso
PC : Plexo cardiaco
PS : Plexo solar
PMI: Plexo mesentérico inferior

SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

Plexo cervical (C-1 a C-4)

A: N. esternocleidomastoideo
B: N. trapecio
C: N. genohioideo
D: N. tiroideo
E: Ramos cutáneos (auricularis magnus, occipitales minor, cutaneus colli y supraclavicularis)
F: N. omohioide
G: N. esternocleidohioideo
H: N. esternohioideo
I: N. frénico

Plexo braquial (C-5 a T-1)

A: N. dorsal de la escápula
B: N. supraescapular
C: N. subclavio
D: N. circunflejo
E: N. radial
F1,F2,F3: Ns. tóraco-dorsales
G: N. músculo-cutáneo
H: N. mediano
I: N. cubital
J: N. cutáneo antebraquial
K: N. cutáneo braquial
L: Ns. torácicos ventrales
M: N. torácico largo

Plexo lumbar (L-1 a L-4)

A: N. abdóminogenital mayor
B: N. abdóminogenital menor
C: N. fémoro-cutáneo
D: N. femoral
E: N. obturador

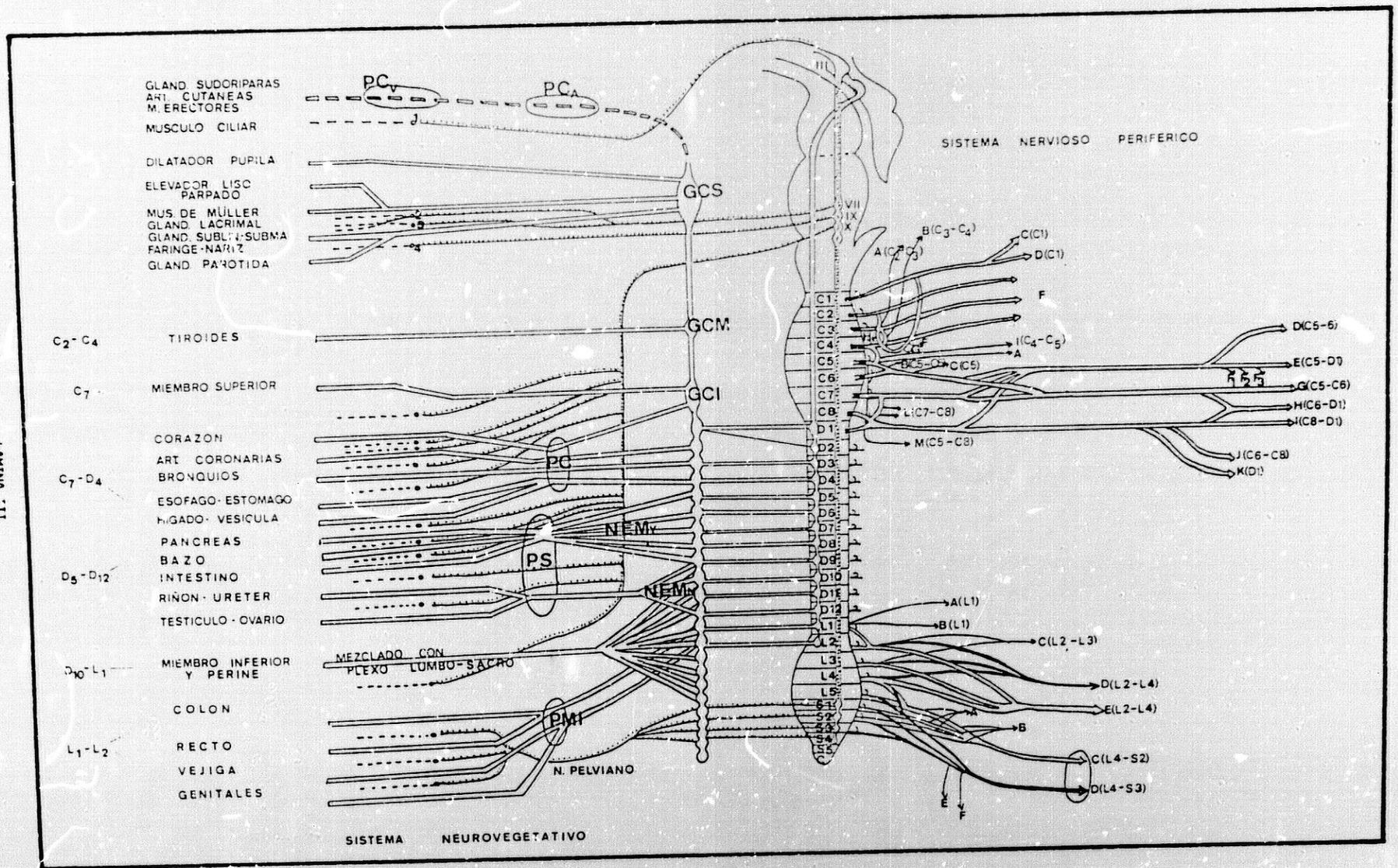
Plexo sacro

A: N. glúteo craneal
B: N. gúteo caudal
C: N. fibularis
N. ciático mayor
D: N. tibialis
E: N. del obturador interno y gémino interno
F: N. del piramidal

Significado de las abreviaturas e indicaciones de la Lámina III.

LAMINA III

Origen y distribución del Sistema Nervioso Vegetativo y del Sistema Nervioso Periférico.



A: Núcleo lacrimomucosonasal.
B: Núcleo salivar superiror.
C: Núcleo cardio-neumo-entérico.
D: Núcleo salivar inferior.
C.B.: Centro cilioespinal de Budge.

G.S.P.: Ganglio esfenopalatino.
G.O.: Ganglio ótico.
G.S.M.: Ganglio submandibular.
G.S.L.: Ganglio sublingual.

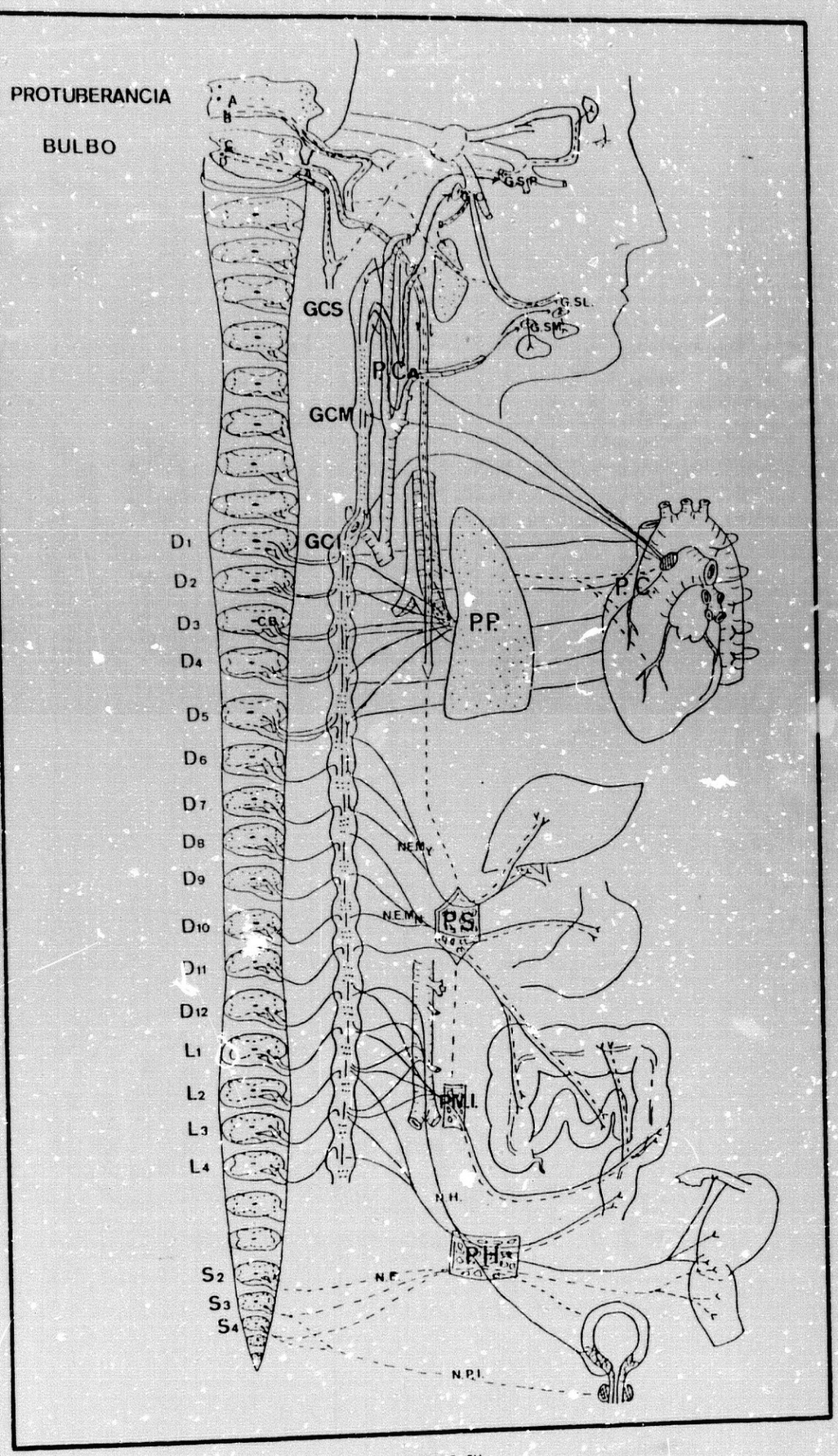
GCS: Ganglio cervical superior.
GCM: Ganglio cervical medio.
GCI: Ganglio cervical inferior.

PCa : Plexo carotideo.
NEMy: N. esplácnico mayor.
NEMn: N. esplácnico menor.
N.H.: N. hipogástrico.
N.E.: Ns. erectores.

P.P. : Plexo pulmonar.
P.C. : Plexo cárdiaco.
P.S. : Plexo solar.
P.M.I.: Plexo mesentérico inferior.
P.H. : Plexo hipogástrico.

N.P.I.: N. pudendo interno.

Significado de las abreviaturas e indicaciones de la Lámina IV.

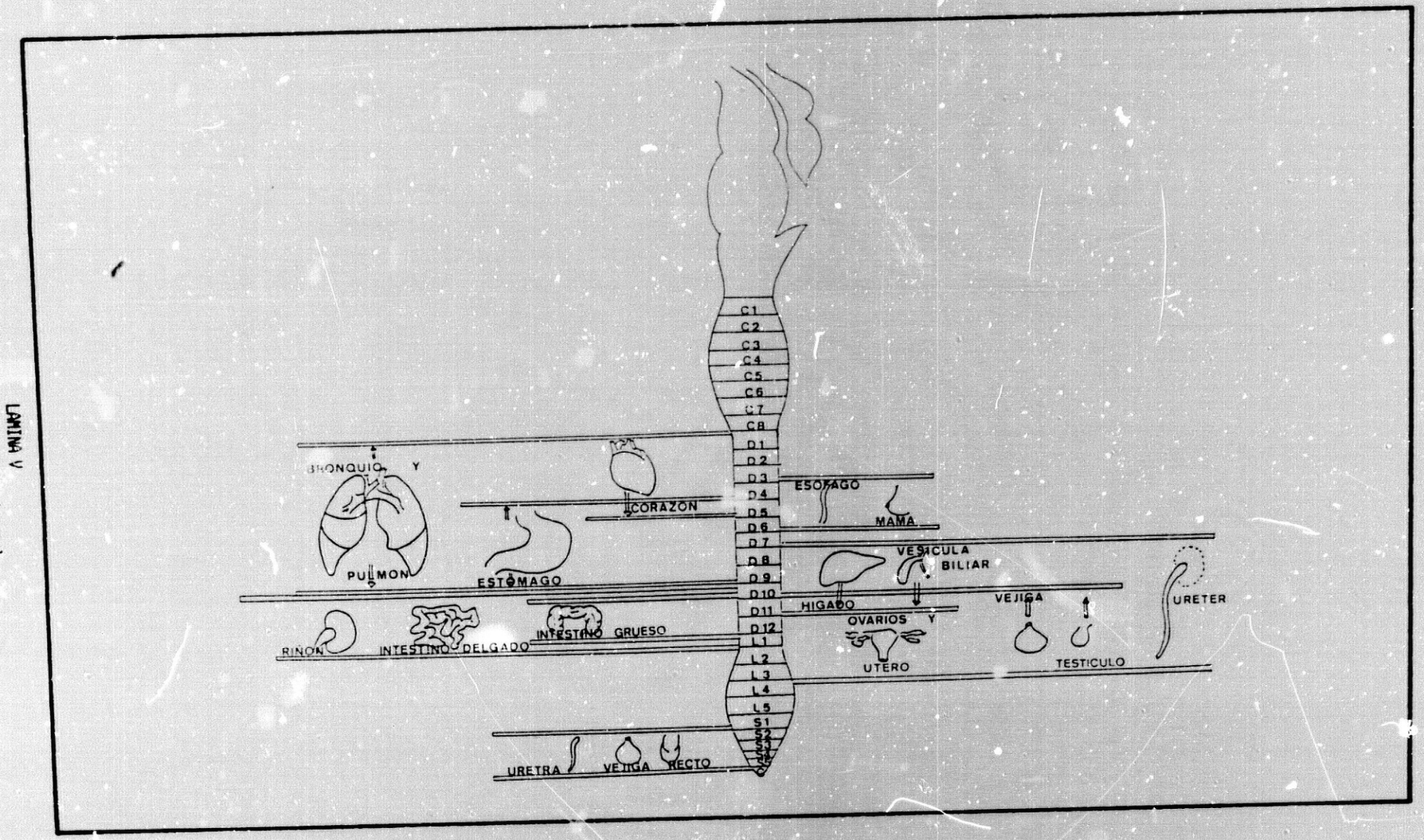


LAMINA IV

Sistematización de las vías simpáticas y parasimpáticas.

LAMINA V

Inervación vegetativa visceral.



III. ACUPUNTURA.

Abordamos este apartado dejando aclarado desde el principio que lo hacemos intentando separar los conceptos filosóficos, mecanismos patogénicos, etc., que no pueden ser desarraigados del contexto intrínseco oriental y que nos podrían conducir a interpretaciones con mínimas garantías. La Acupuntura está ahí y sólo pretendemos aproximarnos a ella, es decir, que utilizaremos datos puramente anatómicos que podemos manejar con relativa claridad y sencillez, y que a la vez sean básicos en la actuación terapéutica y nos permitan trabajar con un margen suficiente de seguridad en la interpretación. En esta misma línea, pues, seguidamente expondremos los términos, conceptos y datos que se deben conocer desde este planteamiento del tema y que manejaremos con frecuencia a lo largo del trabajo.

Básicamente éstos podrían ser contemplados en dos apartados. Uno referente a los fundamentos intensamente imbricados en la doctrina filosófico-religiosa, como puede ser (Borsarello, 1982): el "Tao" o principio sin principio; la teoría del "Yin y Yang" o de la relatividad de todas las cosas; el "Wu Wei" o principio de la no acción; "Chi" o energía, que es aquello que da vida, el aliento vital, etc. A pesar de ser muy importantes, podemos prescindir de ellos por no tener una significa-

ción anatómica, que insistimos es el eje de la tesis de trabajo.

El segundo apartado se refiere a aquellos fundamentos que sí tienen una identificación anatómica clara y que, por tanto, además de ser piezas imprescindibles de la Medicina Tradicional, vamos a utilizar con frecuencia y en profundidad en este trabajo.

Dos son los términos que, bajo esta perspectiva, hemos de comentar a continuación: los que se denominan puntos y meridianos.

1. LOS PUNTOS.

En primer lugar, abordaremos el concepto de punto. Los puntos son lugares precisos y determinados donde se deben colocar las agujas para conseguir una acción determinada (Florez Ledeo, 1981; Morez, 1984). Son por tanto, los lugares desde donde se puede actuar o relacionar sólo topográficamente las diferentes vísceras. órganos o regiones con la superficie y viceversa (Sánchez-Montesinos, 1985). El número de puntos es variable según los textos consultados, pero por lo general se consideran 365 puntos que quedan enlazados por los meridianos (Roustan, 1978) (a este propósito presentamos esquemáticamente su situación en las láminas XX-XXIII).

Algunos puntos quedan fuera, como pueden ser los puntos fuera de los mencionados meridianos, los puntos nuevos y los de localización en el pabellón auricular (Macdonald, 1983).

En los textos sagrados chinos, los puntos se localizaban dibujados sobre los ropajes de figuras humanas. La representación se realiza, como es lo usual en su lenguaje, por símbolos que dan una idea exacta de la localización en el cuerpo, así como de su acción. De igual forma existían figuras de bronce, de las cuales se conservan aún ejemplares en un museo de Tokio. Es importante reseñar que en estas figuras no se contemplan los trazos de los meridianos, que se supone se sistematizaron con posterioridad; ésto podría indicar posiblemente el mayor valor del punto y que sea la pieza clave a partir de la cual derive el resto.

La clasificación de los puntos de Acupuntura puede ser múltiple. Entresacada de los de Soulié de Morant (1985), Roustan (1979) y Nguyen (1981) que los clasifican en:

1.a. <u>Puntos fijos</u>:

De localización anatómica bien definida. Se pueden subdividir en:

1.a.1. **Puntos sobre los meridianos**. De los catorce meridianos y de los vasos maravillosos Jenn Mo u Tou Mo.

1.a.2. **Puntos nuevos y puntos fuera de meridiano.**

Los primeros aparecen como consecuencia de la práctica de la acupuntura en China y Japón. Pueden estar situados en o fuera de los meridianos, mientras los segundos son descritos tradicionalmente fuera del recorrido de los meridianos aunque se menciona que poseen acción sobre los mismos.

1.b. Puntos no fijos.

Son puntos dolorosos locales; su localización es variable según el proceso.

El presente estudio pretende ser un análisis de los puntos tradicionalmente descritos como propios de los meridianos, pues son éstos la base de cualquier actuación terapéutica acupuntural, mientras los demás puntos no son sino complementarios de los anteriores; se comprende que un estudio de aquellos nos llevará más fácilmente a la comprensión posterior de los segundos.

Puntualizando con respecto a los **puntos fijos de los meridianos**, en éstos se contemplan los siguientes tipos:

. Puntos Shu antiguos.

. Puntos Penn.

. Puntos Lo.

. Puntos Asentimiento.

. Puntos Heraldo.

. Puntos Ventana del Cielo.

. Puntos de los Cuatro Mares.

. Puntos Geky.

. Puntos de las raíces y de los nudos; del tronco y de las ramas.

. Puntos Maestros.

. Puntos Llave.

. Puntos reunión, auxiliares y movilizadores de la energía.

A nosotros nos interesa de la anterior clasificación, realizada en función de la utilización tradicional de los diversos puntos, adquirir una visión más concreta de ellos en el sentido de su topografía y en relación a su efecto sobre el órgano concreto; de ahí que ahora llamemos la atención sobre la situación anatómica de todos los puntos citados, descritos tradicionalmente como de gran acción terapéutica por su influencia sobre la circulación energética corporal.

. Puntos Shu antiguos.

Se encuentran en las partes más distales de los miembros con una acción energética específica. Su acción individual viene dada por ideogramas particulares en los que se muestra la relación entre su topografía anatómica

y acción patológica.

Comprenden cinco niveles para cada meridiano, que descritos en sentido caudo-cefálico son:

. Puntos Ting.

Con una sola excepción (R 1, en la planta del pie) se encuentran en los ángulos unguenales donde existen meridianos; significan pozo, no hay movimiento energético prácticamente.

. Puntos Yung.

Se sitúan en la raíz de los dedos de manos y pies y en la palma de la mano; significan arroyo o pequeña corriente a borbotones.

. Puntos Yu.

Se encuentran en el dorso de la mano, en la cara volar de la muñeca y en el dorso del pie; se traduce como embarcación de río.

. Puntos Iunn.

Son los puntos inmediatamente más cefálicos a los Yu, se denominan también Koan o fuente, significan origen, absorbe la energía del meridiano acoplado (sólo existen en los meridianos Yang, en los Yin coinciden con los puntos Yu).

. Puntos King.

Situados a nivel de muñeca o tobillo, equivale a gran circulación o cascada.

. Puntos Ho.

Se encuentran a nivel del codo o rodilla, significa unión, desembocadura o mar.

. Puntos Pen.

Significan movimiento, y ponen en circulación la energía. Resultan de la imbircación de los puntos Shu antiguos con las variaciones de las estaciones; los hay de tonificación, de dispersión y los denominados puntos hora que facilitan el paso de la energía al meridiano que le sigue.

. Puntos Lo o equilibradores de la energía a base de conectar con el meridiano acoplado.

Se encuentran en el antebrazo y en la pierna, describiéndose uno por meridiano, a excepción de los meridianos de triple recalentador, maestro corazón, vesícula biliar y bazo que poseen dos. Hay puntos Lo de meridiano, de grupo (de arriba o de abajo) y generales. Escapan a esta regla topográfica los puntos Lo del meridiano Tou Mo, Jenn Mo y el gran Lo de Bazo, situados en el tronco.

. Puntos de Asentimiento.

Estos puntos están en relación con un órgano o víscera; se llaman también Shu o Iu de vejiga, pues están situados sobre este meridiano a lo largo del dorso en su trayecto más medial.

. Puntos Heraldo o alarma, Mo o Mu.

Se sitúan en la cara anterior del tronco con una actuación directa sobre el órgano o la víscera. Se hacen sensibles espontáneamente en las afecciones agudas.

. Puntos Ventana del Cielo.

Estos puntos facilitan el paso del yang de arriba hacia abajo: puntos E 9 y V 10 -en el cuello-, o de abajo arriba IG 18 y TR 16 - en el cuello-. También se considera en este grupo el P 3 situado en brazo. Roustan (1978) considera los puntos del cuello ID 16 e ID 17, como ventanas del cielo.

. Punto de los Cuatro Mares.

Son como grandes recolectores o embalses de energía. Se consideran: mar de la respiración, JM 17 (en el tórax); mar de la nutrición, E 30 (en el pliegue inguinal) y E 36 (en la pierna); mar de la energía, TM 17 (a nivel de la protuberancia occipital externa); y mar de la sangre, V 11 (en el dorso) y E 37-E 39 (en la pierna).

. Punto Geky.

Son puntos de urgencia y en ellos la sangre y la energía tiene la misma proporción; se encuentran en el antebrazo y en la pierna, entre la situación de los puntos Shu antiguos.

. Puntos de las raíces y de los nudos; del tronco y de las ramas.

Se puede considerar como una simbólica y gráfica clasificación topográfica de las zonas corporales, al comparar el cuerpo humano con un árbol.

Así se comprende que las raíces, origen de la energía, se encuentre en las extremidades, y los nudos, en donde se reunen la energía de cada uno de los grandes meridianos, en: la cabeza, cara, tórax y abdomen.

Otra clasificación derivada de tal comparación es el considerar un tronco y unas ramas. El primero sería las cuatro extremidades, mientras las segundas vendrían a corresponder a la cabeza, la cara, el pecho y el abdomen.

La única diferencia entre las dos clasificaciones es que en la primera se consideran los grandes meridianos mientras en la segunda son nombrados los doce meridianos descritos tradicionalmente.

Las extremidades, consideradas el comienzo de la corriente energética, corresponderían a las raíces y al tronco ("tronco se sitúa por encima de las raíces", se menciona en los textos tradicionales) situándose sus puntos representativos distales a la rodilla y al codo. Los puntos Ting del miembro inferior se consideran las raíces de los seis grandes meridianos, que serán descri-

tos posteriormente, en cambio los puntos representativos de los troncos se sitúan a distintos niveles del pie, tobillo y pierna así como de la mano y de la muñeca.

La cabeza, cara, tórax, abdomen y dorso es a donde se dirige y donde se manifiesta la energía, en dichas zonas se sitúan los puntos representativos de los nudos y de las ramas. Con respecto a los puntos nudo, los de los meridianos yang se encuentran a lo largo de la cabeza -típica zona yang- mientras que los de los meridianos yin se enclavan en la parte anterior del tronco -típica zona yin-. Los puntos de las ramas no presentan tan característica distribución pues los de los meridianos yang terminan en la cabeza, en cambio los de los meridianos yin se distribuyen tanto por la parte anterior del tronco -zona yin- como por su parte posterior -zona yang-.

Para una más fácil comprensión de lo dicho presentamos la siguientes tablas 1-2, donde se relaciona los meridianos con los puntos nudos y raíces, y tronco y ramas.

. Puntos Llave de los meridianos maravillosos. Actúan sobre dichos vasos, son puntos situados en las extremidades pertenezcan o no al meridiano sobre el que actúan.

. Puntos de reunión de la energía, auxiliares de la energía y movilizadores de la energía.

Con relación a los puntos reunión de la energía, en la tabla 3 se puede apreciar sus acciones terapéuticas. Debemos observar que en su mayoría se sitúan en las extremidades: IG 4, E 36 y R 3. Se presentan también aislados en el dorso, TM 14, en el cuello, VB 20, y en el abdomen, JM 12 y H 13.

Los puntos auxiliares de la energía movilizan grandes cantidades de energía a pesar de su denominación. Se utilizan para disminuir la energía corporal, H 13 (en el abdomen) y V 13 (en el dorso). Los puntos E 37, en la extremidad inferior, JM 3, en el abdomen, y TM 4, en el dorso, hacen descender la energía de lo alto a lo bajo; mientras el E 39, en el miembro inferior, y el JM 4, en el abdomen, hacen ascender la energía de lo bajo a lo alto.

La acción terpéutica de los puntos movilizadores de la energía se puede observar en la tabla 3. Dichos puntos se encuentran en los miembros (TR 2, IG 15 y V 54), así como en el tórax: JM 17, JM 14.

Adjuntamos unas láminas parciales de las distintas regiones del cuerpo (láminas VI-XIX), donde se aprecian la posición de todos los puntos mencionados anteriormente junto a su utilización tradicional, y así

observar más facilmente la posición topográfica relativa de todos ellos -destacando los puntos sobre los meridianos- para un análisis posterior de los mismos.

LOS DOCE MERIDIANOS			LOS SEIS MERIDIANOS		
Punto Rama	Punto Tronco	Meridiano	Meridiano	Punto Raiz	Punto Nudo
V 20, JM 23	B 6	TAI YIN DEL PIE (Meridiano Bazo)			
			TAI YIN	B 1	JM 12
P 1	P 9	TAI YIN DE LA MANO (Meridiano Pulmón)			
V 23, JM 23	R 8, R 2, R 6	SHAO YIN DEL PIE (Meridiano Riñón)			
			SHAO YIN	R 1	JM 23
V 15	C 7	SHAO YIN DE LA MANO (Meridiano Corazón)			
V 18	H 4	TSIUE YIN DEL PIE (Meridiano Higado)			
			TSIUE YIN	H 1	JM 18
MC 1	MC 6	TSIUE YIN DE LA MANO (Meridiano Maestro Corazón)			

TABLA 1. Puntos Rama y Tronco, Raiz y Nudo de los meridianos Yin.

LOS DOCE MERIDIANOS			LOS SEIS MERIDIANOS		
Punto Rama	Punto Tronco	Meridiano	Meridiano	Punto Raiz	Punto Nudo
V 1	V 59	TAI YANG DEL PIE (Meridiano Vejiga)			
			TAI YANG	V 67	V 1
V 2	ID 6	TAI YANG DE LA MANO (Meridiano Intestino Delgado)			
E 9, E 4	E 45	YANG MING DEL PIE (Meridiano Estómago)			
			YANG MING	E 45	E 1
E 8, IG 20, JM 24	IG 11, IG 14	YANG MING DE LA MANO (Meridiano Intestino Grueso)			
VB 2, ID 19	VB 44	SHAO YANG DEL PIE (Meridiano Vesícula Biliar)			
			SHAO YANG	VB 44	VB 2, ID 19
TR 21, TR 19, TR 23	TR 2, TR 3	SHAO YANG DE LA MANO (Meridiano Triple Recalentador)			

TABLA 2. Puntos Rama y Tronco, Raiz y Nudo de los meridianos Yang.

PUNTOS REUNIÓN DE ENERGÍA

ACCIÓN	PUNTOS
Reunión de la energía general	IG 4, E 36, R 3
Reunión de la energía Yang	IG 4, TM 14, JM 12
Reunión de la energía Yin	H 13
Reunión de la energía Yang/Yin	VB 20, E 36

PUNTOS MOVILIZADORES DE ENERGÍA

ACCIÓN	PUNTOS
Movilizador de energía defensiva	TR 2
Movilizador de energía bloqueada	JM 14
Reequilibrador de grandes alteraciones	JM 17, B 21
Dispersador de excesos de energía yang en miembros superiores	IG 15
Dispersador de excesos de energía yang en miembros inferiores	V 54, E 30

PUNTOS LLAVE DE LOS MERIDIANOS EXTRA-ORDINARIOS

MERIDIANOS EXTRA-ORDINARIOS	PUNTOS LLAVE
TAE MO	VB 41
YANG OE	TR 5
TOU MO	ID 3
YANG TSIAO MO	V 62
TCHRONG MO	B 4
YIN OE	MC 6
JENN MO	P 7
YIN TSIAO MO	R 6

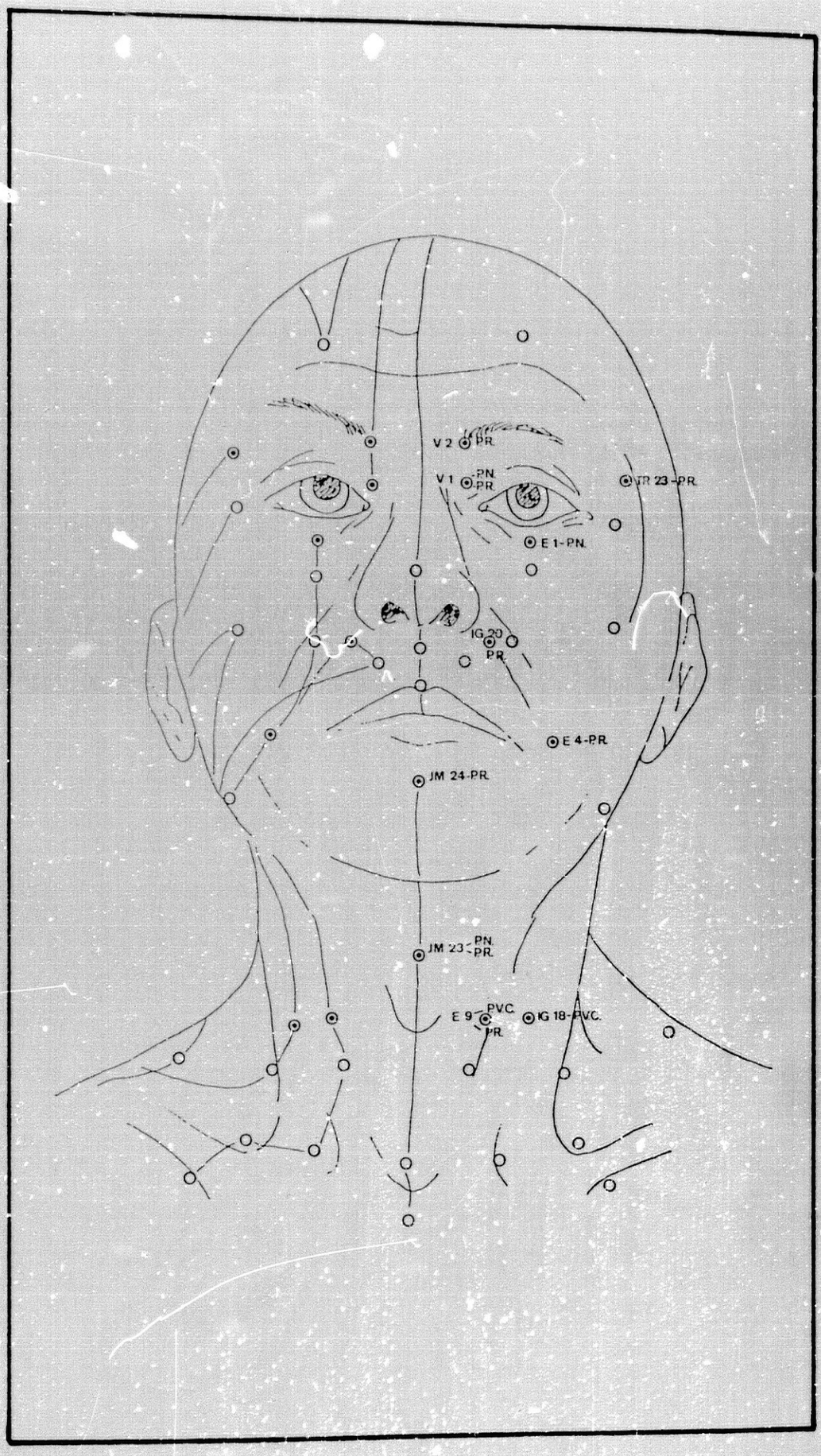
TABLA 3. Acción tradicional de los Puntos Reunión de la energía y Movilizadores de la Energía.
Relacion de Puntos LLave de los meridianos extra-ordinarios.

LÁMINAS VI A XIX.

PUNTOS TERAPÉUTICOS TRADICIONALES:
SITUACIÓN Y SIGNIFICADO.

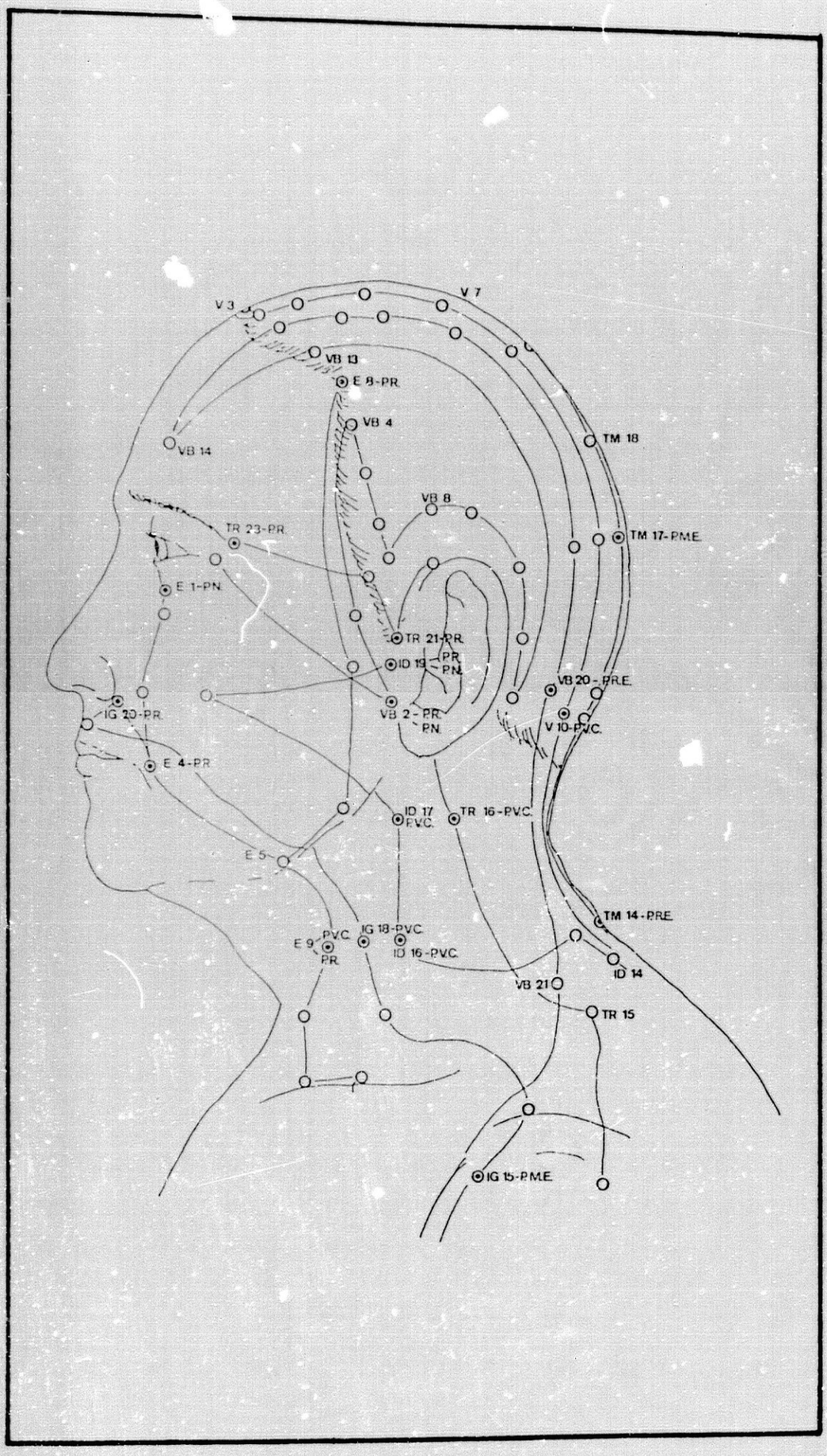
SIMBOLOS	ABREVIATURAS	SIGNIFICADO DEL PUNTO
◐		PUNTO SHU ANTIGUO (Punto Ting, Yung, Yu, Iunn, King, Ho)
◔		PUNTO LO
	P. LP.	Punto Lo Particular
	P. LO.	Punto Lo Grupo
	P. LG.	Punto Lo General
✱		PUNTO GEKY
◎	P. A.	PUNTO ASENTIMIENTO
◉	P. H.	PUNTO HERALDO
⊙		OTROS PUNTOS TERAPEUTICOS TRADICIONALES
	P. V. C.	Punto Ventana del cielo
	P. M. R.	Punto Mar Respiración
	P. M. N.	Punto Mar Nutrición
	P. M. E.	Punto Mar Energía
	P. M. S.	Punto Mar Sangre
	P. Rz.	Punto Raiz
	P. N.	Punto Nudo
	P. T.	Punto Tronco
	P. R.	Punto Rama
	P. Ll.	Punto Llave
	P. R. E.	Punto Reunión de la Energía
	P. A. E.	Punto Auxiliar de la Energía
	P. M. E.	Punto Movilizador de la Energía

Simbolos e indicaciones empleadas en las Láminas IV al XIX.



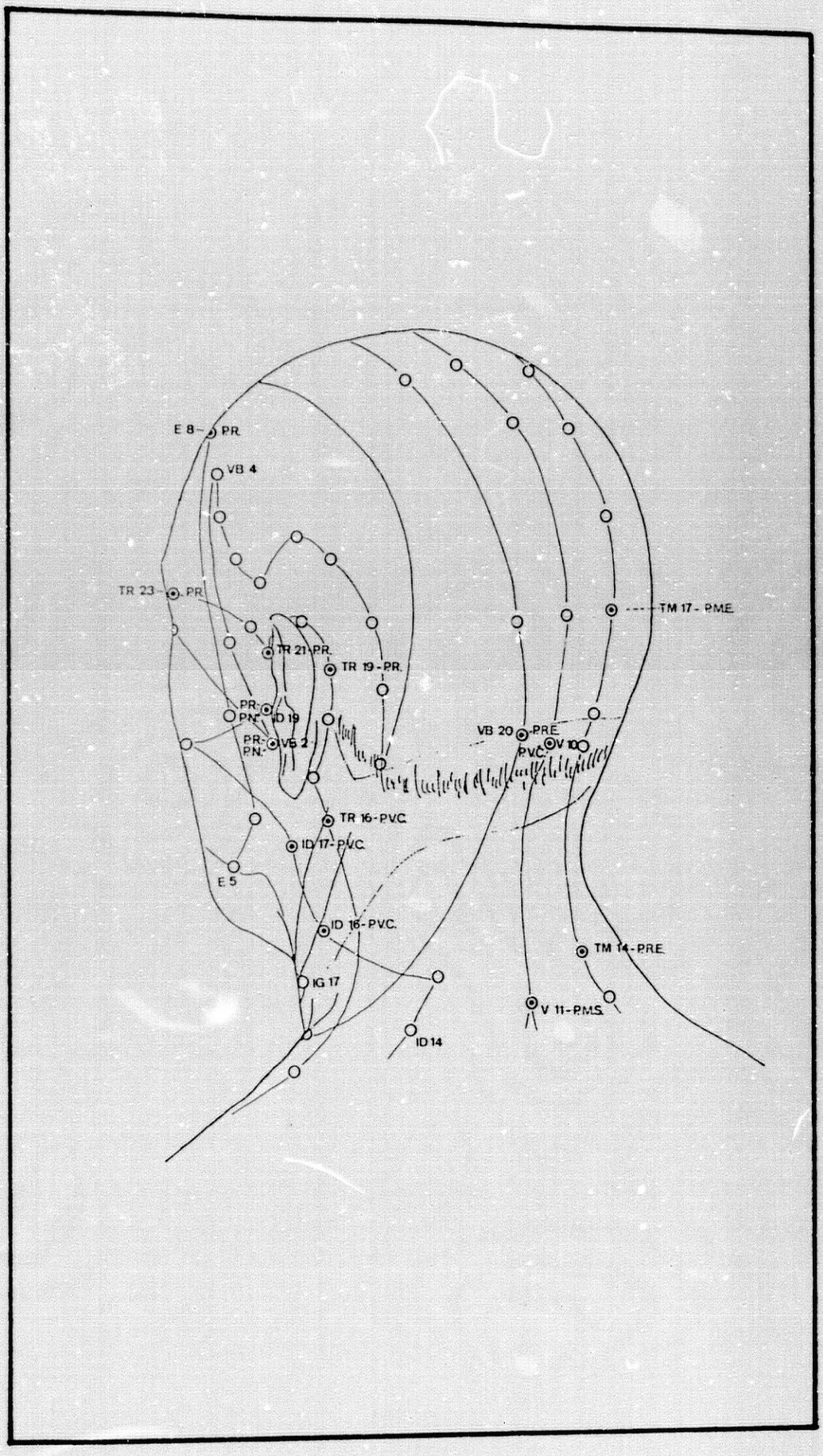
LAMINA VI

Puntos terapéuticos tradicionales de la cabeza y del cuello, en visión anterior.



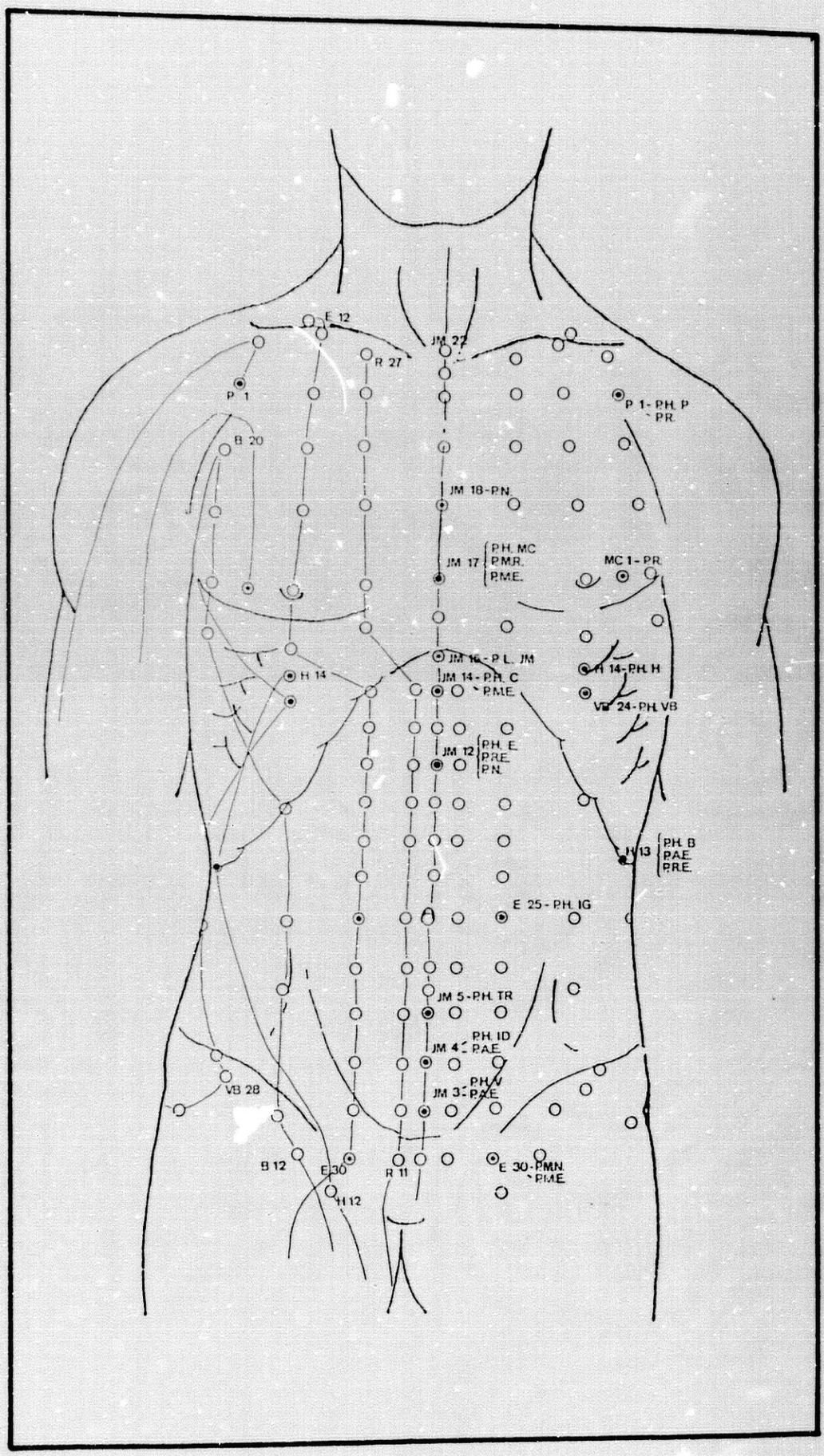
LAMINA VII

Puntos terapéuticos tradicionales de la cabeza y del cuello, en visión lateral.



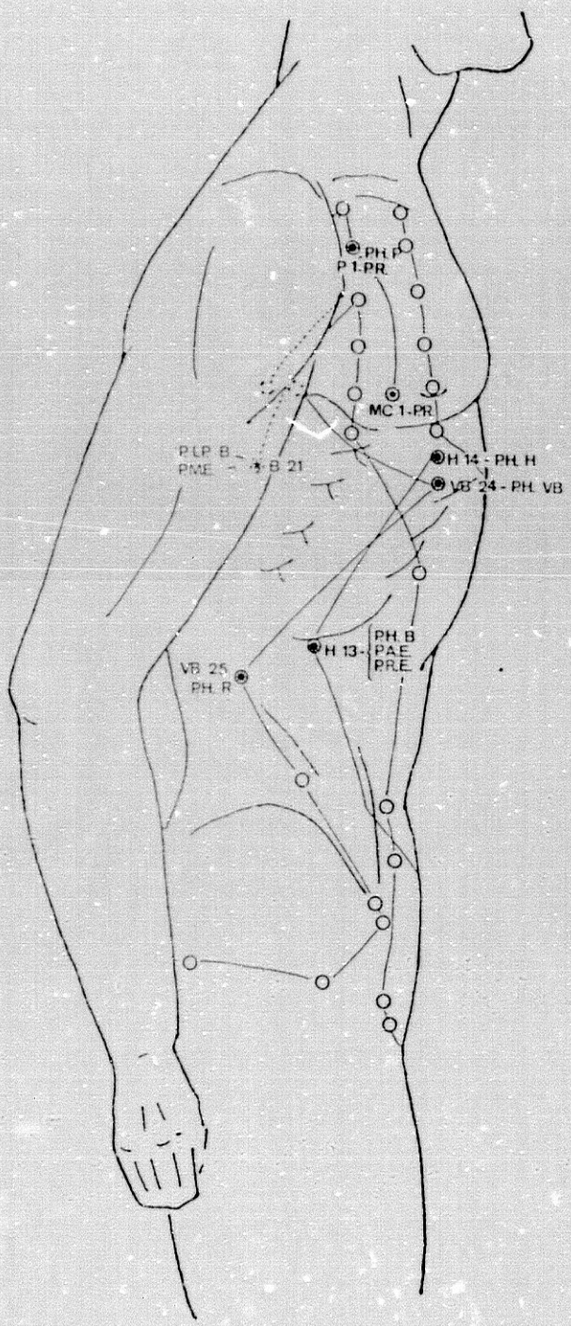
LAMINA VIII

Puntos terapéuticos tradicionales de la cabeza y del cuello, en visión póstero-lateral.



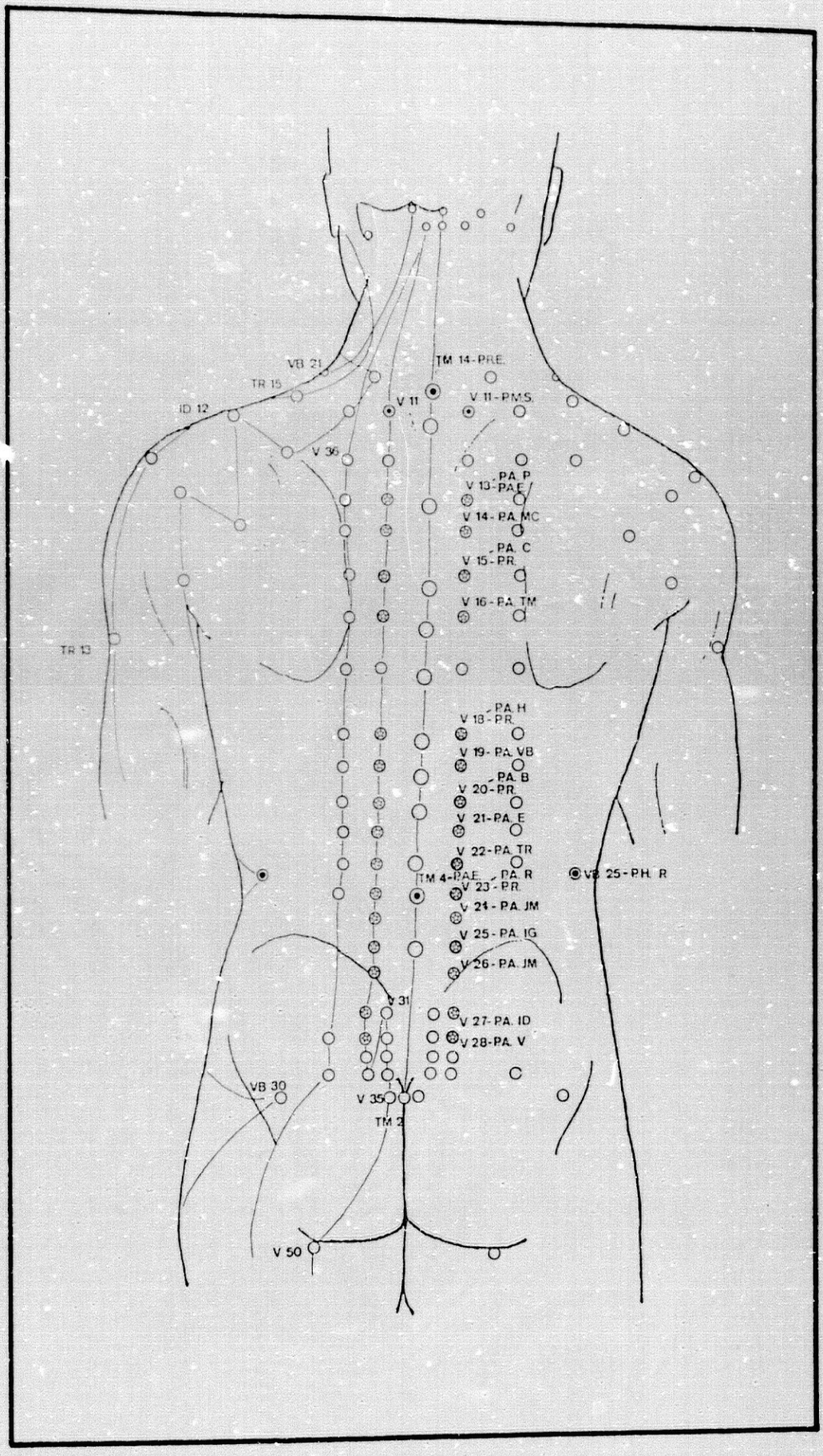
LAMINA IX

Puntos terapéuticos tradicionales del tronco, en visión anterior.



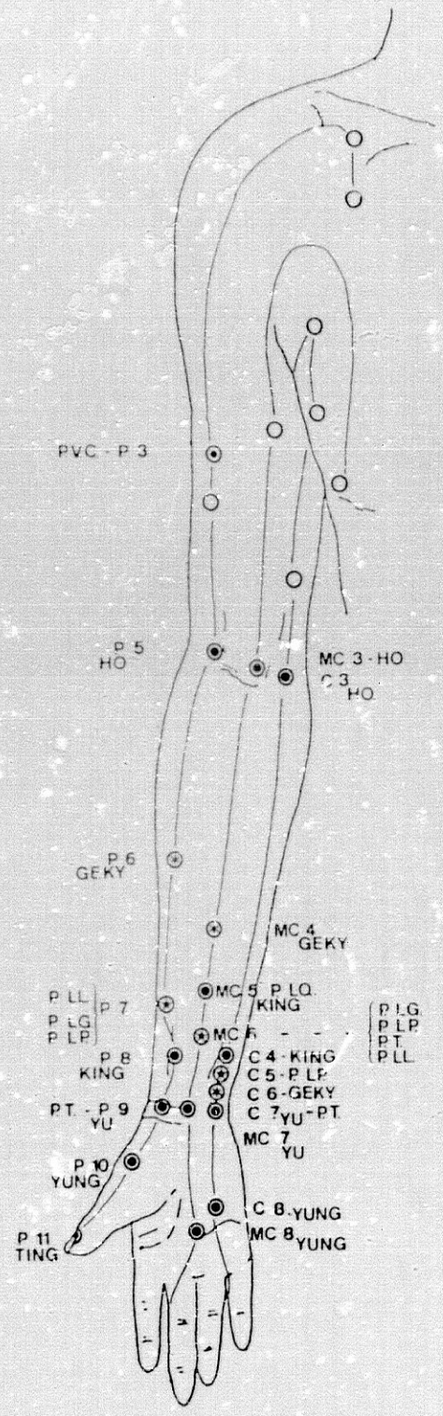
LAMINA X

Puntos terapéuticos tradicionales del tronco, en visión lateral.



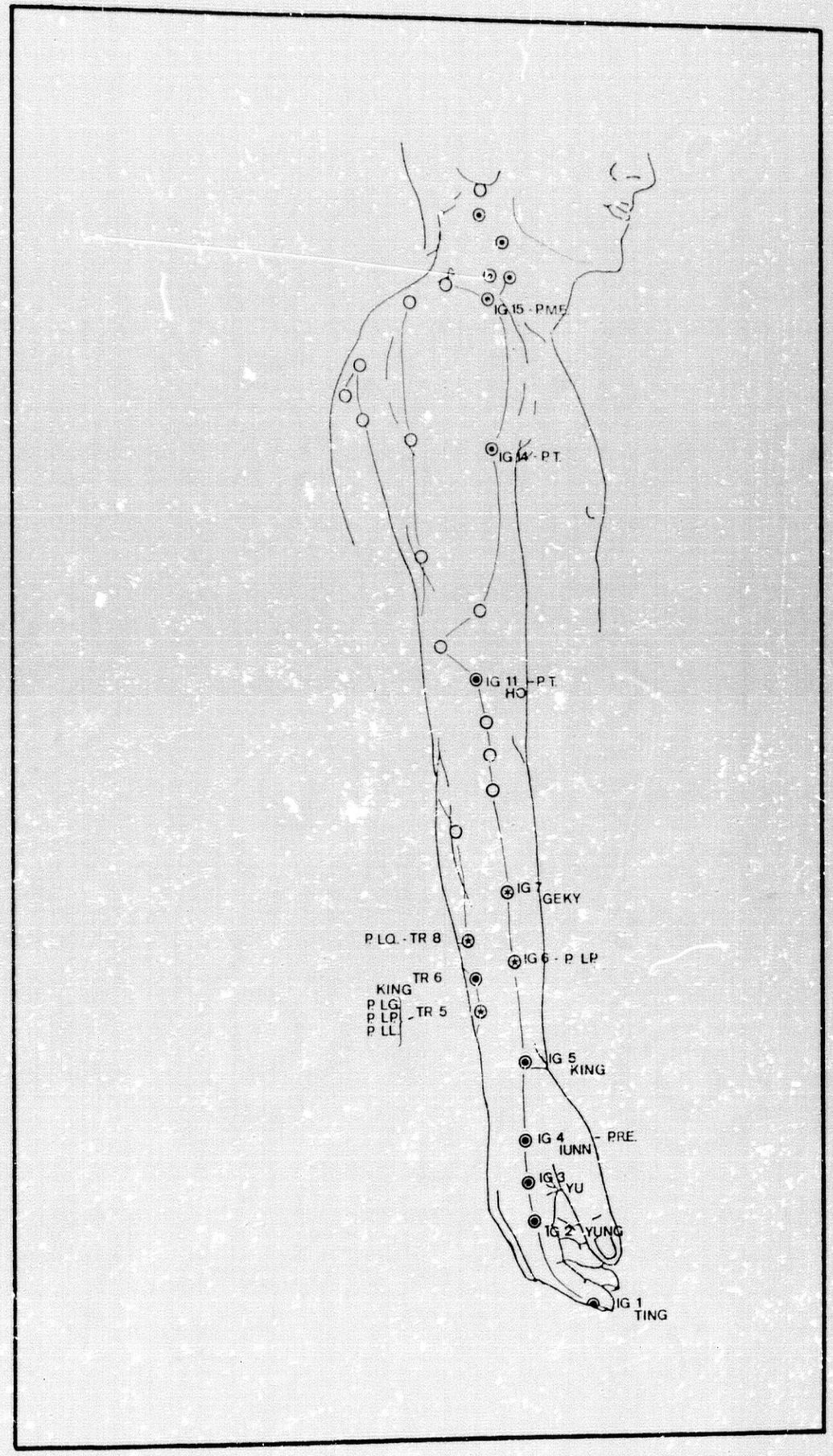
LAMINA XI

Puntos terapéuticos tradicionales del tronco, en visión posterior.



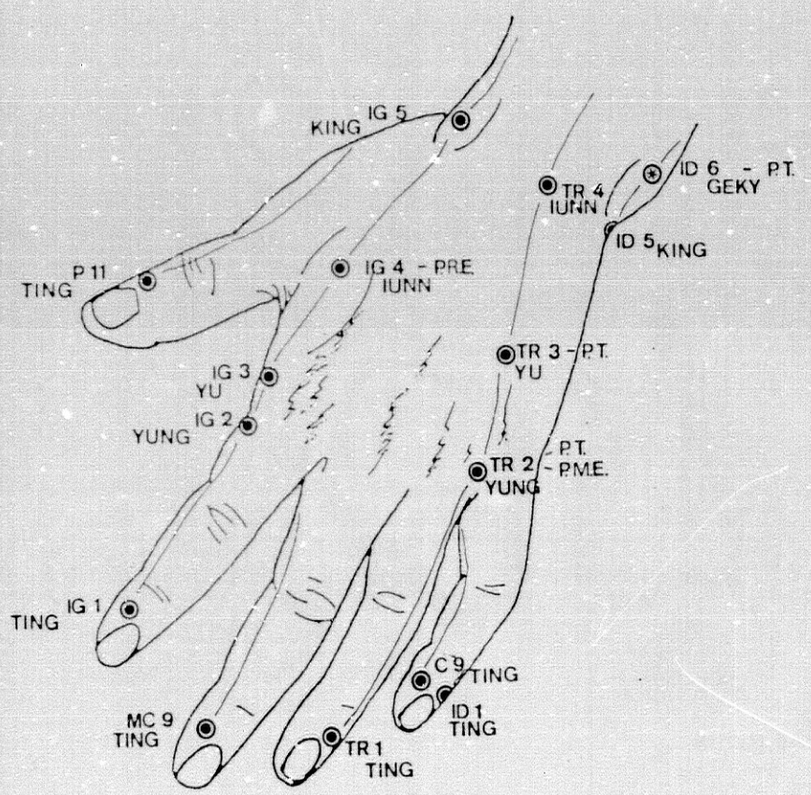
LAMINA XII

Puntos terapéuticos tradicionales del miembro superior. Visión de la cara interna.



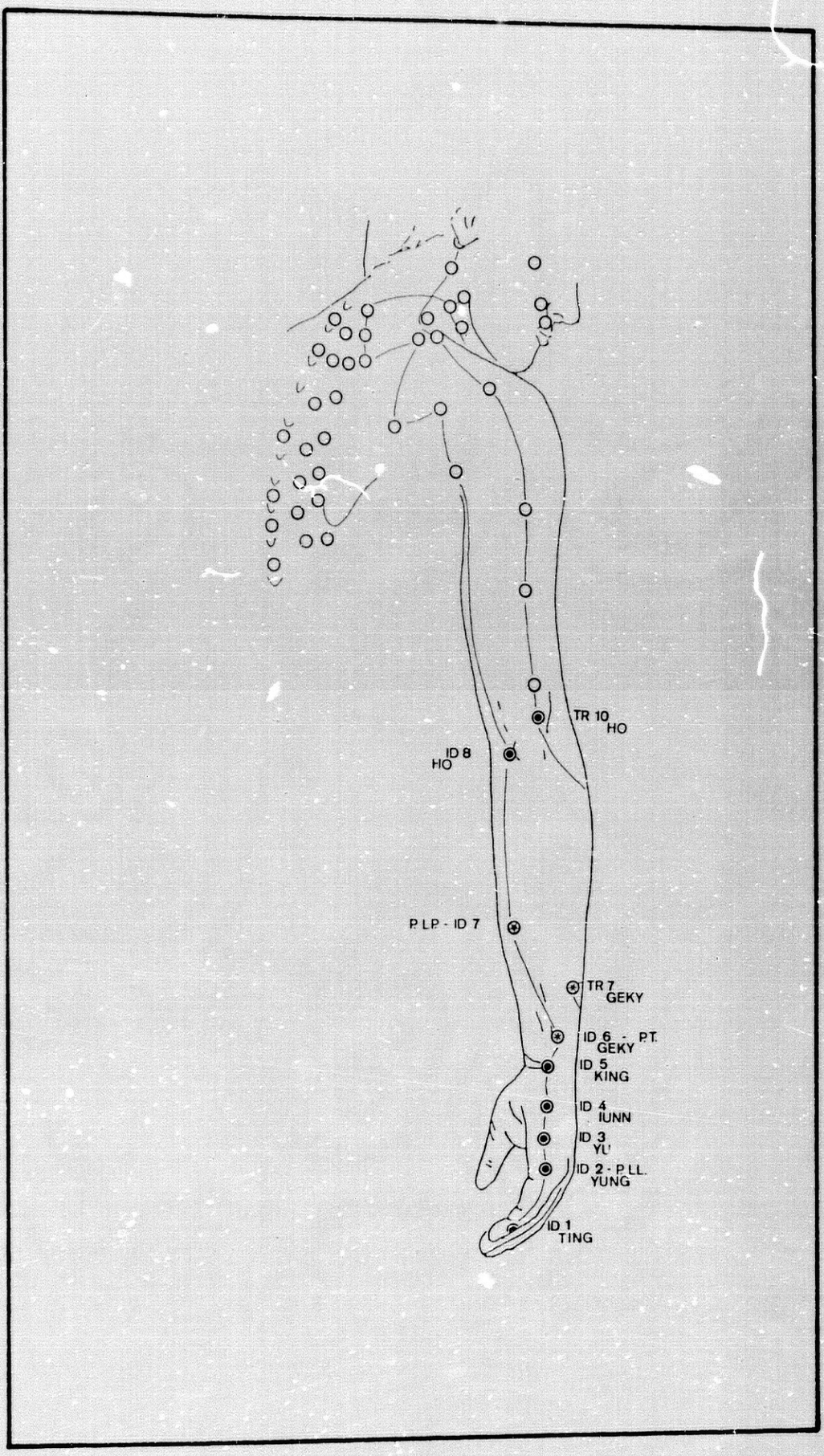
LAMINA XIII

Puntos terapéuticos tradicionales del miembro superior. Visión de la cara antero-externa.



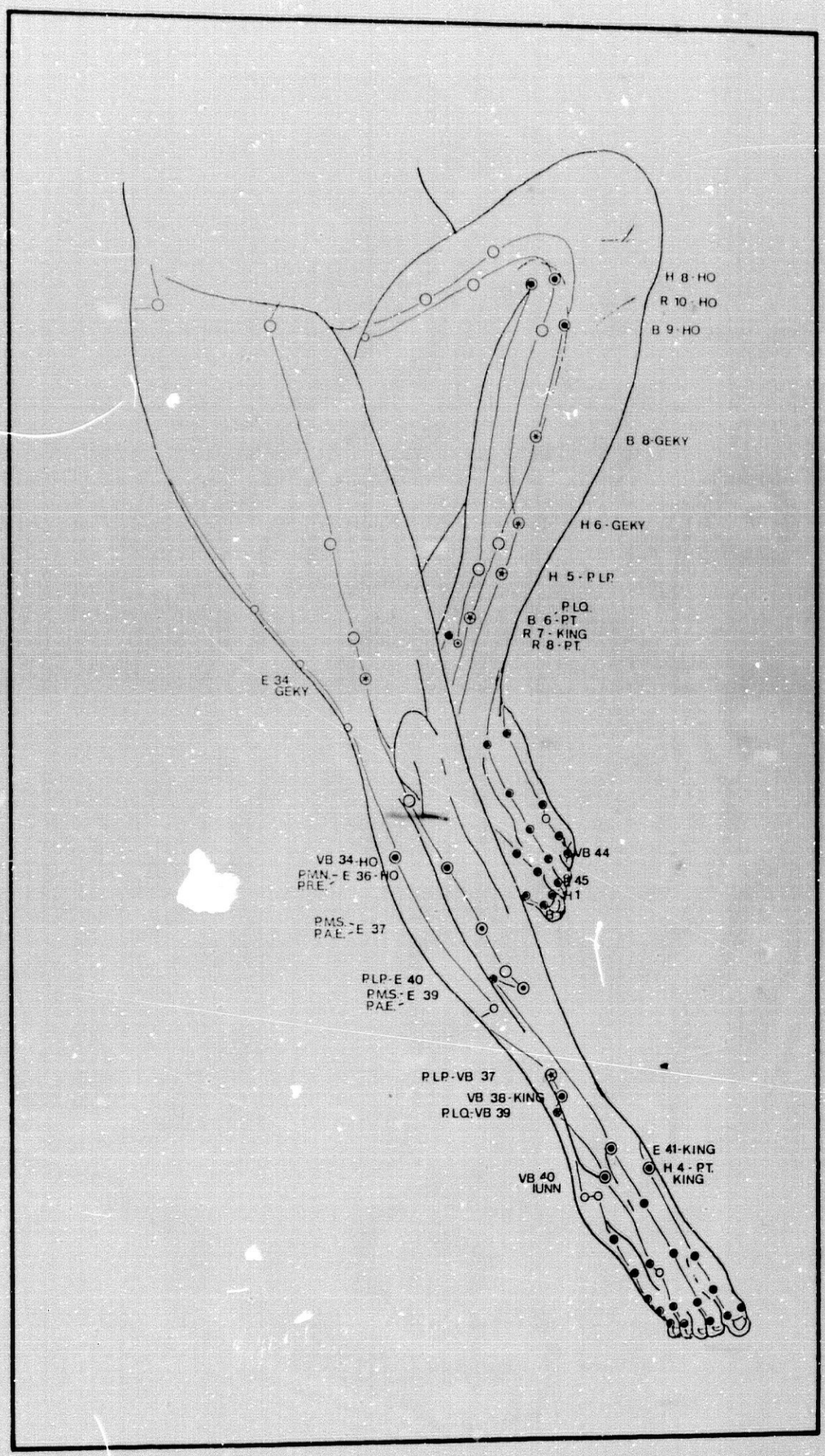
LAMINA XIV

Puntos terapéuticos tradicionales de la cara dorsal de la mano.



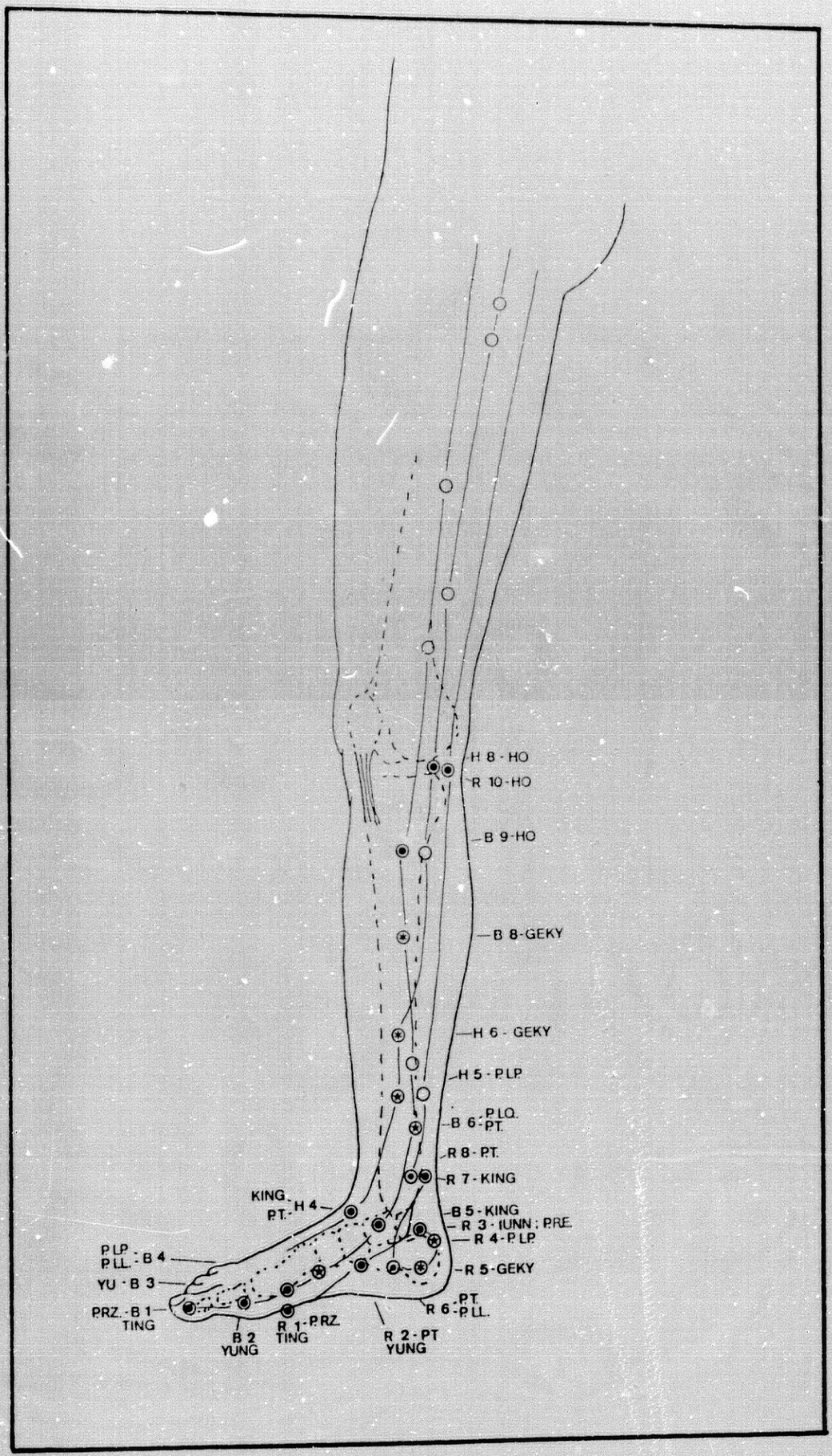
LAMINA XV

Puntos terapéuticos tradicionales del miembro superior. Visión de la cara posterior.



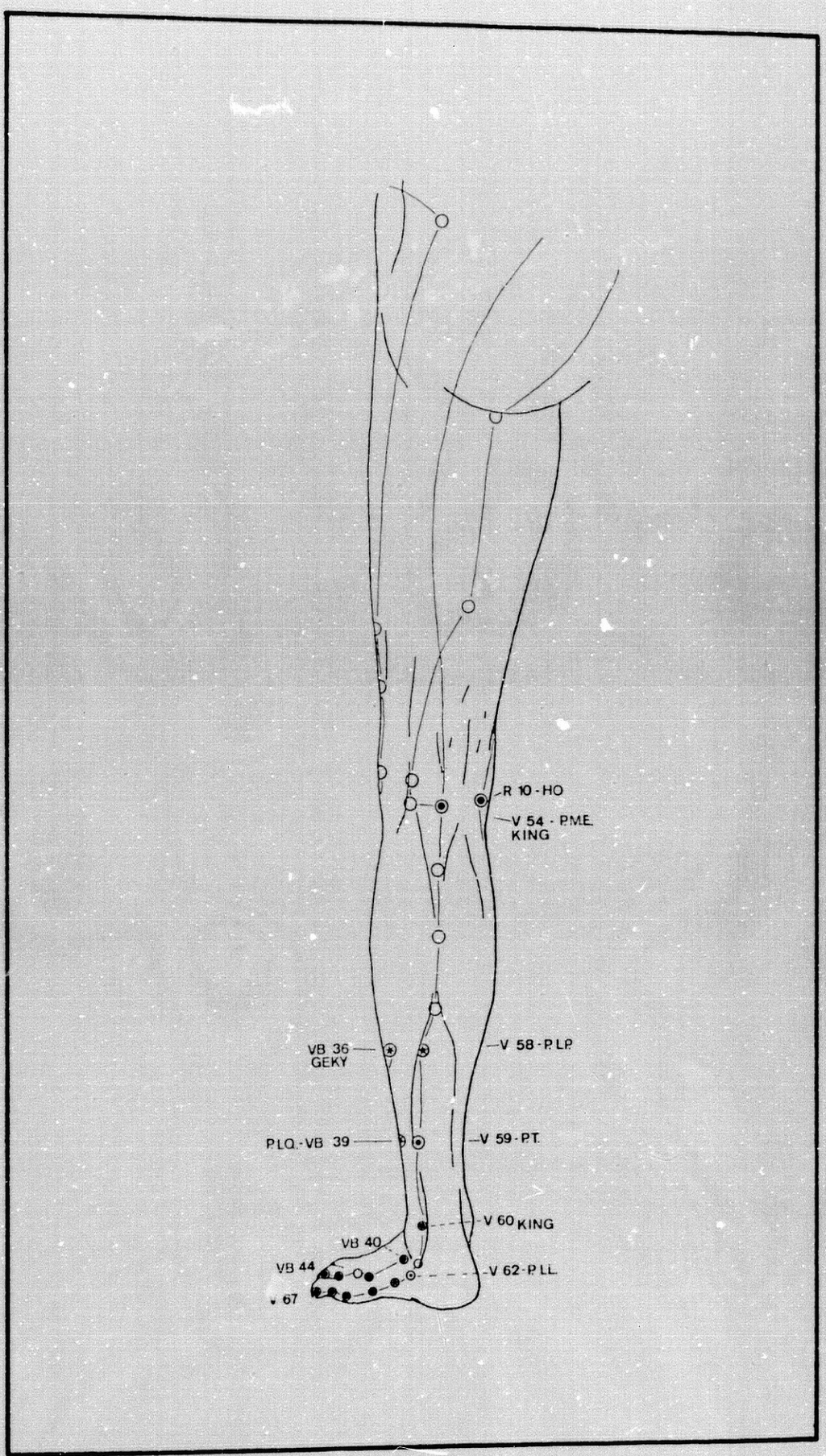
LAMINA XVI

Puntos terapéuticos tradicionales de la cara externa e interna del miembro inferior.



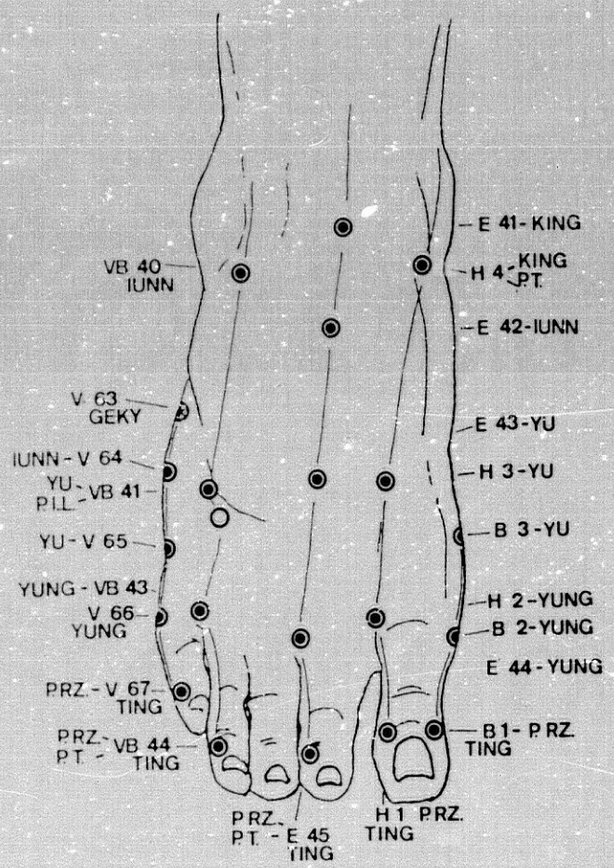
LAMINA XVII

Puntos terapéuticos tradicionales de la cara interna del miembro inferior.



LAMINA XVIII

Puntos terapéuticos tradicionales de la cara posterior del miembro inferior.



LAMINA XIX

Puntos terapéuticos tradicionales del dorso del pie.

La existencia del punto ha sido puesta a prueba (Funakoshi, 1980). Con nuestra metodología occidental fue confirmada su existencia por Manaka (1958), Niboyet (1963) y Nogier (1969) que los definierón como zonas concretas de la piel de baja impedancia. Siguiendo esta línea de estudio de las propiedades eléctricas de la piel, se encuentran los trabajos de Bretschneider (1976) y Hyvarinen (1977) que los definen como lugares de baja resistividad; es ésta la característica que hoy en día los define (Rosenblatt, 1982; Zhu, 1981) no sólo en el cuerpo humano vivo sino en el cadáver (Croley, 1986). Aunque la resistividad conductancia de la piel presenta variabilidad dependiendo de la humedad, grado de hidratación de la piel (Halek, 1982; Jakoubek, 1982) no deja por ello de tener utilidad para desde la alteración de las propiedades eléctricas de la piel ver la alteración de los órganos, y de la persona en su globalidad, es decir, como un método de diagnóstico y seguimiento del tratamiento (Canton, 1974; Pontigny, 1978; Omura, 1982; Panchenko, 1982). Es el uso de tal característica el que se nos propone en nuestra medicina occidental como método de estudio de la actividad del sistema nervioso vegetativo (Knezevic, 1985; Nozdrachev, 1983), cuya importancia en la génesis de cuadros funcionales ya la hemos apuntado anteriormente, y además como método de

estudio de los estados de tensión, ansiedad de ciertas enfermedades (Petal, 1975; Carr, 1985).

Por otra parte, Plummer (1980) los identifica con zonas de acúmulos de plexos venosos o arterio-venosos e incluso opina que la variabilidad de localización de éstos justifica la existencia de estos puntos fuera de meridiano, o que la posición del punto sea relativamente variable.

El punto es pues el elemento más importante y básico de la actuación acupuntural (Berlant, 1986); es de donde se va a producir el efecto (Chang, 1979). Para la Medicina Tradicional china es desde donde se va a manejar la energía o Chi, que ya hemos identificado (Nguyen, 1981). Con el máximo respeto, por supuesto, a este concepto, a nosotros nos interesa su visión topográfica, es decir, tratar desde estos lugares de fácil localización y representación anatómica de seguir o explicar el efecto (llámese equilibrio energético o de otro modo) que se produce a través de la superficie (la piel) hacia el interior (órgano, víscera) y viceversa. Esta es la primera valoración que nos interesa y nos compete desde el punto de vista anatómico, para en un segundo paso poder avanzar algo más y establecer la relación concreta, cómo llega a un órgano determinado el efecto clínico comprobado y registrado.

Pero hay otro hecho reseñable en relación a los puntos que, en parte y "a priori", no es fácil entender. La distribución de todos los puntos ocurre en toda la extensión del cuerpo, es decir, a nivel de la cabeza, tronco y de las extremidades y el efecto tras la punción acupuntural se puede conseguir de la agrupación de los puntos situados en esos tres niveles. El hecho es una realidad clínica evidente, y a tal efecto hemos citado ya algún ejemplo de los numerosísimos que podríamos poner. No se conoce bien la patogenia y los mecanismos por los cuales se producen tales efectos coordinados (Bossy, 1985). Todo ello será retomado y volveremos a insistir más adelante.

2. LOS MERIDIANOS.

En segundo lugar, tal y como adelantábamos, debemos abordar el concepto de meridiano y lo haremos siguiendo la misma directriz utilizada para el comentario del punto, es decir, insistiendo una vez más, resaltando y utilizando realmente aquellas peculiaridades de significación anatómica y topográfica, sin rechazar por supuesto las demás. Los meridianos son definidos en la Medicina Tradicional como vectores energéticos por donde transcurre la "Energía" o "Chi" en el organismo (Bossy,

1985). En número de catorce se distribuyen por todo el organismo, situándose a lo largo de ellos la mayoría de los puntos de acupuntura (lám. XX-XXIII). Se dice también en los textos sagrados que su misión es la de relacionar diferentes zonas orgánicas entre sí y con el mundo exterior, la de llevar energía (Chi) a las distintas partes del organismo y la de contribuir al mantenimiento de las funciones vitales y la defensa de nuestro cuerpo (Soulié de Morant, 1985). A nosotros nos interesa particularmente, por las razones reiteradamente aludidas, su importante relación topográfica, pues su localización y distribución es de una gran ayuda para conocer la situación de los puntos y comprenderlos. Igualmente, y por su importante papel en los razonamientos de la función acupuntural debe ser un fuerte punto de apoyo para obtener un estudio más profundo y real de esta técnica, sus relaciones y sus características básicas anatómicas. Por supuesto, con ese fin utilizaremos la nomenclatura, disposición y características que le son propias.

Su distribución, nomenclatura, las siglas correspondientes (que utilizaremos en este trabajo según Bossy, 1984) y el número de puntos que corresponde a cada uno de ellos es como sigue:

2.a. Por la cara ventral de miembro superior hasta

la región súpero-anterior del tórax: meridianos pulmón (P), 11 puntos, maestro corazón (MC), 9 puntos, y corazón (C), 9 puntos.

2.b. Por la cara posterior del miembro superior hasta la cabeza: meridianos intestino grueso (IG), 20 puntos, triple recalentador (TR), 23 puntos, e intestino delgado (ID), 19 puntos.

2.c. A lo largo de la cara interna del miembro inferior hasta la región súpero-anterior del tórax: meridianos bazo (B), 21 puntos, hígado (H), 14 puntos, y riñón (R), 27 puntos.

2.d. A lo largo de la cara externa del miembro inferior hasta la cabeza pasando por el dorso del tronco, excepto el meridiano estómago que pasa por su cara anterior hasta el borde inferior y medio de cada órbita: meridianos estómago, 45 puntos, vesícula biliar (VB), 44 puntos, y vejiga, 67 puntos.

2.e. Por último dos meridianos de distribución por la línea medio-sagital: uno discurre por la línea media anterior desde el centro del periné hasta el labio inferior: Jenn Mo (JM), 24 puntos. Otro lo hace por la

línea media posterior desde el coccix por la cara posterior del tronco, rodeando la cabeza hasta el labio superior: Tou Mo (TM), 28 puntos.

Lo mismo que hemos comentado en relación a la comprobación de la existencia de los puntos ocurre con la de los meridianos. Se han sucedido de modo similar numerosas teorías, pero a diferencia de las dadas para los puntos, no son tan convincentes. Así autores como Quaglia Santor (1976) los considera, sin un razonamiento profundo, como verdaderos canales por donde corre la energía; o Shenberger (1977) que intentan demostrarlos sin llegar a nada concreto, aplicando la misma ley de Ohm que a los puntos en los cadáveres, o Zhu (1981) y Yu (1981) que analizan caminos de baja resistividad de la piel; incluso Lee (1978) aporta un mayor grado de confusionismo cuando expone que los meridianos no tienen una localización totalmente fija, sino que son capaces de fluctuar en cierto grado en disposición vertical.

En los trabajos de Omura (1976), Sauval (1984) y Vernejoul (1984), se estudia el comportamiento o distribución de la temperatura de la piel; este análisis nos da unas imágenes poco definida y más que dudosas. Al contrario que en el concepto de punto, para el meridiano

nunca se llega a una clara y evidente realidad física de la noción que estamos analizando (Sekhon, 1982).

Particularmente a nuestro trabajo, no afecta este cierto desorden, pues en principio no entramos en ello ya que los utilizamos desde la perspectiva topográfica y localizativa de los puntos.

Pero en un segundo capítulo, por el interés que supone el poder aclarar de alguna manera este confusionismo, sí tendremos que abordarlo con mayor extensión pues a este primer planteamiento oscuro, se suma que no sólo se habla de los 14 meridianos, tal y como hemos presentado anteriormente, sino que además se habla de meridianos o vasos (que también así se puede denominar) Lo, maravillosos y distintos (Lebarbier, 1975) a lo que nos hemos necesariamente de referir.

Un planteamiento de los aspectos fundamentales de todos ellos, tanto al concepto propio de cada tipo como a la distribución de los mismos, seguramente nos podrá llevar a conclusiones muy positivas.

En primer lugar se ha de resaltar que estos meridianos, que vamos a denominar a partir de ahora "secundarios" (Lo, distintos y maravillosos) no poseen puntos propios, sino que vienen a coincidir con los mismos de los otros meridianos que hemos definido ya, y que para diferenciar unos de otros podemos denominar "principa-

les". Esto viene a hacernos intuir, desde este momento, que atendiendo a nuestro prisma de la visión básica de la topografía deben existir muchas coincidencias, por no decir todas, entre sendos tipos de meridianos.

Pero no adelantemos acontecimientos. Hagamos una descripción conceptual y del recorrido de estos meridianos que complemente el panorama y nos de una visión suficiente para poder obtener las consecuencias más relevantes.

Se dice que los vasos "Lo" tienen como misión unir unos meridianos principales concretos a otros, entre unos puntos precisos, que más tarde tendremos ocasión de particularizar. Los hay en sentido transversal y longitudinal. Los meridianos "distintos" o "profundos" salen de un punto concreto de cada meridiano principal, los apuntados puntos Ho, y se dirigen hacia el interior del organismo en busca de una víscera o un órgano correspondiente con el que se relaciona estrecha y directamente. Y por último, los meridianos "maravillosos" vienen a ser como estanques de energía que tienen como misión mantener el caudal energético, es decir, que también conectarán meridianos principales entre si. Incluso se podría hablar de un cuarto tipo de meridiano denominado "tendino-muscular", que al parecer fue descrito ya en Occidente y que vienen a simular las cadenas o lazadas

musculares o, bajo otro punto de vista, la distribución o representación más superficial de los meridianos, por cuyas dos razones pierden relación importante con los otros tres, al menos en el sentido que los estamos analizando.

El análisis más pormenorizado del recorrido y distribución de estos meridianos secundarios tienen un gran interés, pues vienen a aclarar muchos aspectos oscuros y fundamentales en el establecimiento y comprensión de unas bases anatómicas de esta terapéutica.

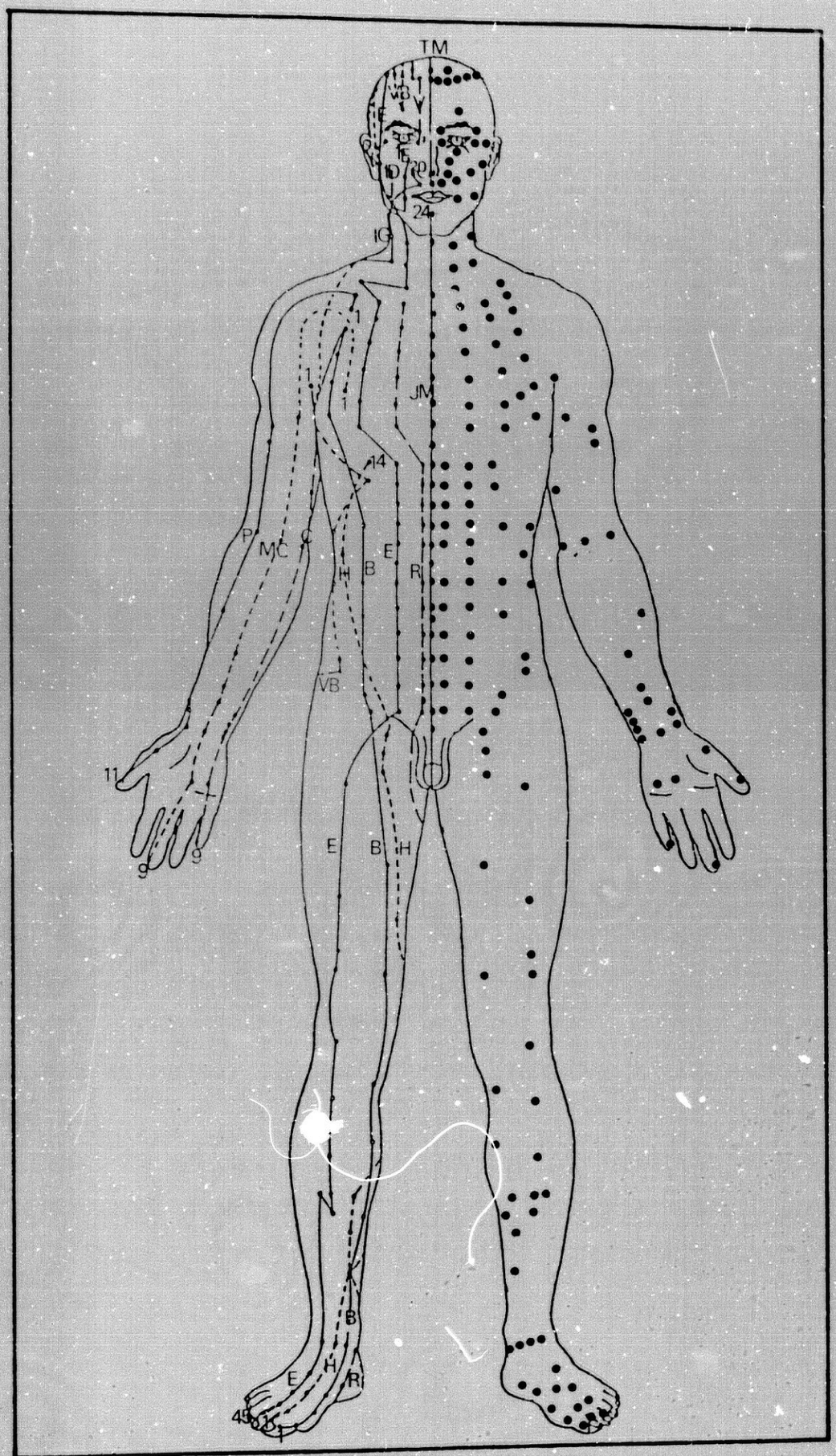
La primera dificultad que hay que salvar es la dispersión, la falta de unanimidad en los criterios y en las descripciones de estos meridianos. Para ello es necesario que intentemos hacerla unificando, en la medida de lo posible, las diferentes visiones, de tal modo que puedan servir de base o de estudio inicial.

Retornaremos al tema de nuevo en este sentido en el apartado de Resultados y Discusión en el que expondremos la descripción unitaria y el análisis de los problemas o peculiaridades que presenta cada uno.

Este es pues, en lineas generales, nuestro punto de arranque. La tarea no parece fácil, pero si tan interesante y atractiva que nos anima a realizarla aportando, con ilusión, nuestro esfuerzo y empeño.

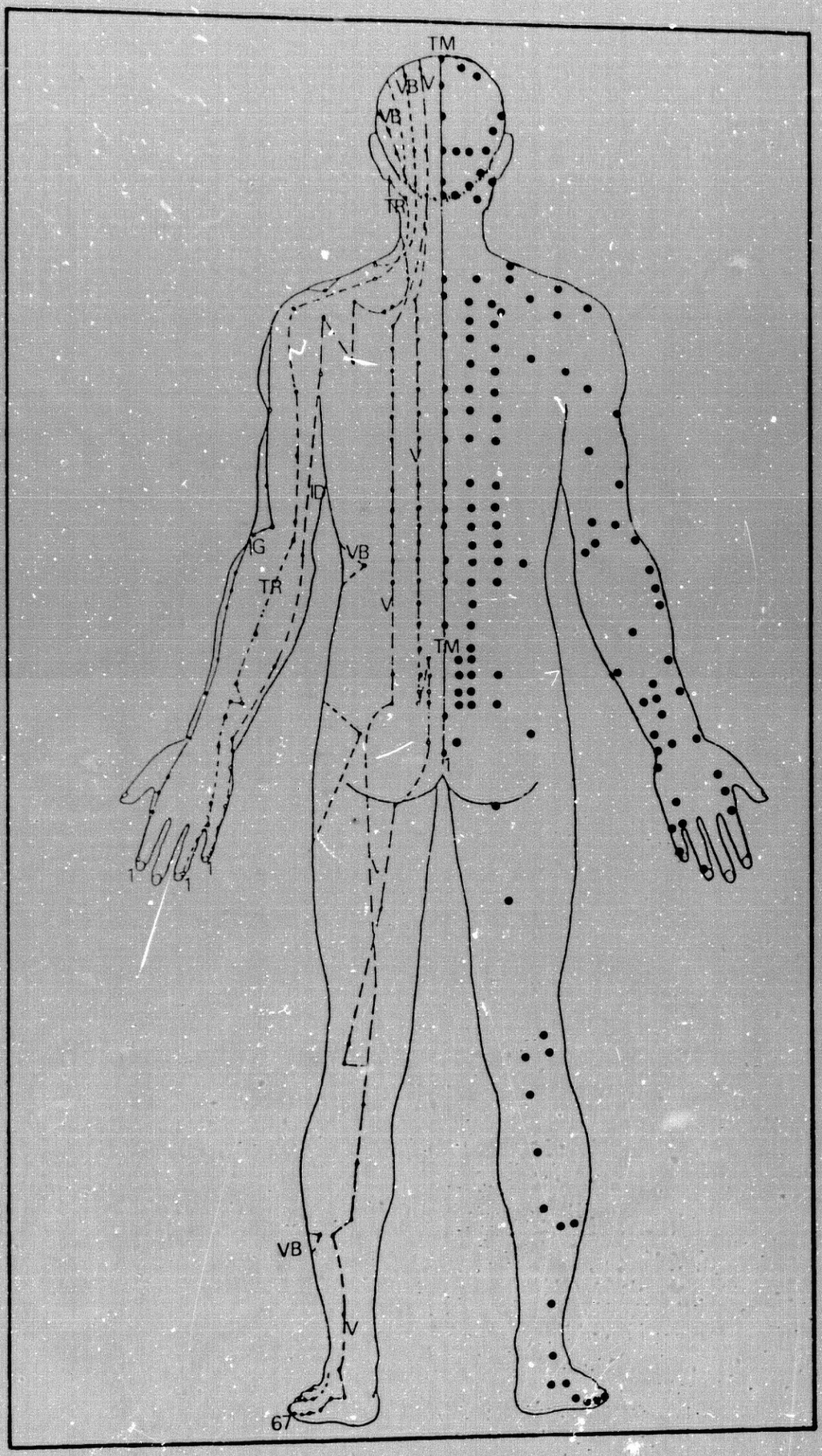
LáMINAS XX A XXIII.

MERIDIANOS Y PUNTOS ACUPUNTURALES.



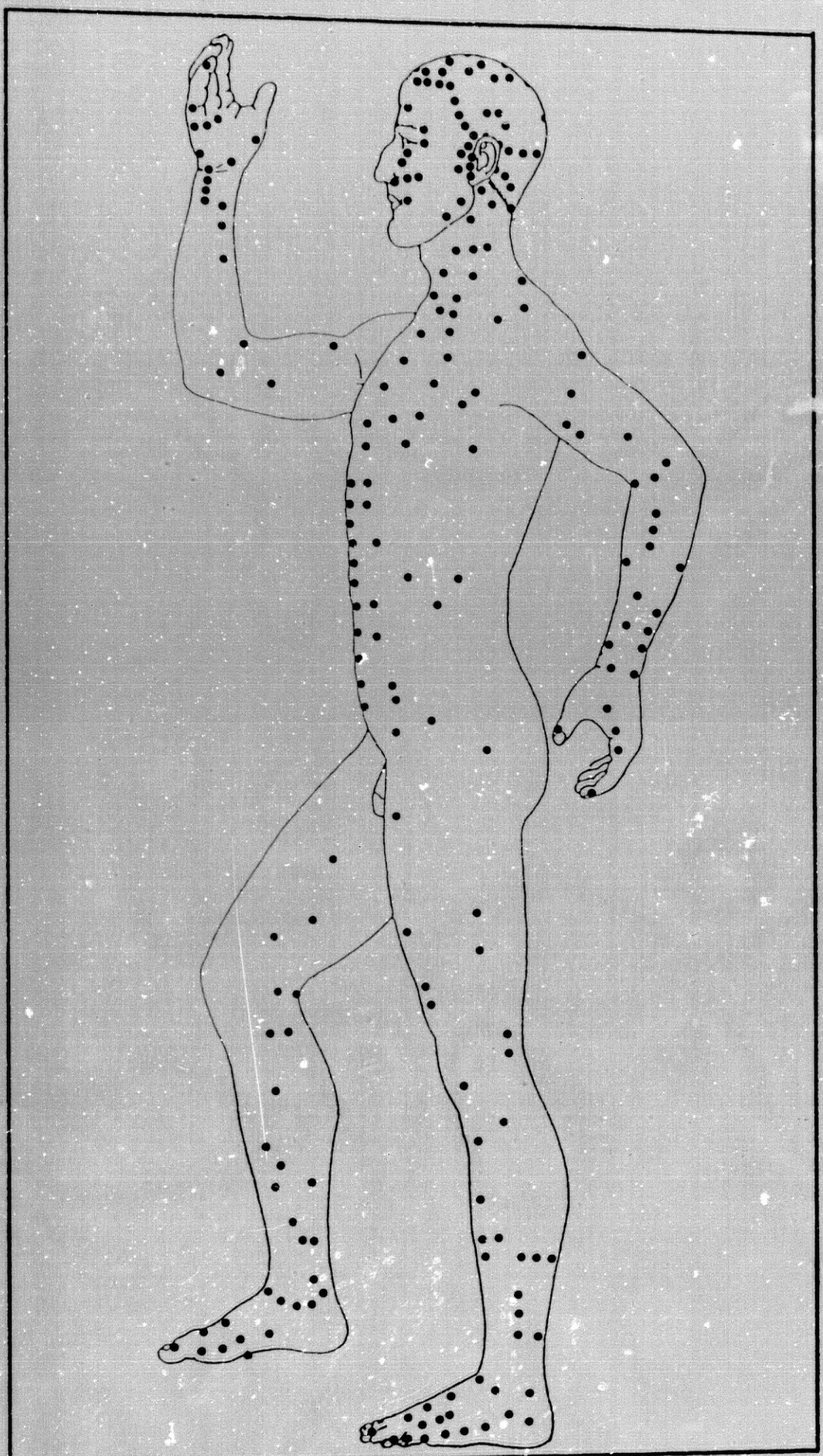
LAMINA XX

Meridianos y puntos acupunturales. Visión anterior.

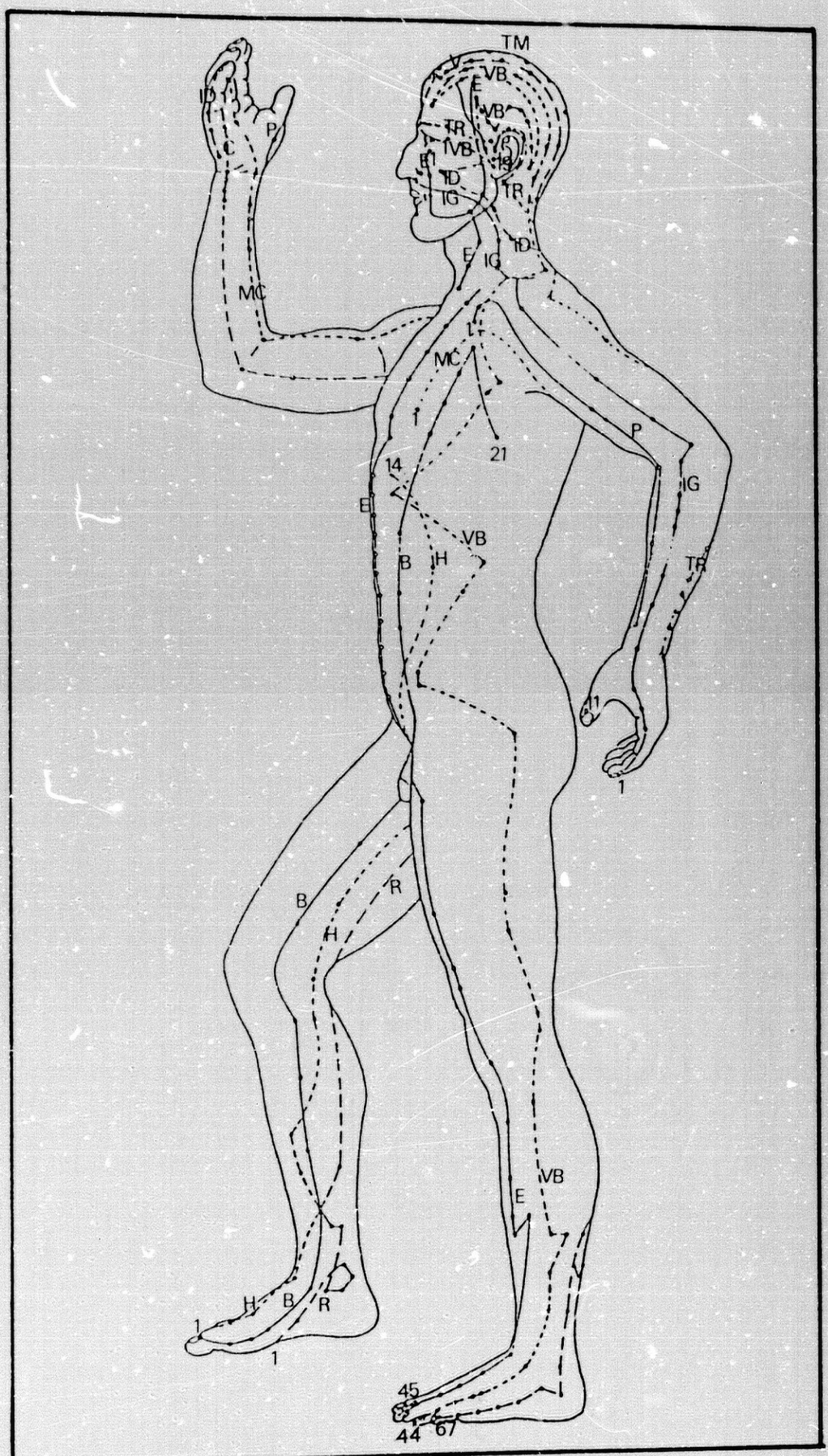


LAMINA XXI

Meridianos y puntos acupunturales. Visión posterior.



LAMINA XXII
Puntos acupunturales. Visión lateral.



LAMINA XXIII

Meridianos acupunturales. Visión lateral.

M A T E R I A L
Y
M E T O D O S .

En la bibliografía revisada con respecto a la Acupuntura (de la que es un ejemplo la citada en los anteriores apartados de Introducción y Planteamiento) en ocasiones se señala simplemente la efectividad de la técnica; en otras, se tiende, además, a explicar ésta desde un punto de vista tradicional en base a los conocimientos orientales sobre la anatomía y fisiología humana, basada en el concepto de los opuestos yin-yang y en el mantenimiento del equilibrio de esta oposición (equilibrio energético). En un tercer grupo, se apunta una posible base anatómica en relación a nuestros conocimientos, e incluso se manifiestan un conjunto de alteraciones fisiológicas y bioquímicas evidenciables que se explican con la misma.

Sin embargo, en todos ellos se hace un análisis parcial de una posible base anatómica de la Acupuntura. De una parte, trata de aspectos parciales al realizar sólo un estudio de uno o varios puntos acupunturales sin plantear una relación anatómica con otros puntos utili-

zados simultáneamente con aquellos para un mismo proceso, o sin comparar la situación de los primeros con respecto a otros puntos utilizados de la misma manera. De otra parte, se hace un análisis de los aspectos generales de la acción de la Acupuntura sin observar, una vez más, la posible relación topográfica y, por consiguiente anatómica, de los puntos utilizados, sólo evidenciando los resultados finales ya sean clínicos, fisiológicos o bioquímicos.

De ahí que nos adentremos en analizar la acción global de esta técnica milenaria e intentar dar una posible base real a su anatomía o, en su caso, razonar el proceder que pudo guiar a los antiguos acupuntores orientales a plantear unas peculiares bases anatomofisiológicas.

Para ello, tendremos que partir con los únicos datos que poseemos, contenidos en una amplia bibliografía que, aunque algunas veces puesta en entredicho, muestra, en todo caso, la efectividad que el uso de la técnica objeto de estudio ha manifestado a los distintos autores. Así pues, en primer lugar, se realizó una revisión de la amplia y diversa bibliografía existente en nuestro ambiente occidental sobre Acupuntura, seleccionando aquellos tratados que nos merecen una credibilidad científica en el trato de dicha técnica, bien porque

sean traducciones directas de textos antiguos chinos, Soulié de Morant (1985), o bien por el talante y reconocimiento de sus autores Alvarez Simó (1973), Sussman (1976), Borsarello (1973), Lebarbier (1975), Lavier (1968), Roustan (1979), Nguyen (1981) y Soulié de Morant (1984). "Con todos estos importantes y significativos textos hemos tratado de reunir aquéllos que son más completos y exactos a la vez que cubrir la diversidad de tendencias, traducciones y puntos de partida sobre los cuales se ha tratado y se trata en Acupuntura" (Sánchez-Montesinos, 1985).

Esta bibliografía ha sido sometida a un tratamiento exhaustivo en el sentido de una revisión de las bases anatómicas de la actuación de esta técnica oriental. En todos los textos destacan la existencia de dos hechos anatómicos esenciales para la Acupuntura: Puntos y Meridianos. Al ser el elemento clave de la actuación el fragmento de la superficie corporal en el cual se incrusta la aguja con un concreto fin terapéutico, el punto, nos parece obligado analizar éstos en un primer momento.

Nuestro estudio se centrará en aquellos puntos más representativos, que normalmente y con mayor frecuencia son utilizados en la ejecución de la técnica, pues son los únicos empleados en las tradicionales reglas tera-

péuticas y descritos como integrantes de los catorce meridianos, los puntos propios de los meridianos.

Por tanto, consideramos inicialmente el concepto de punto desde la perspectiva terapéutica, recopilando meticulosamente y exhaustivamente las indicaciones clínicas o terapéuticas de cada uno de ellos, relacionadas directamente con los diferentes órganos, vísceras o regiones de cada uno de los sistemas de la Anatomía Humana.

Con el anterior estudio, obtenemos un gran número de datos expresando la correlación de los puntos de Acupuntura, de una localización precisa, con uno o varios órganos sobre los cuales ejerce su acción. Estos datos obtenidos de cada uno de los textos han sido introducidos individualmente en un ordenador New Brain Mod. A y unidad de disco correspondiente. Antes de programarlo y con el fin de obtener algún resultado analizable, realizamos un tratamiento matemático que vamos a describir:

Para asegurar la eficacia de determinados puntos, situados en la superficie corporal, en el sentido de que si se actúa en ellos se produce una modificación clínica, terapéutica o funcional, etc. en un determinado órgano, víscera o región, definimos un coeficiente, denominado nivel de aceptación (∂) que nos muestra la relación entre el número de autores que consideran que un punto es válido para producir la citada modificación

de un órgano, viscera o región y el número total de autores que estudian los efectos de la acupuntura sobre dicho órgano, viscera o región.

De esta forma, cada valor del nivel de aceptación equivaldrá a una garantia mayor o menor sobre la eficacia de cada punto. Concretamente se define el nivel de aceptación según la fórmula $\partial = m/n$, siendo "m" el número de autores que estiman un punto eficaz respecto a un órgano y "n" el número de autores que estudian desde el punto de vista de la Acupuntura dicho órgano, viscera o región. En nuestro estudio particular hemos considerado un número máximo de nueve autores (o sea n=9 y, por tanto, $m \leq 9$).

Asi, en la tabla 4 se presenta la tabla de contigencia de valores de ∂ en función de los valores de "m" y "n". En la mencionada tabla se observa que al ser m, n $\in$ N (números naturales), en realidad interesa considerar las cotas inferiores del ∂.

Estando planteadas de esta forma las bases matemáticas, programamos el ordenador de modo que pudieramos obtener, del conjunto de datos introducidos, aquellos válidos según el nivel de aceptación determinado para cada órgano, viscera o región. Estos puntos válidos, expresión de una topografía precisa,se obtuvieron bajo tres ópticas o tres tipos de exigencias: la primera de

ellas con un nivel de aceptación amplio de $\partial \geq 0.50$, la segunda con el nivel de aceptación de $\partial \geq 0.65$ y un último nivel de aceptación de $\partial \geq 0.80$. Todos estos datos fueron extraidos del computador y recogidos en una impresora Star Mod. Gemini 15X. El tratamiento señalado se utilizó ya en el Departamento a proposito de las tesinas de Sánchez-Montesinos (1985) y Suarez (1986). Sin embargo, respecto a la primera se ha ampliado el espacio bibliográfico, y respecto a la segunda sólo se utilizaron los datos referentes a las áreas álgicas que, además, se estudiaron en colaboración con nosotros como se pone de manifiesto en la misma.

Del conjunto de los datos y resultado del tratamiento matemático, representamos en las láminas esquemáticas de los segmentos humanos los puntos correspondientes al nivel de aceptación de $\partial \geq 0.65$ para el caso de considerar los diferentes órganos o vísceras de los distintos aparatos: digestivo, respiratorio, cardiocirculatorio, genitourinario, ocular y auditivo-vestibular. De igual modo, planteamos el mismo nivel en el caso de las afecciones del psiquismo, en general, y en dos procesos álgicos: algias cefálicas y algias faciales. Obtenemos con ello agrupaciones de puntos que nos dibujan áreas topográficamente significativas para cada uno de los diversos órganos o vísceras de los mencionados sistemas.

A estas áreas las denominaremos "Areas acupunturales representativas viscerales" que son una revisión y modificación de las "Areas viscerales acupunturales" llamadas así "por su relación con la técnica" (Sánchez-Montesinos, 1985).

Para el tratamiento de los datos de los procesos álgicos de los distintos sistemas articulares o agrupaciones de ellos, sólo pudo ser establecido un nivel de aceptación de $\partial \geq 0.50$ pues no es posible un nivel mayor y, por consiguiente, más significativo, debido en parte al principio existente en Acupuntura: "todo punto doloroso sea o no acupuntural debe ser punturado", con lo cual aparece una gran dispersión de puntos dependiendo de la idiosincrasia del proceso y del individuo. No obstante, es posible definir "áreas acupunturales representativas de algias articulares" (Suárez, 1986) por el agrupamiento significativamente topográfico de los puntos con respecto a los distintos cuadros álgicos estudiados.

Así mismo, no sólo se correlaciona en nuestro análisis la terapéutica con el punto sino que, además, se precisa la localización de éste con sus distintas indicaciones terapéuticas a las que resultó significativo. Todo ello nos indicó no sólo la importancia del área en sí, sino del punto, esencia del concepto mismo de área.

Ello implicó el estudio del sustrato anatómico de los distintos puntos significativos analizados dentro de las áreas terapéuticas, con la peculiaridad de que éstas también se presentan en los miembros. Por ello, se identificó, por la posición y por la profundidad de cada punto, el sustrato anatómico de los mismos, teniendo que recurrir constantemente a textos y atlas y, en no pocas ocasiones, incluso a la disección del trayecto.

Con objeto de realizar el estudio del mencionado sustrato anatómico, ordenamos los puntos no por su pertenencia a un meridiano determinado sino por su situación en los distintos segmentos corporales: extremidad cefálica, cuello, tronco, extremidad superior e inferior.

Para una sistematización global del estudio de los puntos dividimos cada segmento según las regiones anatómicas en él reconocidas, con excepción de la extremidad cefálica. Así, en el miembro superior se consideraron: hombro, axila, brazo, codo, antebrazo, muñeca, mano y dedos. En el miembro inferior se distinguieron las siguientes: cadera, muslo, rodilla, pierna, tobillo, pie y dedos. En cada una de estas regiones se diferenció una cara anterior y otra posterior, como también se realizó en el cuello.

En el tronco, se ha distinguido una región poste-

rior, dorso, (con tres porciones: cervical, torácica y lumbar), y dos regiones anteriores: tórax y abdomen. Para facilitar el estudio de los puntos del tronco, éstos se estratificaron según unos niveles en relación con unas evidentes referencias anatómicas. Así, en el dorso su ordenación viene dada en relación a la apófisis espinosa en cuyo horizontal se encuentra; en el tórax, el elemento orientador es el espacio intercostal; mientras, en el abdomen, es la distancia al ombligo.

En la extremidad cefálica, se diferencian dos grandes regiones, cabeza y cara. Sus puntos son descritos según unos imaginarios niveles radiales con centro en el conducto auditivo externo. En el primer caso definidos según la distancia a la glabela, vértex o protuberancia occipital externa. En la cara, las referencias anatómicas vienen dadas por los orificios naturales: ojos, nariz y boca.

El estudio de cada uno de los puntos de las diferentes regiones se realiza según un orden céfalo-caudal y desde el interior al exterior, como se puede observar el las láminas XXIV a XXXVIII, representativas de los segmentos corporales con los puntos significativos, y en las ordenadas de las tablas 5 al 15, en las que se encuentran descritos los puntos según la sucesión mencionada, todo ello presentado en el apartado de

resultados.

Con el fin de agrupar la información recogida y, a la vez, facilitar el análisis de la misma, sin perjuicio de la pertenencia de los puntos a uno u otro meridiano sino sólo en relación a la zona anatómica en la cual se encuentra, se presentan las láminas y tablas anteriormente citadas. En las diversas láminas se representan los puntos significativos de los respectivos segmentos corporales, y en las tablas confeccionadas se relacionan los distintos puntos con sus indicaciones terapéuticas, siguiendo el orden apuntado anteriormente. Todo ello nos será de utilidad para la discusión de los diversos resultados obtenidos y llegar a las conclusiones que se deducen de los mismos. Igualmente estos datos serán tenidos en cuenta a la hora de analizar el segundo concepto anatómico de la Medicina Tradicional, los meridianos.

Dentro de la bibliografía reseñada, se analizó de una forma detallada las vías o caminos que para la medicina tradicional existen en nuestro cuerpo, los meridianos. Con ellos se explica la acción terapéutica obtenida al actuar sobre las diversas partes de la superficie corporal. Dentro de estas vías, hemos considerado los diversos componentes descritos para un mismo meridiano al tiempo que hemos anotado las discrepancias

recogidas, tras la lectura de cada uno de los meridianos y sus tipos, entre los diversos autores.

Presentamos el resultado de nuestro estudio siguiendo un mismo esquema básico para cada uno de los meridianos, en él se describen de un forma ordenada los distintos componentes de un mismo meridiano. En el apartado de "trayecto principal" se comenta el meridiano principal; en los "vasos secundarios", meridiano distinto y vasos Lo, al ser subsidiarios todos ellos del trayecto principal; y en "otras ramas", las conexiones que no pueden incluirse en ninguno de los apartados anteriores, bien porque los autores no las describen en alguno de ellos o bien porque cada autor las incluye en apartados diferentes. También en el apartado de otras ramas, se incluyen las conexiones descritas con el fin de completar el "círculo energético" de la Medicina Tradicional.

Todo ello creemos que será de utilidad para una más fácil comprensión de los meridianos y una posterior discusión sobre los mismos, ya que se reune de una forma ordenada una gran cantidad de información dispersa por las bibliografías existentes, lo que hace muy complicado su estudio y relación.

Con el mismo objetivo, se representa cada uno de los diferentes componentes de un mismo meridiano en un mismo modelo y, de esta forma, poder ver una clara relación

topográfica entre ellos así como una posible unificación (láminas LIX a LXXXVI).

Por último, y ante la evidente relación del tema con el Sistema Nervioso y, más especificamente con el Vegetativo, hemos realizado una puesta al día y revisión actual, cuyas aportaciones y conclusiones son expresadas convenientemente en el presente trabajo. Se han revisado sucesivamente los siguientes conceptos:

a) Aclaración del significado de áreas metaméricas cutáneas truncales que discrepan entre unos autores y otros comentaristas. Para unos se trata de áreas de distribución de fibras sensitivas metaméricas; para otros se trata de zonas de distribución vascular. Pretendemos revisar nuestro concepto de "áreas vegetativas periféricas" a partir de las primeras y completando su significación.

b) Inervación metamérica de las vísceras, sobre las que hay cierta discrepancia, refiriéndose siempre los autores a metámeras de disposición truncal y nunca a una distribución de los miembros.

c) Revisión de los caminos y el significado de la inervación de los miembros en relación a interpretar la acción terapéutica de los puntos y áreas acupunturales, que como se ha apuntado en el apartado anterior podría referirse a una distribución sensi-

tiva, somática o visceral. Los autores apenas tocan este importante punto.

n \ m	9	8	7	6	5	4	3	2	1
9	1	0'889	0'778	0'667	0'555	0'444	0'333	0'222	0'111
8	-	1	0'875	0'75	0'625	0'5	0'375	0'25	0'125
7	-	-	1	0'875	0'714	0'571	0'428	0'286	0'143
6	-	-	-	1	0'833	0'666	0'5	0'333	0'166
5	-	-	-	-	1	0'8	0'6	0'4	0'2
4	-	-	-	-	-	1	075	0'5	0'25

TABLA 4.
TABLA DE CONTIGENCIA DE VALORES DE δ.

"n" número de autores que estudian el órgano o sistema.
"m" número de autores que estiman válido el puntos para ese órgano o sistema.

(Utilizado también por Suarez (1985) para las áreas álgicas).

R E S U L T A D O S
Y
D I S C U S I O N.

I. LOS PUNTOS: CLAVE DE LA ACTUACIÓN ACUPUNTURAL.

En la técnica objeto de nuestro estudio se actúa, por medio de la puntura de una serie o conjunto de puntos, sobre diferentes meridianos o canales, para desde éstos influir en las distintas alteraciones de nuestro organismo. Una vez que vamos a analizar el significado del punto y de los meridianos, parece evidente que un análisis del primero -elemento clave de la actuación- debe clarificar el campo para evidenciar la posible base de los segundos.

En acupuntura, los puntos terapéuticos no son en la práctica específicos de las afecciones particulares de los órganos y vísceras sino que, simplemente, su estimulación trata de normalizar la disfunción o alteración de los mismos de una manera genérica, con la consecución de su equilibrio energético. Esto nos ha permitido prescindir de la relación de enfermedades particulares y citar sólo los órganos y entrañas para explicar únicamente los puntos significativos según el nivel de aceptación que los autores le han otorgado. Con relación a los procesos

álgico-articulares, aquello nos hizo posible el agrupamiento de las diversas afecciones articulares según la articulación o sistema articular implicados, independientemente del proceso base. Finalmente, también hemos aceptado como entidad valorable los puntos psíquicos, es decir, aquellos que se ofrecen con esta significación y aquellos otros que una lógica reflexión nos ha hecho concluir que las enfermedades que tratan, aún referidas como orgánicas, tienen un claro componente psíquico.

La principal dificultad, insuperable, ha sido que la descripción de enfermedades y síntomas en los tratados de acupuntura adolece muchas veces de inexactitud o generalización, aparte de incluir términos energéticos difíciles de traducir. No obstante, el esfuerzo realizado puede garantizar una aproximación veraz al tema. Igualmente, y por lo mencionado anteriormente, hemos tenido que renunciar a concreciones anatomoclínicas de interés que esperan una segunda aproximación.

De esta forma, como ya hemos apuntado en el apartado de material y métodos, se ha realizado un estudio de los distintos puntos en relación con el control, manejo o regulación del funcionamiento de cada órgano o sistema a partir de los datos clínicos bibliográficos recogidos en los textos, ya mencionados con anterioridad. Derivado del estudio estadístico especificado en el capítulo

anterior, hemos obtenido para todos ellos su eficacia singular sobre unas concretas alteraciones, es decir, su significación terapéutica aislada de su pertenencia a uno u otro meridiano.

Todo ello nos ha guiado a centrar nuestro estudio en aquellos puntos que presentan una utilidad terapéutica ampliamente reconocida dentro de todo el vasto arsenal terapéutico acupuntural. Así, los 365 puntos fijo incluidos en los diferentes meridianos quedan reducidos tan sólo a cerca de 200 utilizables.

Como ya ha sido comentado, este amplio análisis se realizó con un sentido aplicativo. Por ello, se clasificaron -en un momento inicial- los puntos, no por el meridiano al cual pertenece sino por el segmento y región o zona anatómica en la que se encuentra incluido. Primeramente, consideramos los segmentos: extremidad cefálica, extremidad superior, extremidad inferior, cuello y tronco. Dentro de estos amplios segmentos, se estableció la posición de cada punto según la región en la cual se sitúan (anterior, posterior, ...) y, finalmente, siempre que nos era posible, siguiendo un sentido céfalo-caudal.

Dentro de cada punto se ha analizado: su situación anatómica, la forma generalmente reconocida de punturarlo, su significación terapéutica y, por último, las

estructuras anatómicas que se punturan a su través.

Seguidamente presentamos los resultados globales con respecto a la significación terapéutica de los puntos objeto de nuestro estudio (tablas 5 al 15), para posteriormente pasar a la descripción exhaustiva de cada uno de ellos a propósito de los meridianos.

Así mismo, con objeto de facilitar la comprensión de nuestro estudio, se presentan unas láminas representativas de cada uno de los segmentos descritos (lám. XXIV al XXXVIII). En cada una de ellas, se contemplan la posición y relaciones topográficas de los puntos significativos así como de los puntos que no han resultado significativos en nuestro estudio.

TABLAS 5 AL 15.

PUNTOS ACUPUNTURALES SIGNIFICATIVOS.
SU UTILIZACIÓN Y SITUACIÓN

SÍMBOLOS EMPLEADOS EN LAS TABLAS 5 A 15.

+	Puntos con una acción significativa terapéutica ≥ 50%
+ +	Puntos con una acción significativa terapéutica ≥ 65%
+ + +	Puntos con una acción significativa terapéutica ≥ 80%

CABEZA / PUNTOS	SIGNIFICADO	AFECCIONES VISCERALES					PSIQUISMO	AFECCIONES ALGICAS		
		BOCA	INTESTINO GRUESO ANO	NARIZ	OIDO	OJO		CABEZA	FACIAL	CUELLO
I	VB 14					++		++		
II	V 3			++				+++		
	V 4			++				+++		
	VB 13									+
	E 8					++			++	
	VB 4				++			++		
	VB 5							+++		
	VB 6							++		
III	TM 23			+++				++		
	V 5					++	+++	++		
IV	VB 16					++				
V	V 6			++				++		
	VB 17	++						++		
	VB 7							++		
VI	V 7			+++						
	VB 8							++		
VII	TM 20		++	++			+++	++		
	VB 9						++			
	TR 20	++								
VIII	V 8				++	++	++			
IX	TM 19						+++	++		
X	TM 18						++	++		+
XI	TM 17							++		
	V 9					+++		++		
	VB 19							++		+
	VB 10				++					
	TR 19				++					

TABLA 5. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DE LA CABEZA.

TABLA 6. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DE LA CARA.

CARA / PUNTOS	SIGNIFICADO	AFECCIONES VISCERALES				AFECCIONES ALGICAS		
		BOCA	NARIZ	OIDO	OJO	CABEZA	FACIALES	CUELLO
I	V 2				+++	++		
	TR 23				+++	++	++	
	TR 22							
II	V 1				+++			
	VB 1				+++			
	VB 3			++			+++	
	TR 21			++				
III	E 1				+++			
	ID 19			++				
IV	E 2				++		++	
	E 7	++					++	
V	IG 20		+++					
	E 3						+++	
	ID 18						++	
	VB 2	++		+++			++	
VI	IG 19		+++					
	TM 27	++	++					
VII	TM 28		++					
VIII	E 4							
IX	JM 24	++					+++	
	E 5							+
	E 6						+++	
							+++	

CUELLO		PUNTOS	AFECCIONES VISCERALES						PSIQUISMO	AFECCIONES ALGICAS			
	SIGNIFICADO		BOCA	FARINGE	LARINGE	PULMON	OIDO	OJO		CABEZA	FACIAL	CUELLO	HOMBRO
1.	I	TR 17					++				++		
	II	JM 23	++	++		++							
		ID 17					++					+	
		TR 16					+++					+	
	III	E 9		++									
		ID 16		++			+++					+	+
	IV	E 10		+++									
		IG 17		++									
	V	E 11		++								+	
		JM 22		++	++								
2.	I	TM 16							++	++		+	
		VB 20					++	+++		++		+	
		VB 12	++										
		TR 18					+++						
	II	TM 15										+	
		V 10							++			+++	

TABLA 7. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL CUELLO.

TORAX		AFECCIONES VISCERALES			PSIQUISMO	AFECCIONES ALGICAS		
PUNTOS	SIGNIFICADO	FARINGE	PULMON	MAMA		TRONCO	HOMBRO	BRAZO
I	P 2						+	+
II	JM 21	+ +						
	R 26		+ +					
	E 14		+ +					
	P 1						+	
	JM 20	+ + +						
III	JM 19		+ + +					
IV	R 24					+		
	E 16		+ +	+ +				
V	B 18			+ +				
VI	JM 16		+ +					
	E 18			+ + +				
VII	H 14		+ + +					
VIII	VB 24				+ +			

TABLA 8. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL TORAX.

ABDOMEN		AFECCIONES VISCERALES							PSIQUISMO	AFEC. ALGICAS		
PUNTOS	SIGNIFICADO	ESTOMA	INT. DELGADO	INT. GRUESO	CORAZÓN	VEJIGA	TESTICULO	OVARIO	UTERO		TRONCO	ESPALDA	LUMBAR
I	JM 15				+++					+++			
II	JM 14	++			+++					++			
	E 19	++									+		
III	JM 13	++	++										
IV	JM 12	+++		++									
	E 21	++											
V	R 18		++										
	JM 10	+++											
	R 17	++											
	E 23	++								++			
	H 13										+		
VII	JM 9		++	++									
	E 24	++								++			
VIII	JM 8			+++									
	R 16	++		++									
	E 25	++	++	++									
	B 15			++									
IX	R 15			++									
X	JM 6		++	++						+++			
	B 14			++									
XI	JM 5			++									
XII	JM 4			++		++			++				
XIII	E 29						++	++					
XIV	JM 2					++			++				
	E 30						++					++	++

TABLA 9. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL ABDOMEN.

DORSO (2) / PUNTOS	SIGNIFICADO		AFECCION. VISCERALES				AFECCIONES ALGICAS				
			ESTOMAGO	INT. GRUESO	ANO	RIÑON	ESPALDA	LUMBAR	PARALISIS M. I.	CADERA	RODILLA
F	I	TM 5		++			+	+			
		V 22	++				+				
	II	V 23		++		+++	+	+			
		TM 4		++			+	+	+		
		V 47					+				
		VB 25					+	+		+	
	III	V 24		+++	++		++	++			
	IV	TM 3					+	+			+
		V 25		++			+++	+++			
	V	V 26					++	++			

PERINE / PUNTOS	SIGNIFICA	AFEC. VISCERALES			AF. AL.
		INT. GRUESO	ANO	VEJIGA	ESPALDA
	JM 1	++	++		
	TM 1	+++	+++	++	+

TABLA 10. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL DORSO. PORCIÓN LUMBAR.

PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL PERINÉ.

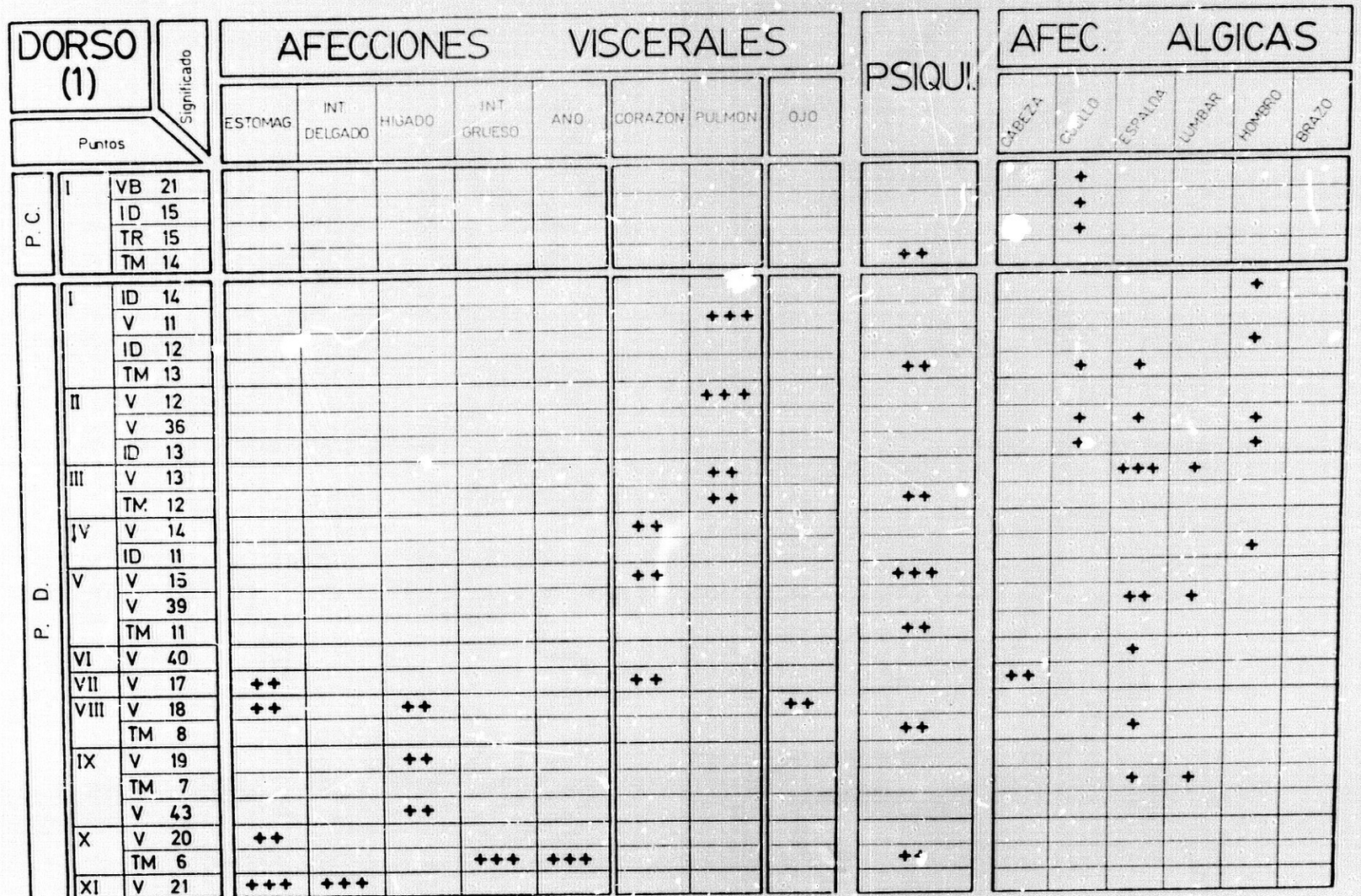


TABLA 11. PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL DORSO. PORCION CERVICAL Y DORSAL.

TABLA 12.

PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL MIEMBRO SUPERIOR. HOMBRO, AXILA, BRAZO, CODO Y ANTEBRAZO.

TABLA 13.

PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL MIEMBRO SUPERIOR. MUÑECA, MANO Y DEDOS.

TABLA 14.

PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL MIEMBRO INFERIOR. CADERA, MUSLO, RODILLA Y PIERNA.

TABLA 15.

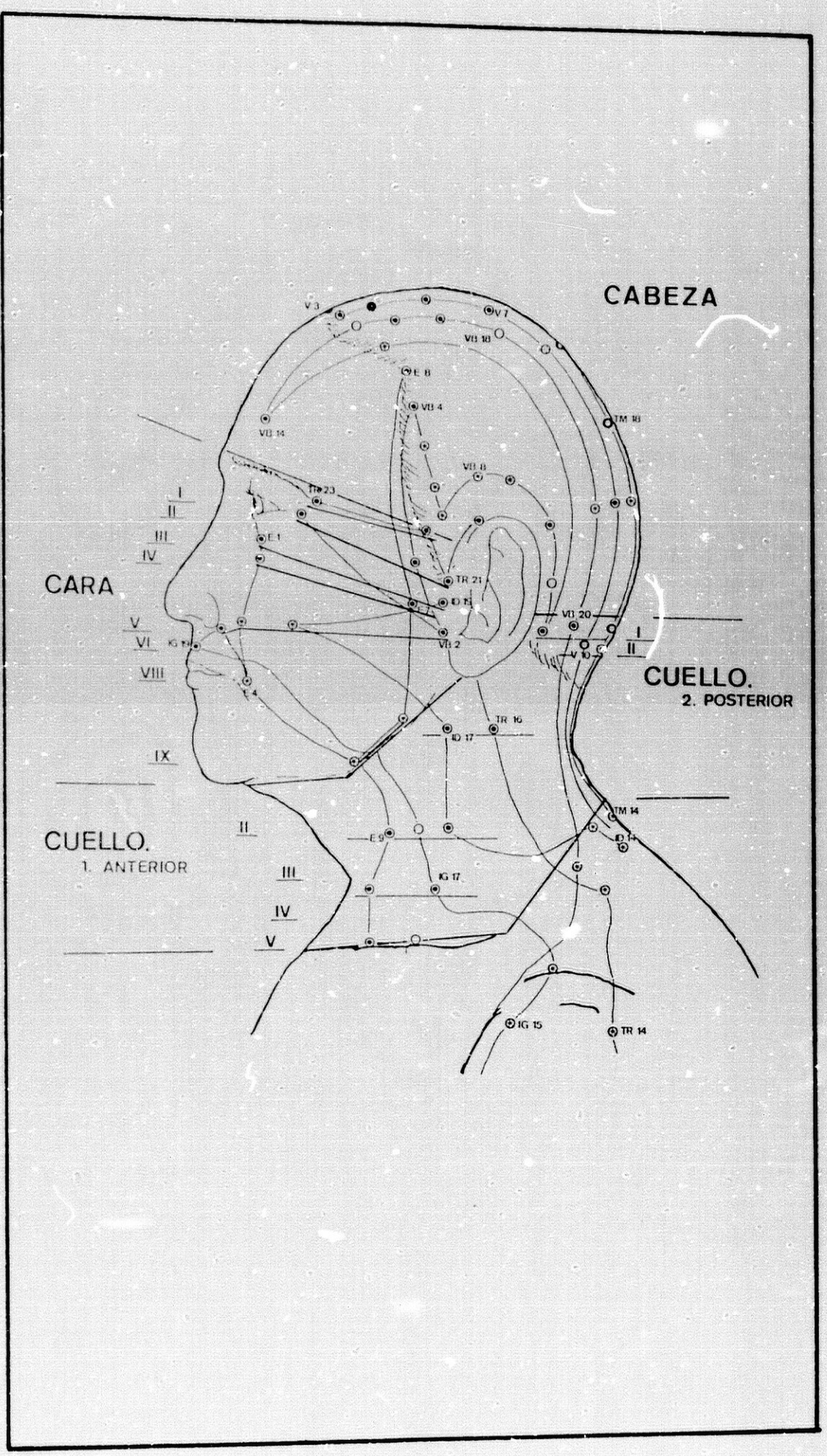
PUNTOS SIGNIFICATIVOS DEL MIEMBRO INFERIOR. TOBILLO, PIE Y DEDOS.

LÁMINAS XXIV A XXXVIII.

PUNTOS SIGNIFICATIVOS. SITUACIÓN TOPOGRÁFICA
Y SIGNIFICACIÓN TERAPÉUTICA.

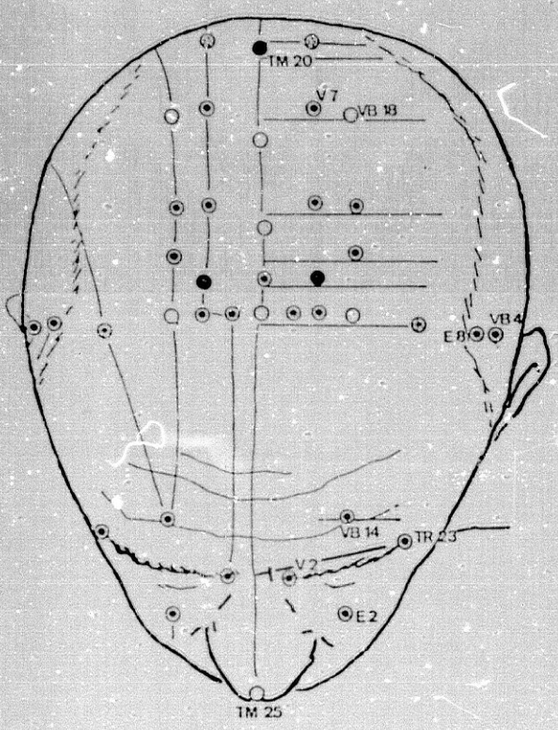
SÍMBOLOS	ACCIÓN SIGNIFICATIVA DEL PUNTO
	Punto con sólo acción terapéutica significativa visceral.
	Punto con sólo acción terápeutica significativa álgica.
	Punto con sólo acción terapéutica significativa psíquica.
	Punto con acción terapéutica significativa visceral y álgica.
	Punto con acción terapéutica significativa visceral y psíquica.
	Punto con acción terapéutica significativa álgica y psíquica.
	Punto con acción terapéutica significativa visceral, álgica y psíquica.

Símbolos empleados en las Láminas de XXIV a XXXVIII.



LAMINA XXIV

Puntos significativos de la cabeza y cuello. Visión lateral.



CABEZA

VIII. A 1 CM. VERTEX

VII. VERTEX CEFALICO

VI. A 14 CM. GLABELA

V. A 11 CM. GLABELA

iV. A 9 CM. GLABELA

III. A 8 CM. GLABELA

II. A 7 CM. GLABELA

I. A 2 CM. GLABELA

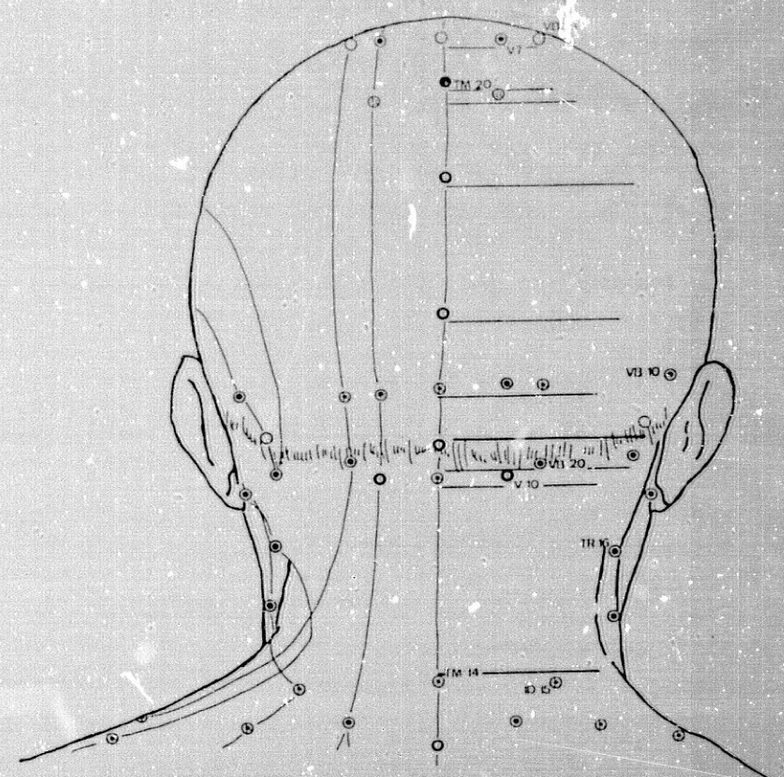
CARA

LAMINA XXV

Puntos significativos de la cabeza. Visión superior.

LAMINA XXVI

Puntos significativos de la cabeza y cuello. Visión posterior.



CABEZA

VI. A 14 CM. GLABELA

VII. VERTEX CEFALICO

VIII. A 1 CM. VERTEX

IX. A 3 CM. VERTEX

X. A 6 CM. PROTUBERANCIA OCC. EXT.

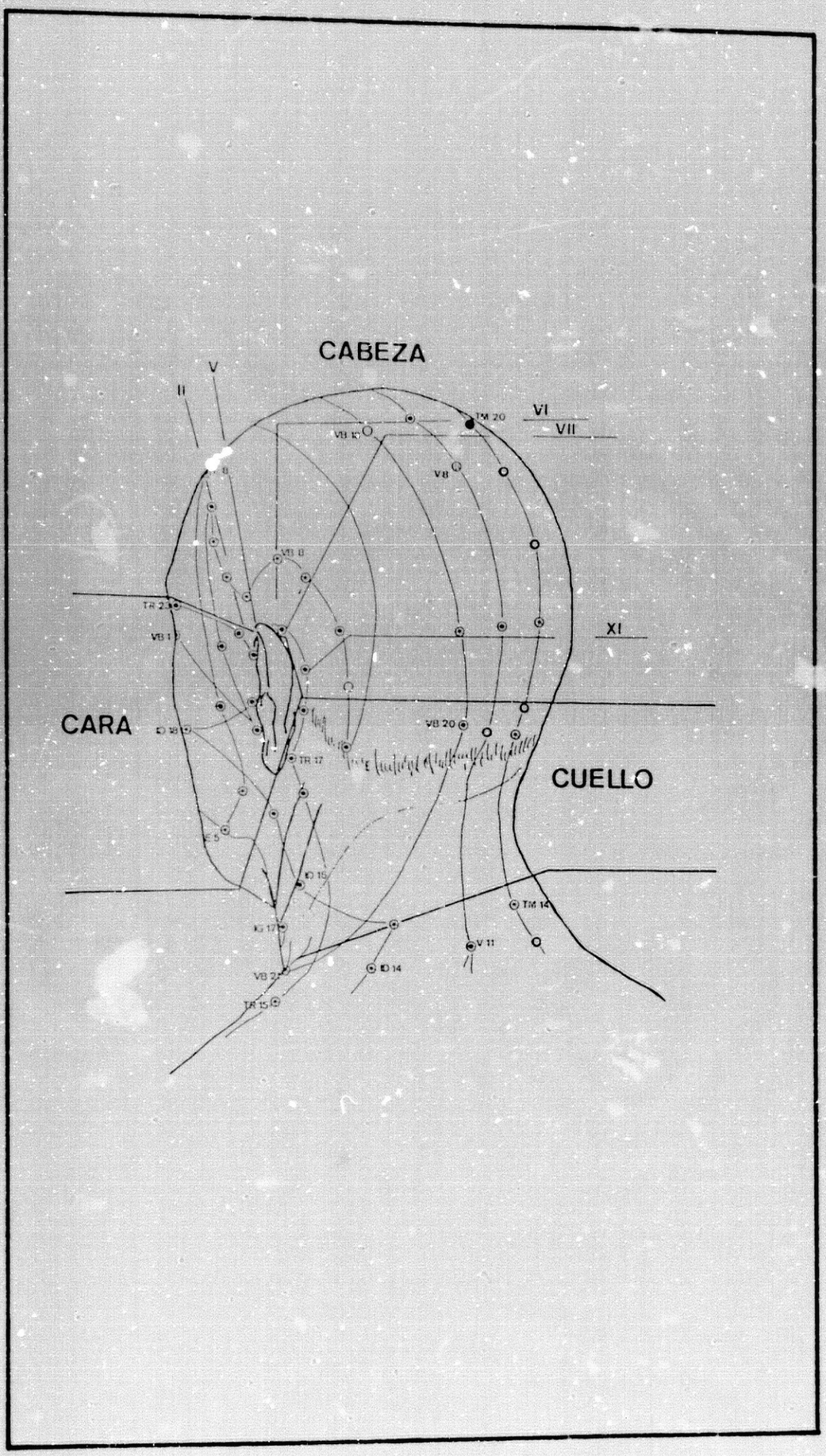
XI. BORDE SUPERIOR PROTUBERANCIA

CUELLO. 2. POSTERIOR

I. BORDE INFERIOR PROTUBERANCIA

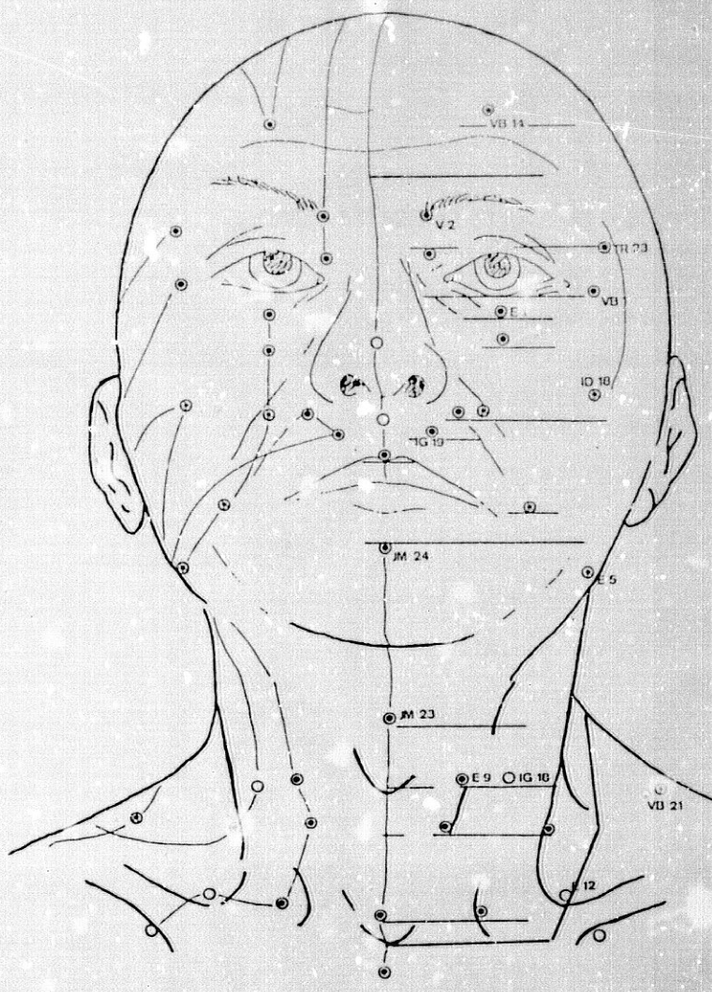
II. TUBERCULO POST. ATLAS

DORSO



LAMINA XXVII

Puntos significativos de la cabeza y cuello. Visión látero-posterior.



CABEZA

I. A 2 CM. DE GLABELA

CARA

I. NIVEL SUPRAOCULAR

II. NIVEL MEDIO OCULAR

III. NIVEL INFRAOCULAR

IV. NIVEL MEDIO MEJILLA

V. NIVEL IMPLATACION ALA NARIZ

VI. NIVEL INFRANASAL

VIII. NIVEL COMISURAL

X. NIVEL INFRABUCAL

CUELLO. 1. ANTERIOR

II. NIVEL GONION

III. NIVEL PROTUBERANCIA LARINGEA

IV. NIVEL SUPRAESTERNAL

V. NIVEL ESTERNAL

LAMINA XXVIII

Puntos significativos de la cabeza y cuello. Visión anterior.

D O R S O

Porción cervical.

I	A nivel de la apófisis espinosa C7

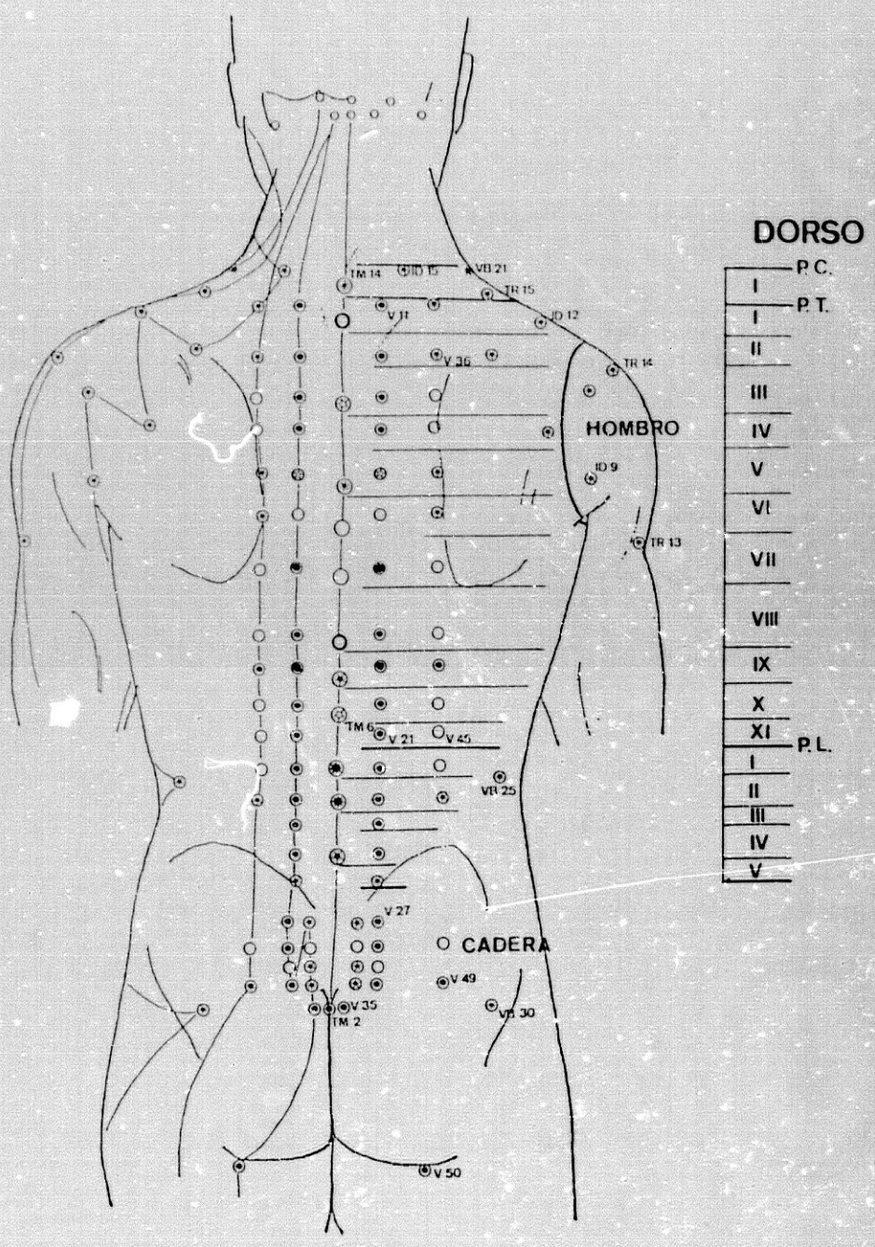
Porción Torácica.

I	A nivel de la apófisis espinosa D1
II	A nivel de la apófisis espinosa D2
III	A nivel de la apófisis espinosa D3
IV	A nivel de la apófisis espinosa D4
V	A nivel de la apófisis espinosa D5
VI	A nivel de la apófisis espinosa D6
VII	A nivel de la apófisis espinosa D7
VIII	A nivel de la apofisis espinosa D8
IX	A nivel de la apófisis espinosa D10
X	A nivel de la apófisis espinosa D11
XI	A nivel de la apófisis espinosa D12

Porción lumbar.

I	A nivel de la apófisis espinosa L1
II	A nivel de la apófisis espinosa L2
III	A nivel de la apófisis espinosa L3
IV	A nivel de la apófisis espinosa L4
V	A nivel de la apófisis espinosa L5

Niveles topográficos empleados en el estudio de los puntos significativos del Dorso.



LAMINA XXIX

Puntos significativos del dorso.

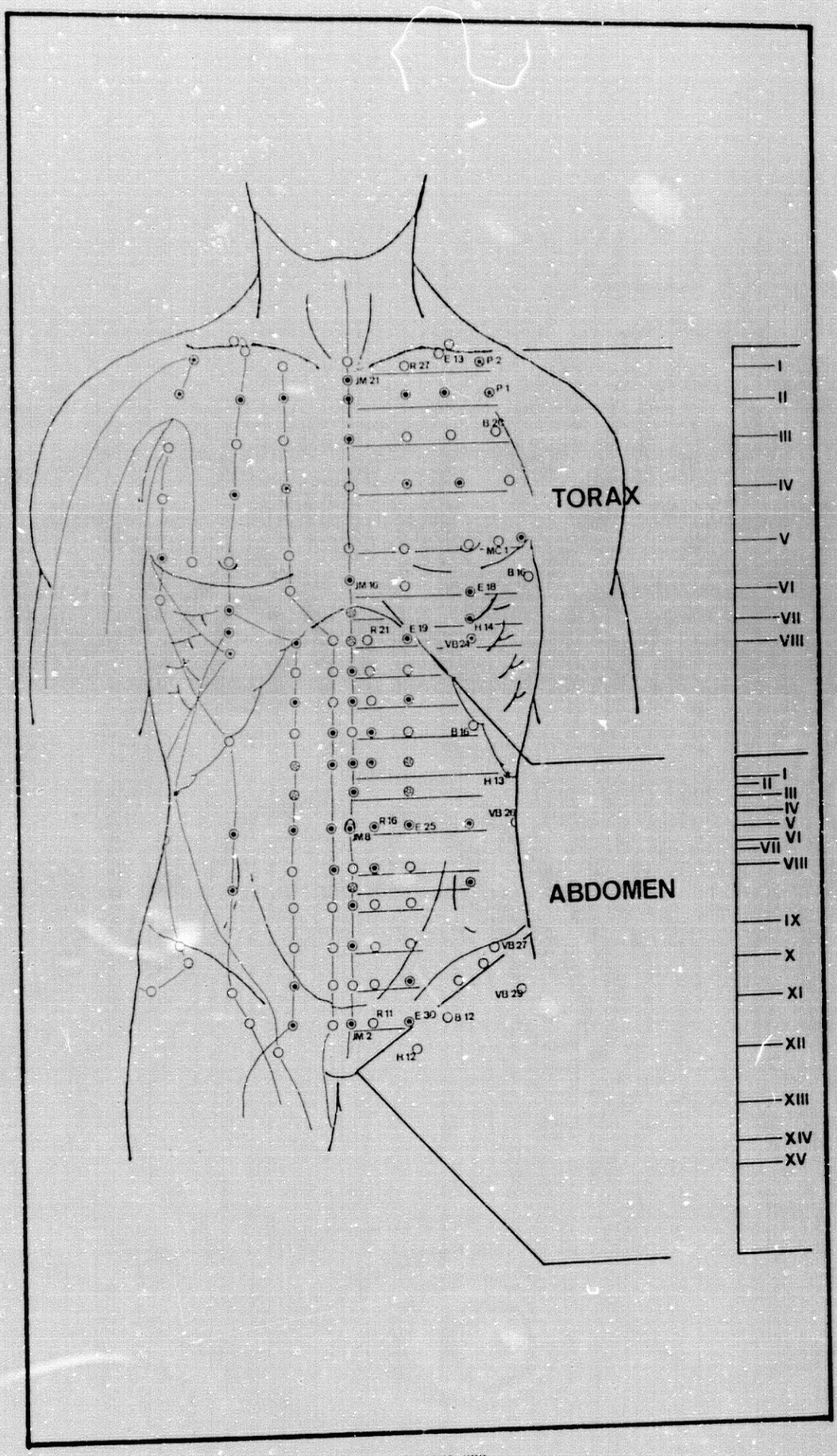
TÓRAX

I	Por encima de la 1ª. costilla.
II	En el 1er. espacio intercostal.
III	En el 2º. espacio intercostal.
IV	En el 3er. espacio intercostal.
V	En el 4º. espacio intercostal.
VI	En el 5º. espacio intercostal.
VII	En el 6º. espacio intercostal.
VIII	En el 7º. espacio intercostal.

ABDOMEN

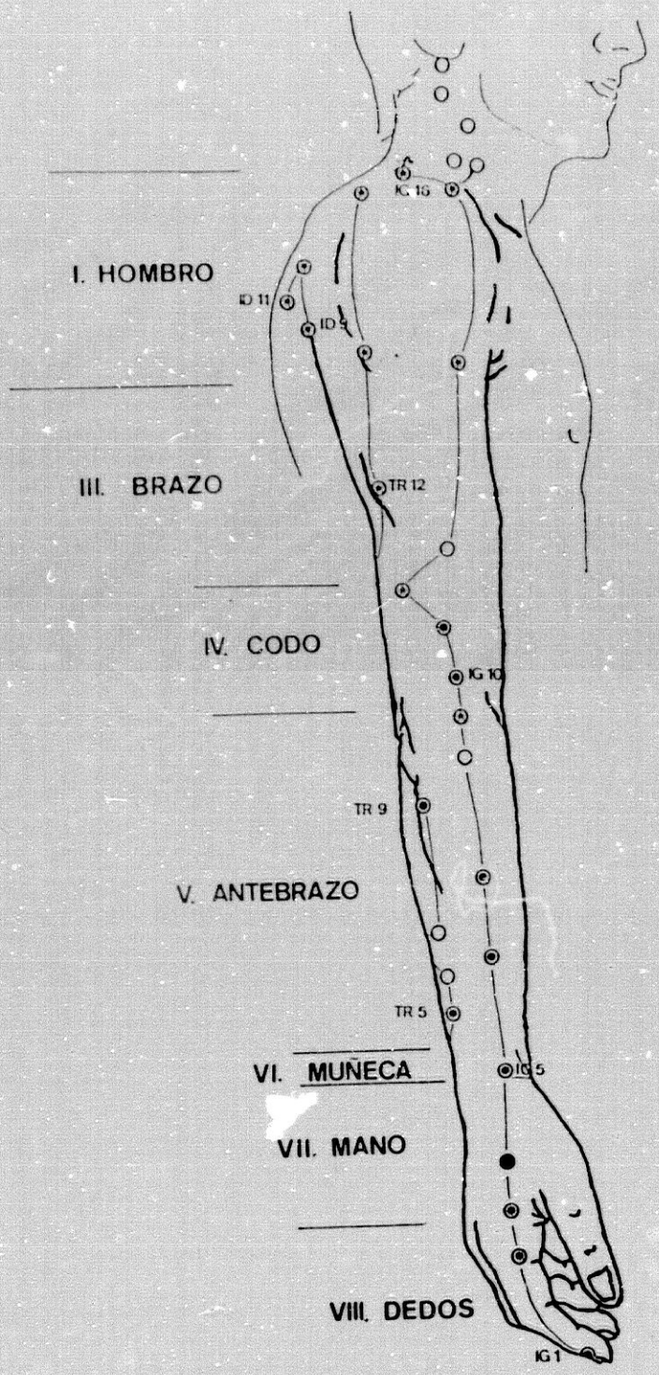
I	A 14 cm. por encima del ombligo.
II	A 12 cm. por encima del ombligo.
III	A 10 cm. por encima del ombligo.
IV	A 8 cm. por encima del ombligo.
V	A 6 cm. por encima del ombligo.
VI	A 4 cm. por encima del ombligo.
VII	A 2 cm. por encima del ombligo.
VIII	A nivel del ombligo.
IX	A 2 cm. por debajo del ombligo.
X	A 3 CM. por debajo del ombligo.
XI	A 4 cm. por debajo del ombligo.
XII	A 6 cm. por debajo del ombligo.
XIII	A 8 cm. por debajo del ombligo.
XIV	A nivel del borde superior de la sinfisis pubiana.

Niveles topográficos empleados en el estudio de los puntos significativos del Tórax y Abdomen.



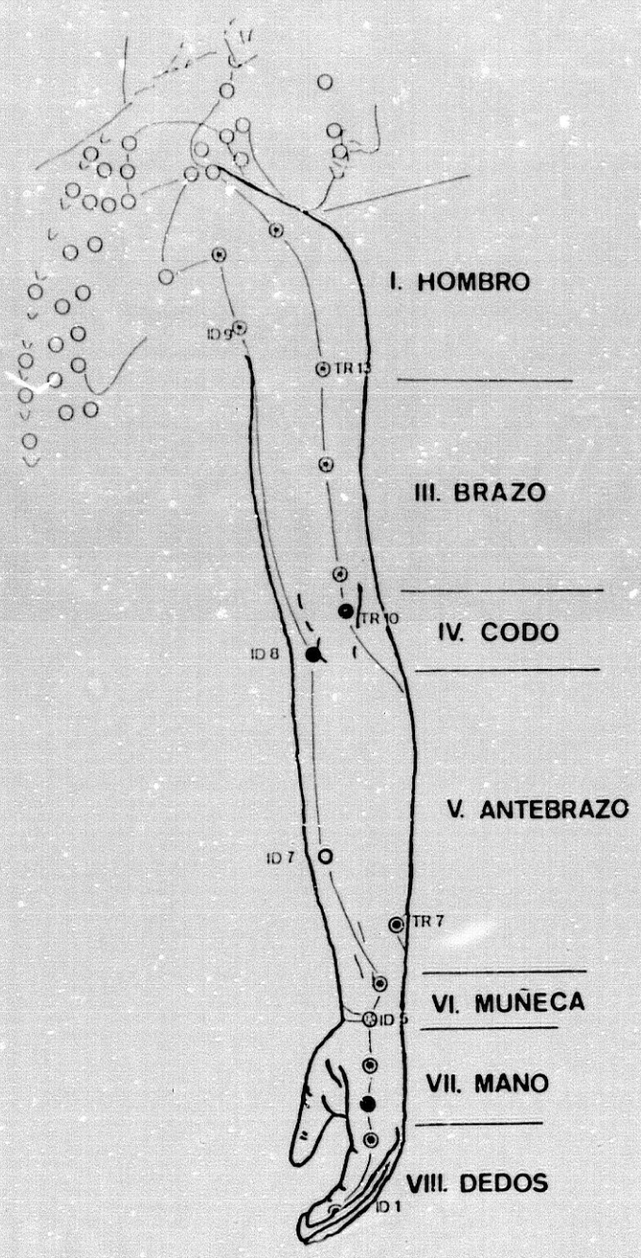
LAMINA XXX

Puntos significativos del tórax y abdomen.



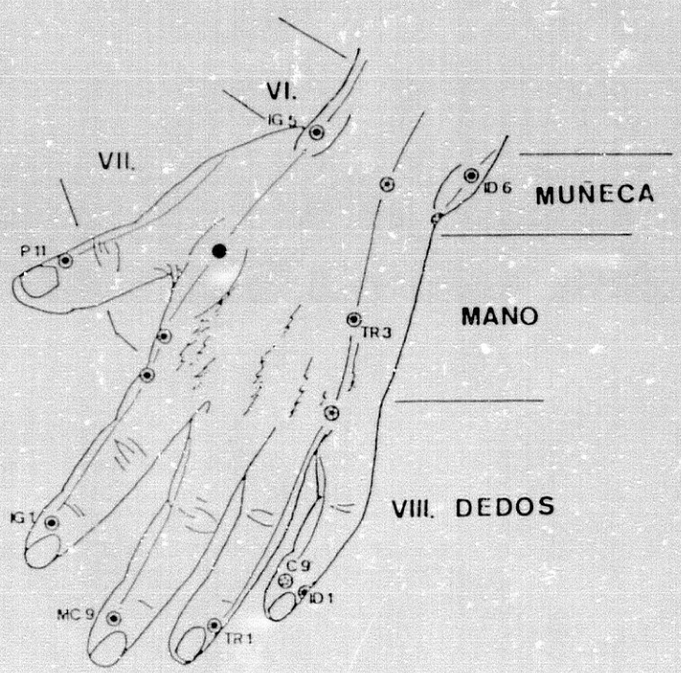
LAMINA XXXI

Puntos significativos del miembro superior. Visión antero-externa.



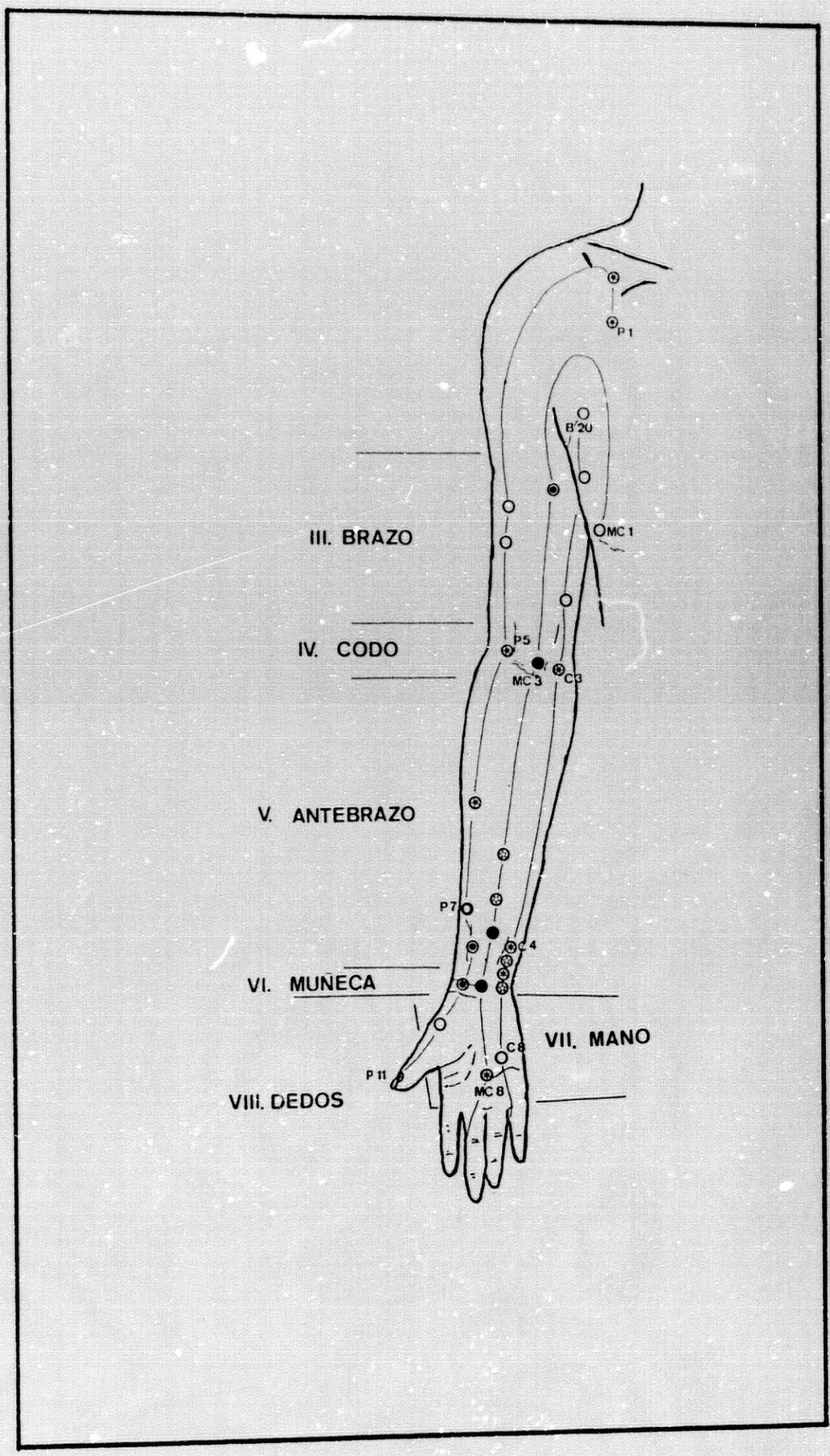
LAMINA XXXII

Puntos significativos del miembro superior. Visión posterior.



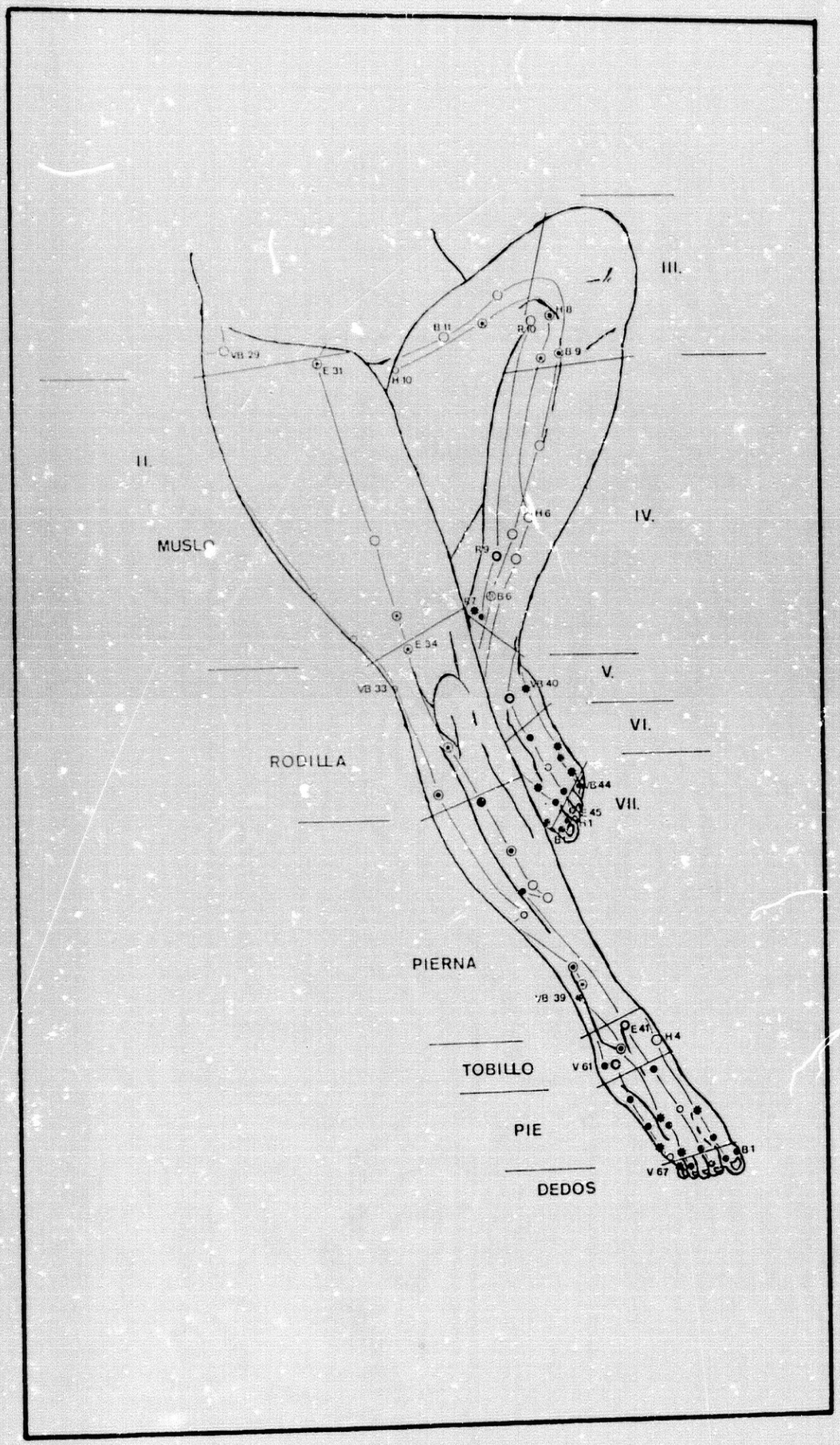
LAMINA XXXIII

Puntos significativos del dorso de la mano.



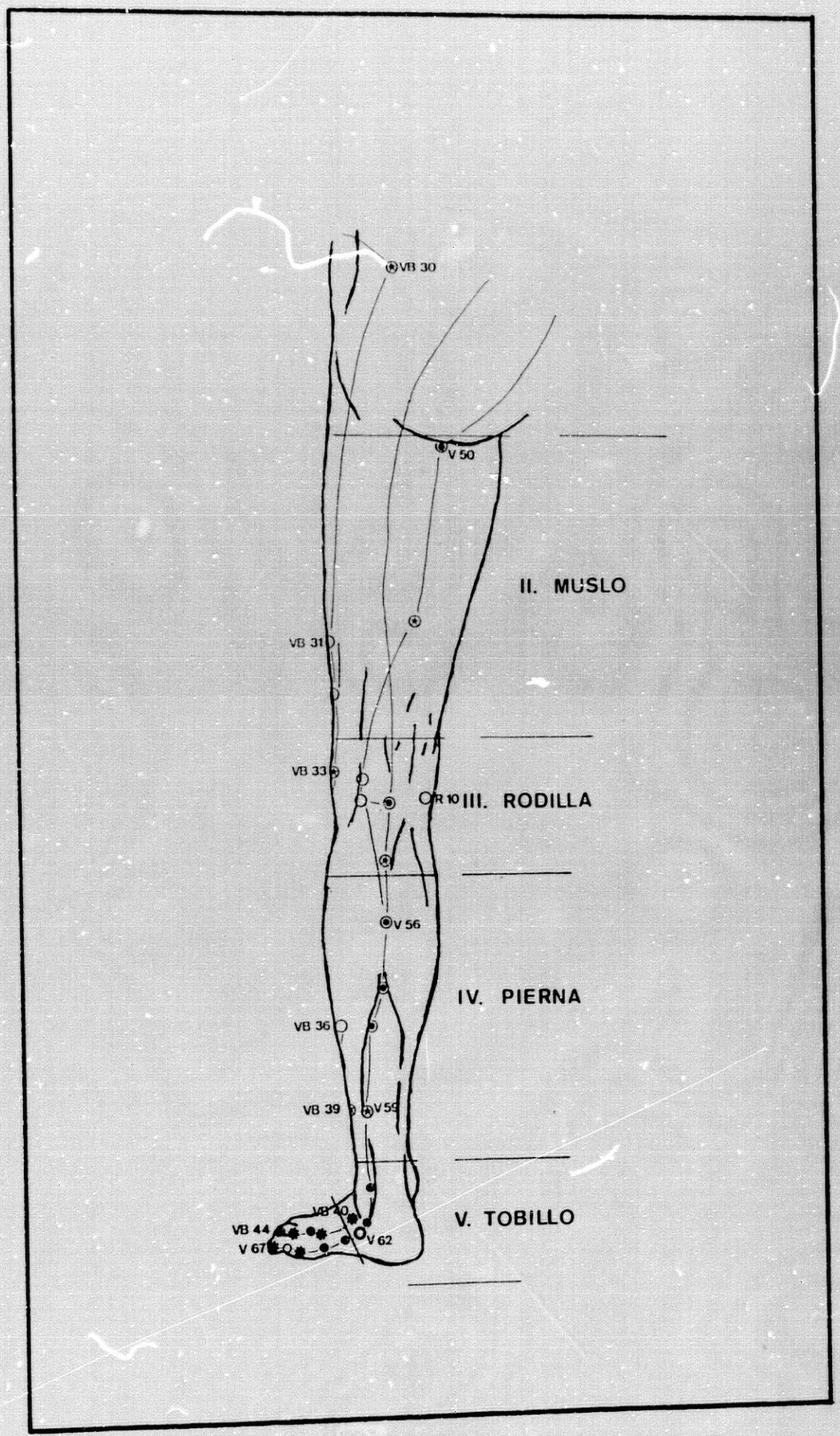
LAMINA XXXIV

Puntos significativos del miembro superior. Visión cara interna.



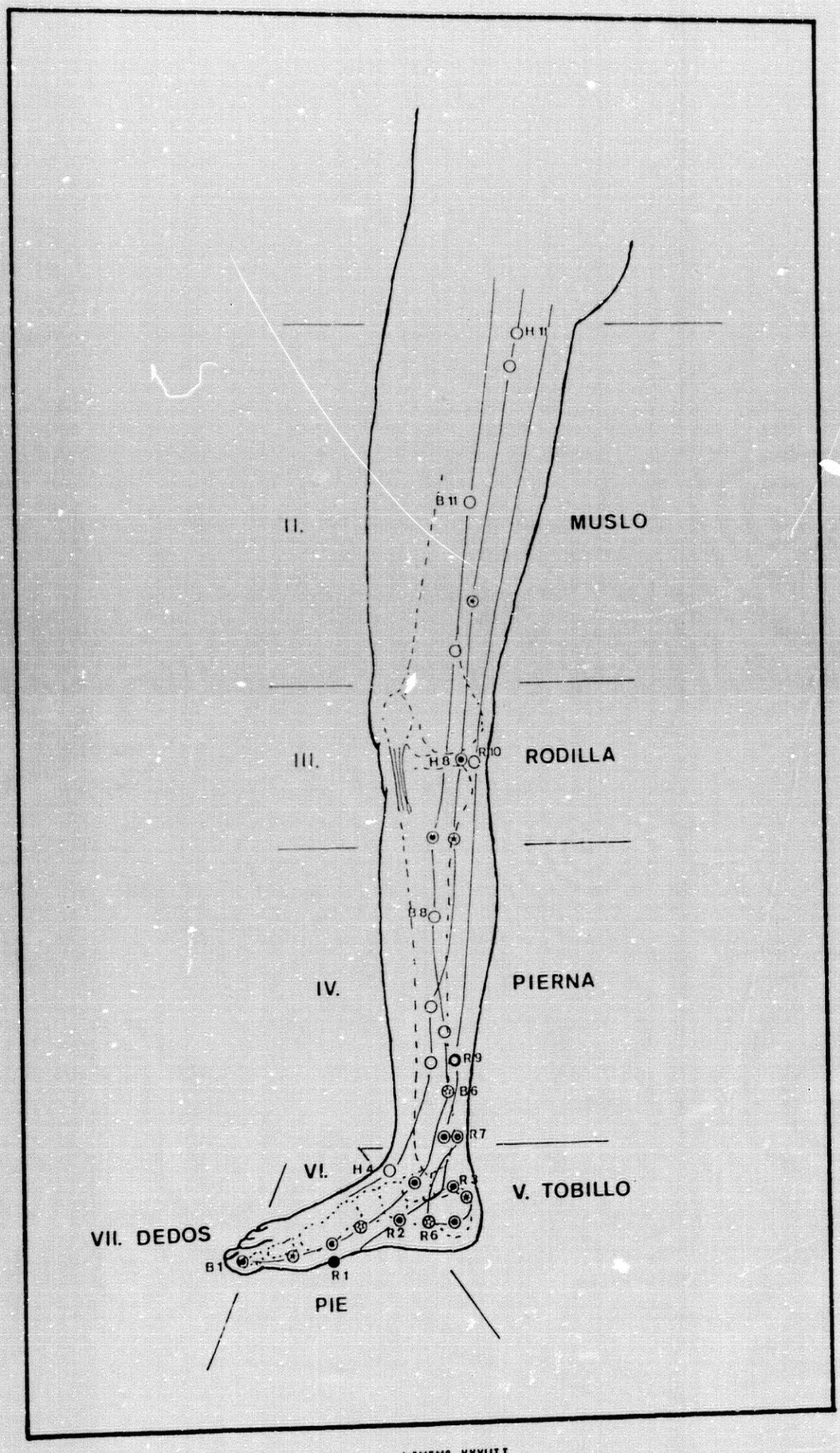
LAMINA XXXV

Puntos significativos del miembro inferior.



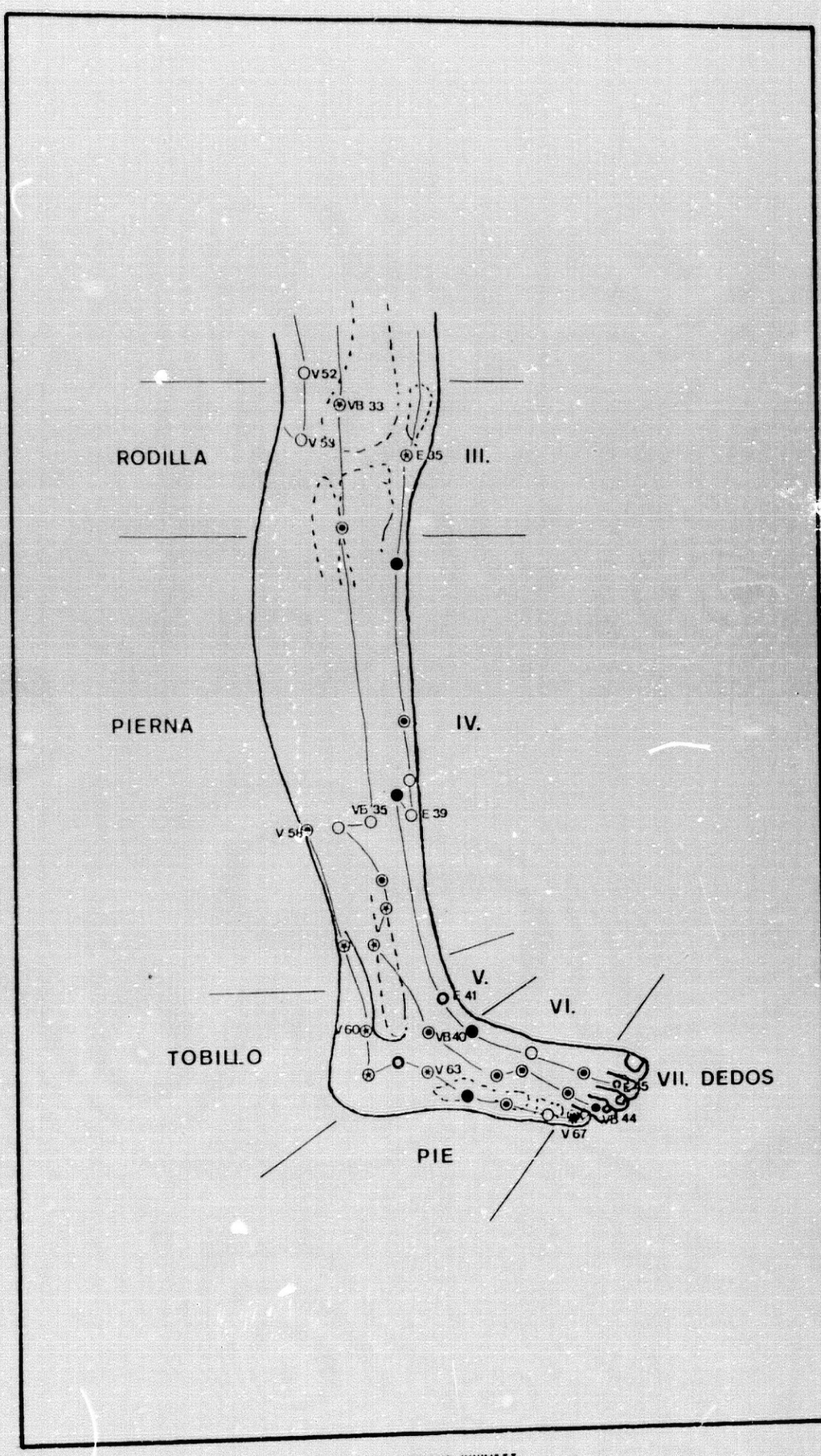
LAMINA XXXVI

Puntos significativos del miembro inferior. Visión posterior.



LAMINA XXXVII

Puntos significativos del miembro inferior. Visión cara interna.



LAMINA XXXVIII

Puntos significativos de la pierna y pie. Visión cara externa.

II. áREAS ACUPUNTURALES REPRESENTATIVAS.

Una vez obtenidos los puntos en cuya significación había un consenso al menos de la mitad de los autores representativos consultados, la información referente a la terapéutica de los mismos se trasladó a modelos esquemáticos de los diversos segmentos corporales.

Al centrarnos en un segmento cualesquiera, por ejemplo dorso, se contempló que los puntos significativos para una víscera, órgano o sistema tienden a reunirse en unas zonas determinadas, a veces, puntiformes; ésto era extensible a las restantes regiones del tronco: tórax y abdomen. Un análisis a tal respecto de las extremidades nos mostró que éstas también participaban de tal peculiaridad.

El agrupamiento espontáneo de puntos aceptados en áreas constituidas en relación con un órgano o víscera o, al menos, sistema, guió a Sánchez-Montesinos (1.985) a proponer el concepto de "áreas acupunturales" (al estar inspiradas en la acupuntura), definiéndolas como "zonas bien diferenciadas para cada uno de los órganos o

sistema de nuestra economía".

El estudio de las áreas constituidas en la superficie corporal por el procedimiento señalado, nos permite separar tres tipos entre ellas: viscerales, álgicas y psíquicas. Simplemente porque los puntos que agrupan coinciden en tratar las enfermedades de órganos y entrañas, las primeras; algias articulares fundamentalmente, las segundas; y disfunciones psíquicas, las últimas.

Es el momento de advertir que no se tratan de áreas cutáneas en exclusividad, aunque se tracen y encuentren en la piel. Representan una proyección de la profundidad en cuanto que las agujas, que por sus puntos se introducen, buscan destinos que están en ella.

Basándonos en aquellas áreas, presentamos las "áreas acupunturales representativas" de órganos, funciones o sistemas, modificación de las anteriores, con un criterio de aceptación igual o mayor del 0.65, en lugar del criterio igual o mayor de 0.50, utilizado allí. Aquel mismo criterio de aceptación es empleado para delimitar las áreas acupunturales representativas de algias cefálicas y faciales, así como para las áreas representativas psíquicas.

Se mantiene, sin embargo, tal nivel de aceptación (igual o mayor de 0.50) para la definición de las áreas

representativas de algias articulares, cuyo análisis fue realizado por Suarez (1.986), pues "el tratamiento de tales procesos es, en la mayoría de las ocasiones, a través de una serie de puntos dolorosos: puntos de meridiano o de fuera de meridiano. Todos ellos varían en su mayoría con el paciente o en el transcurso del proceso". Consecuentemente, la coincidencia de tales puntos para un idéntico proceso es rara, "lo que supone que el nivel de aceptación no puede elevarse por encima del 0.50, ya que a niveles superiores no existe suficiente información para su análisis".

Con el nivel de aceptación igual o mayor a 0.65, con el que se delimitan las áreas representativas de vísceras, órganos o de procesos funcionales generales, resultan unas áreas más concretas, bien definidas y, además, de una mayor fiabilidad en la representación y accesibilidad terapéutica de las enfermedades o disfunciones de órganos, vísceras y de ciertos procesos funcionales generales. Por ello, también son supceptibles de la realización de un posterior análisis de su distribución sobre la superficie corporal y de su base anatómica.

En el caso de las áreas álgicas-articulares, aparecen también bien concretas, a pesar de su menor nivel de aceptación, resultando coincidente la distribución zonal de los puntos más significativos en relación a la arti-

culación objeto del tratamiento (Suarez, 1.986), lo que hace interesante el estudio de las mismas.

No adelantemos, sin embargo, acontecimientos, pues, el análisis de la distribución de las áreas acupunturales representativas serán objeto de otro apartado del presente trabajo. Observemos, no obstante, que existe una cierta superposición entre las diferentes áreas viscerales presentes en los distintos segmentos corporales. Ello quiere significar que existen puntos que son comunes para diferentes áreas, es decir, un punto puede ser significativo para la terapéutica de diferentes órganos o funciones. Esto se puede observar, a modo de ejemplo, en el abdomen con respecto a las áreas de intestino grueso e intestino delgado con intersección en los puntos JM 6, JM 9 y E 25; igual sucede con las diferentes áreas del tórax y del dorso. Una mayor imbricación se presenta en la cabeza y, sobre todo, en las extremidades.

Esta circunstancia no nos ha permitido presentar un mapa de áreas escuetas, concretas y diferentes pero, seguramente esta pretensión de obtener áreas perfectas resulta, además imposible, ilógica, en cuanto que también es difícil separar drásticamente funciones y afecciones de nuestros órganos, algunos tan próximos y tan unitarios funcionalmente como intestino delgado e intes-

tino grueso. De otra manera, un mismo sistema visceral puede estar representado en más de un área, en áreas separadas e incluso añadidas de algún punto suelto.

Todo lo anterior hace que lo que podría haber sido presentado como un sencillo modelo didáctico para recordar de una forma fácil la utilidad de los puntos, por medio de la sucesión de una serie de áreas, no resulta del todo eficaz. De otra parte, las áreas pueden resultar aisladas, lejanas o poco prácticas si no se piensa en los meridianos, que, una vez más, vienen a resultar imprescindibles en acupuntura para conseguir la unidad, la integración necesaria.

Ello hace necesario insistir, en nuestro estudio, en el análisis de los meridianos, pero teniendo presente en todo momento los resultados obtenidos en el presente apartado, por el enriquecimiento que supone en la comprensión terapéutica de los mismos.

Los meridianos se benefician de las áreas en cuanto que va a ser mucho más sencilla y comprensible su significación terapéutica viendo las que cruzan. Los meridianos, cuando se presentan didácticamente, suponen un esfuerzo si se quiere asimilar una colección desarticulada de números y funciones. Con la presentación que propondremos, la atención que se presta a aquellos se puede reducir a los puntos significativos, útiles, y la

significación terapéutica se deduce de esas áreas que cruzan, no muy numerosas, factibles de expresar en un mapa y con justificación científica. Creemos que todo esto contribuye a la facilitación y reforzamiento de los principios acupunturales, a los que servimos con su aceptación aprioristica y con un ánimo nada reformador sino, en todo caso, renovador.

Con tal fin presentamos la representación de las áreas en las láminas XXXIX a LIV. Por la poca claridad que supone, en un primer momento, presentar tanto la significación álgica como la visceral de los diferentes puntos en una misma lámina, agruparemos los diferentes tipos de áreas en figuras independientes: las áreas con acción sobre vísceras o funciones generales de nuestro organismo, en las láminas con sufijo a ; y las áreas álgicas de eminente acción analgésica, en las láminas con sufijo b; por último, las áreas psíquicas, en las láminas con sufijo c.

LÁMINAS XXXIX A LIV.

ÁREAS ACUPUNTURALES REPRESENTATIVAS:
ÁLGICAS, VISCERALES Y PSÍQUICAS.

SÍMBOLOS EMPLEDOS EN LAS LÁMINAS DE XXXIX A LIV.

En las láminas de áreas viscerales.

- Punto con acción significativa sobre una sóla función visceral.
- Punto con acción significativa sobre dos funciones viscerales.
- Punto con acción significativa sobre tres o más funciones viscerales.

En las láminas de áreas álgicas.

- Punto con acción significativa sobre una sóla afección álgica.
- Punto con acción significativa sobre dos afecciones álgicas.
- Punto con acción significativa sobre tres o más afecciones álgicas.

En las láminas de áreas psíquicas.

- Punto con acción significativa sobre el psiquismo.

LÍMITES SIGNIFICATIVOS Y SÍMBOLOS EMPLEADOS EN LAS LÁMINAS XXXIX A LIV.

Límites significativos. Símbolos.

En las láminas de las áreas viscerales.

OC.	Area del sistema ocular.
N.	Area de nariz y senos paranasales.
A-V.	Area del sistema auditivo-vestibular.
B.	Area de boca.
F.	Area de faringe.
P.	Area de pulmón y bronquios.
C.	Area cardiovascular.
MM.	Area mamaria.
G.	Area gástrica.
H.	Area hepática.
VB.	Area de la vesícula biliar.
ID.	Area del intestino delgado.
IG.	Area del intestino grueso.
A.	Area del ano.
	Sistema génito-urinario.
R.	Area renal.
V.	Area de vejiga.
U.	Area de útero.
T.	Area del testículo.

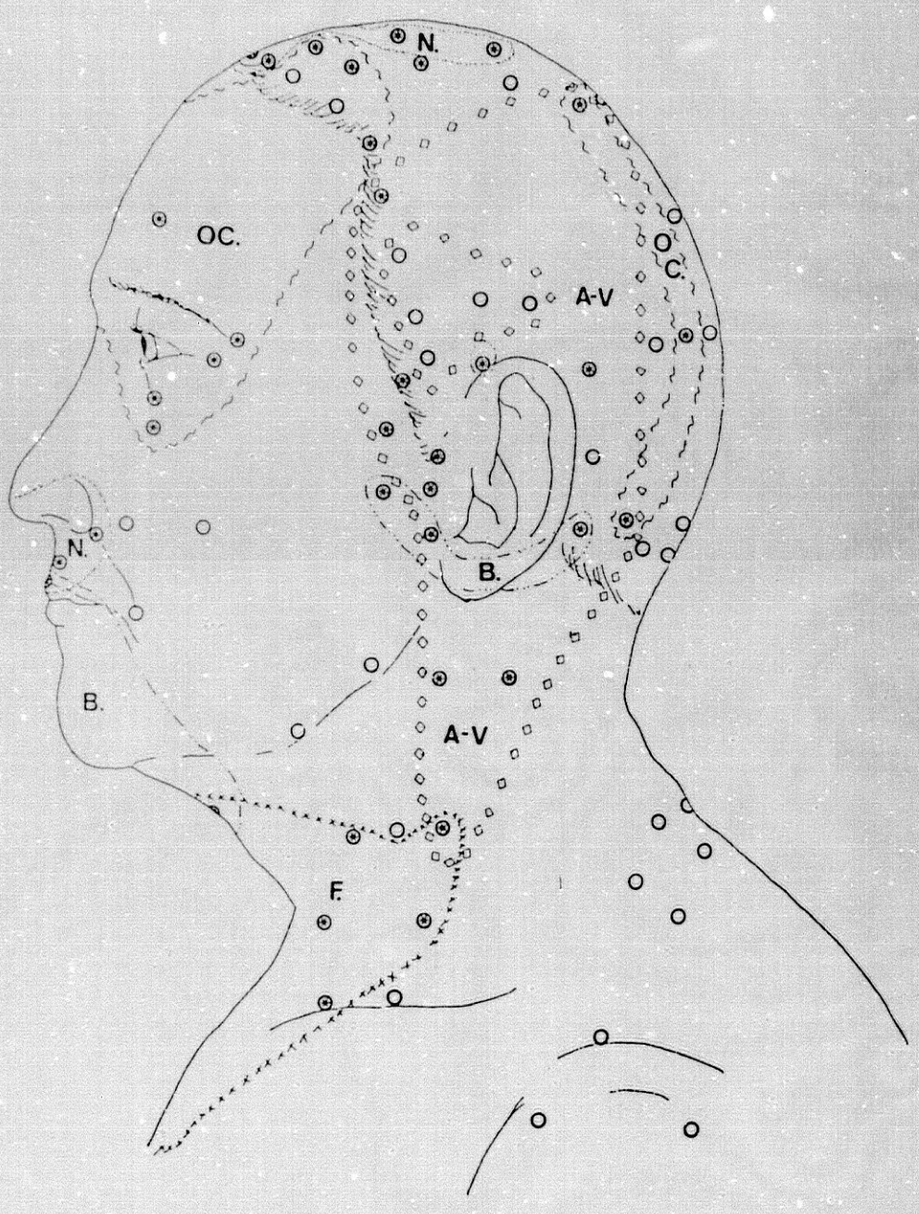
En las láminas de las áreas álgicas.

CF.	Area de las algias cefálicas.
FL.	Area de las algias faciales.
CU.	Area de las algias de cuello.
E.	Area de las algias de espalda.
T.	Areas de las algias torácicas.
L.	Area de las algias lumbares.
H.	Area de las algias de hombro.
B.	Area de las algias de brazo.
CO.	Area de las algias de codo.
AT.	Area de las algias de antebrazo.
MU.	Area de las algias de muñeca.
MA.	Area de las algias de mano.
RO.	Area de las algias de rodilla.
P.	Area de las algias de pie.

En las láminas de las áreas psíquicas.

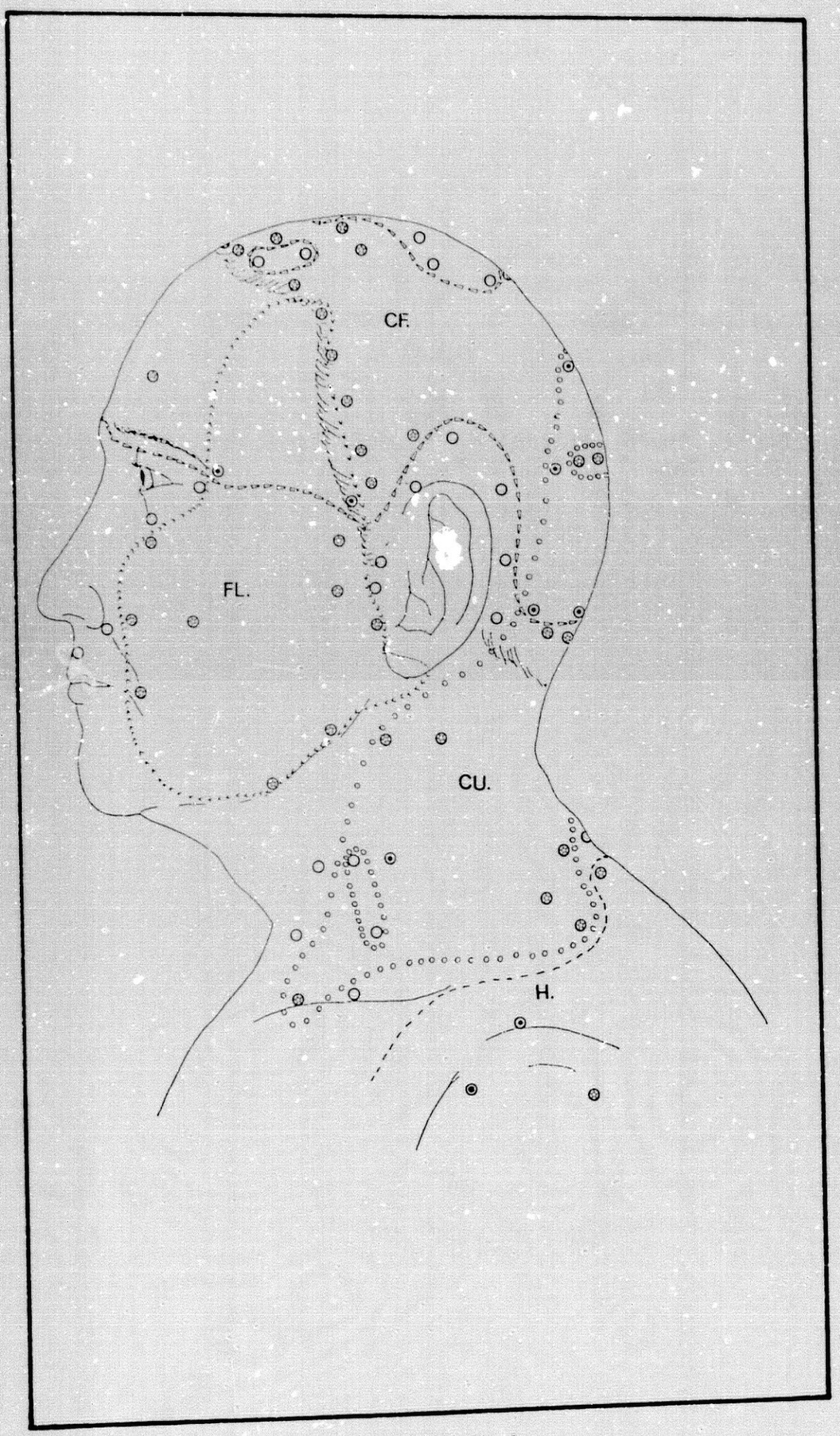
PQ.	Area psíquica.

Símbolos e indicaciones empleados en las Láminas XXXIX a LIV.



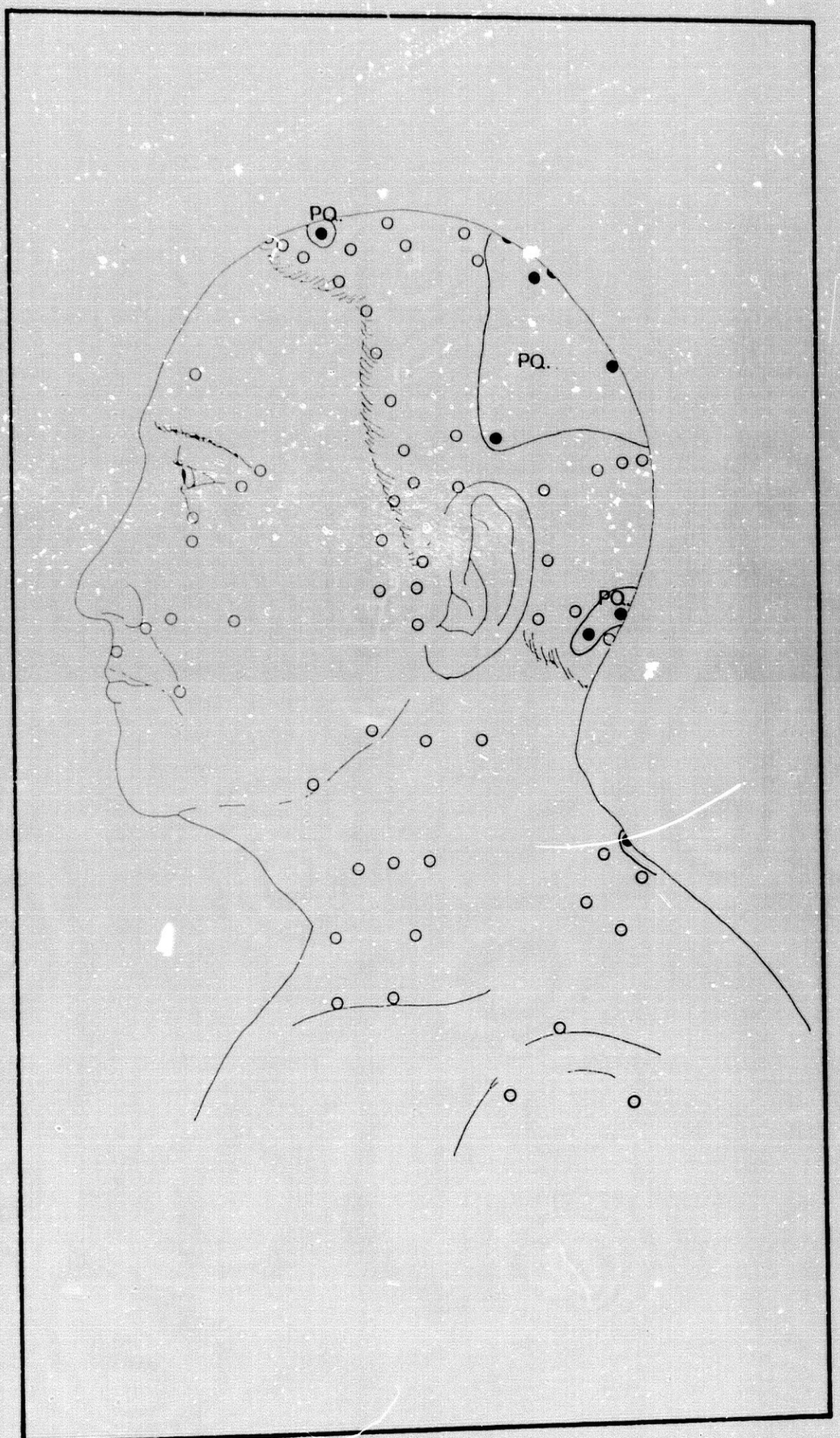
LAMINA XXXIX - A.

Areas acupunturales representativas viscerales en cabeza y cuello. Visión lateral.



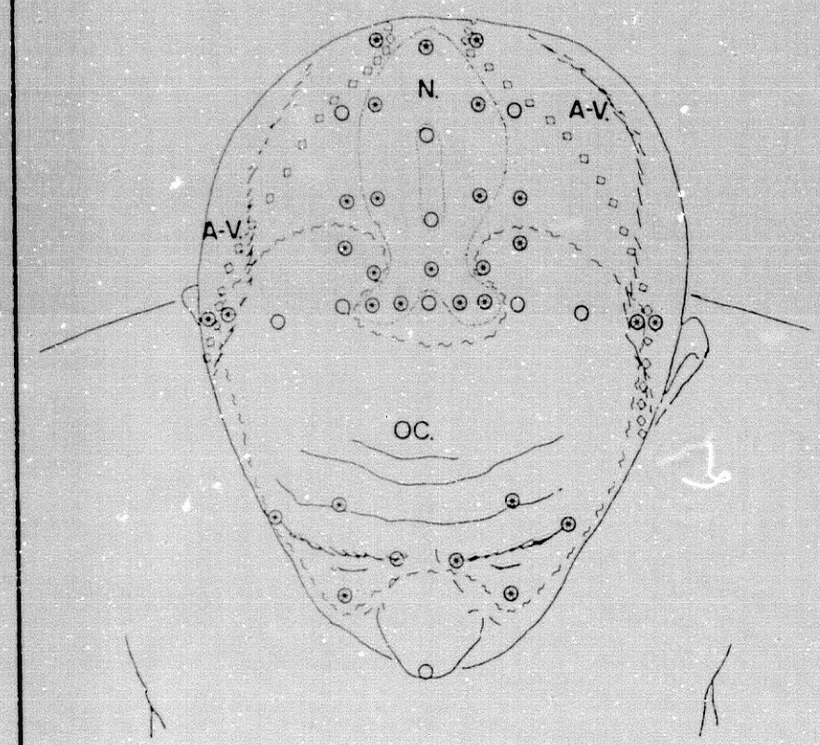
LAMINA XXXIX - B

Areas acupunturales representativas álgicas en cabeza y cuello. Visión lateral.



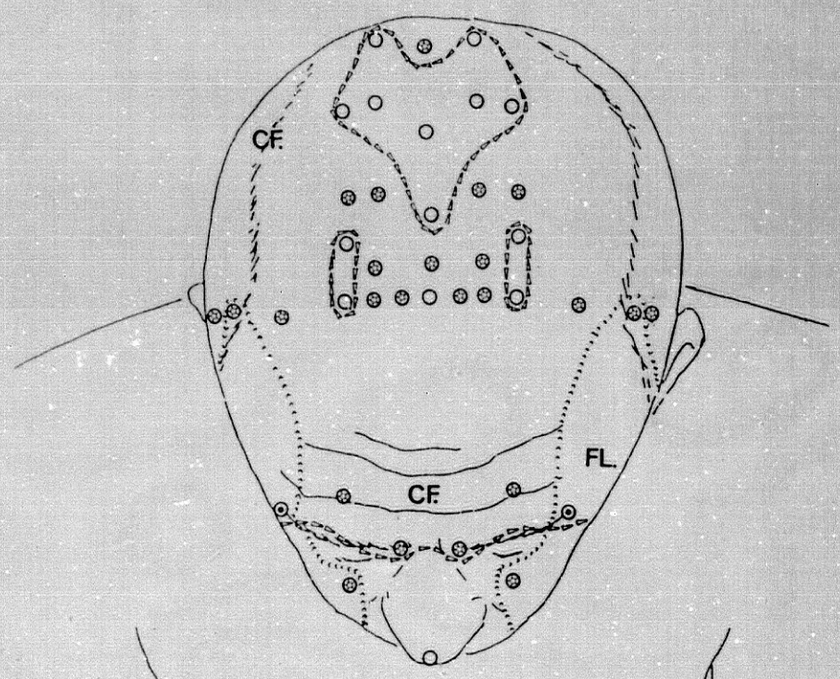
LAMINA XXXIX - C

Areas acupunturales representativas psíquicas en cabeza y cuello. Visión lateral.



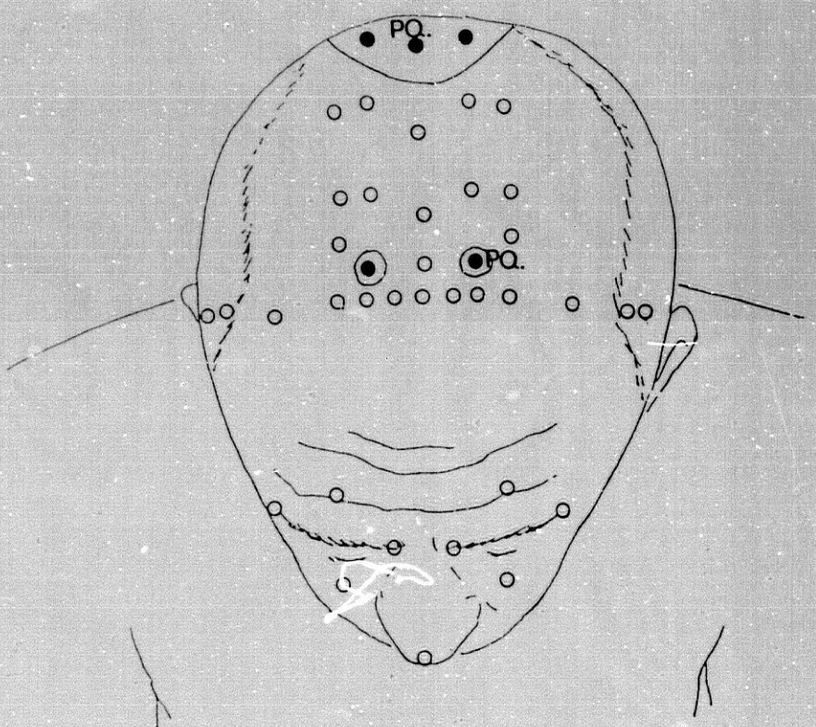
LAMINA XL - A

Areas acupunturales representativas viscerales en cabeza. Visión superior.



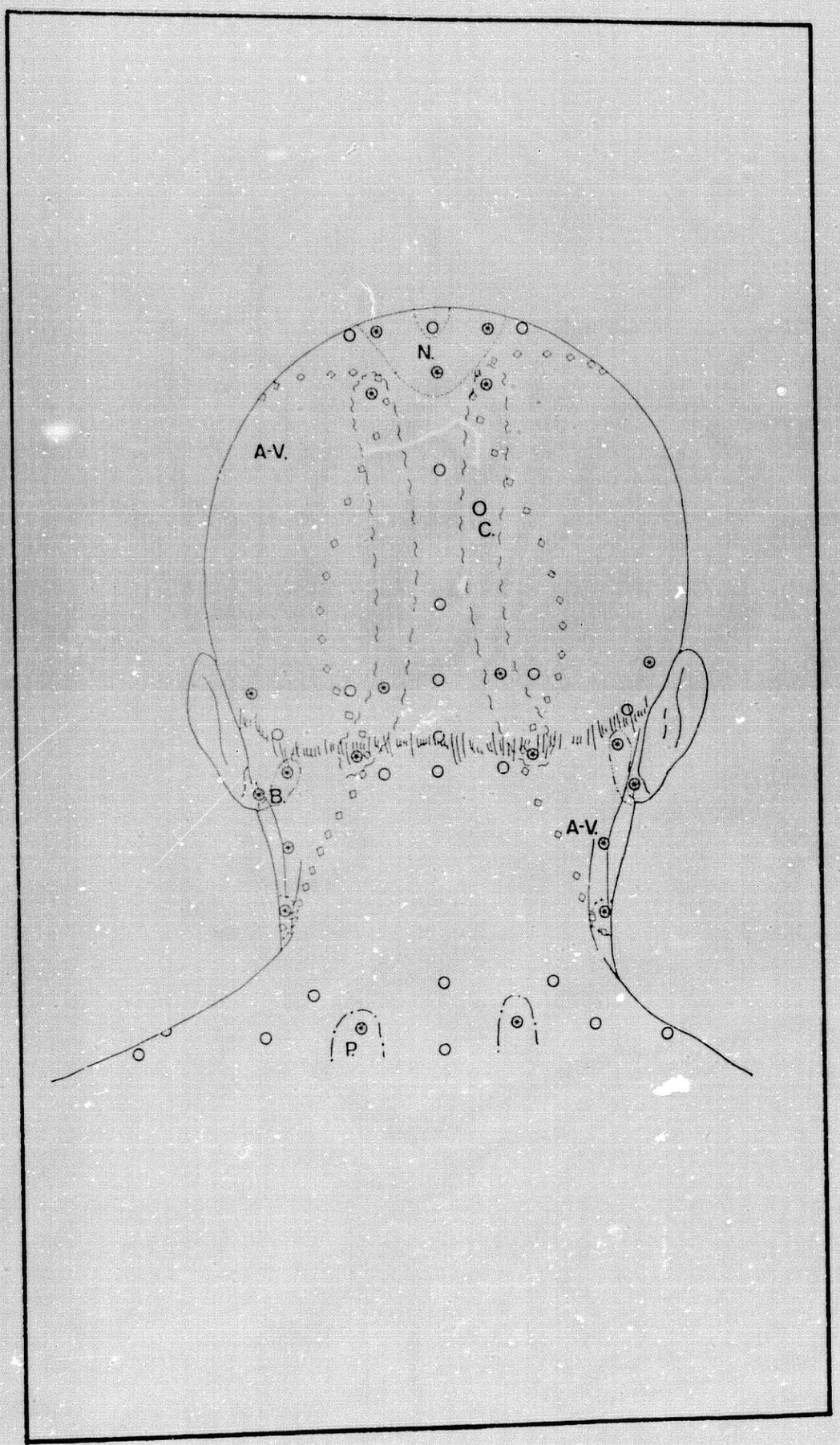
LAMINA XL - B

Areas acupunturales representativas álgicas en cabeza. Visión superior.



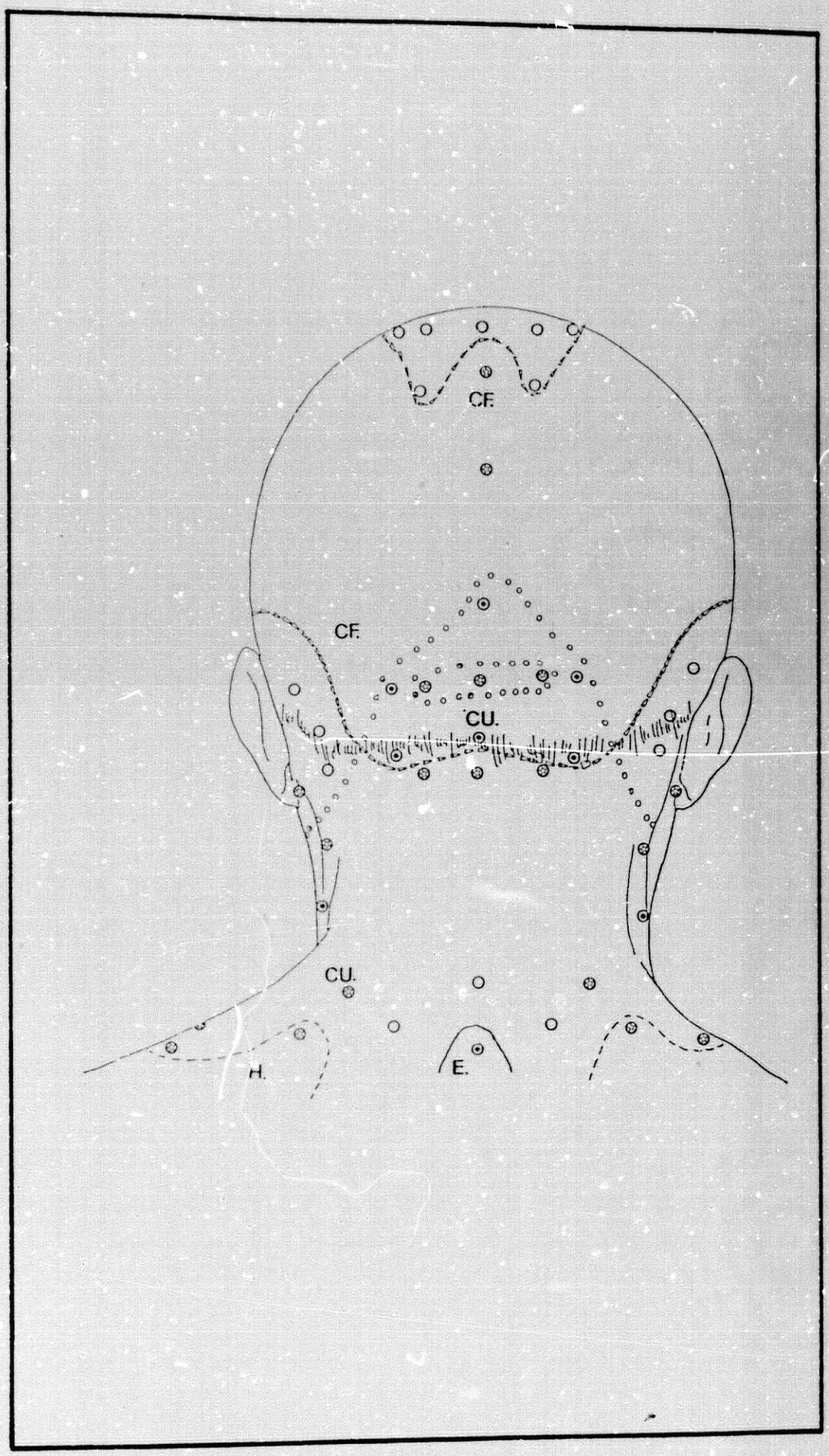
LAMINA XL - C

Areas acupunturales representativas psíquicas en cabeza. Visión superior.



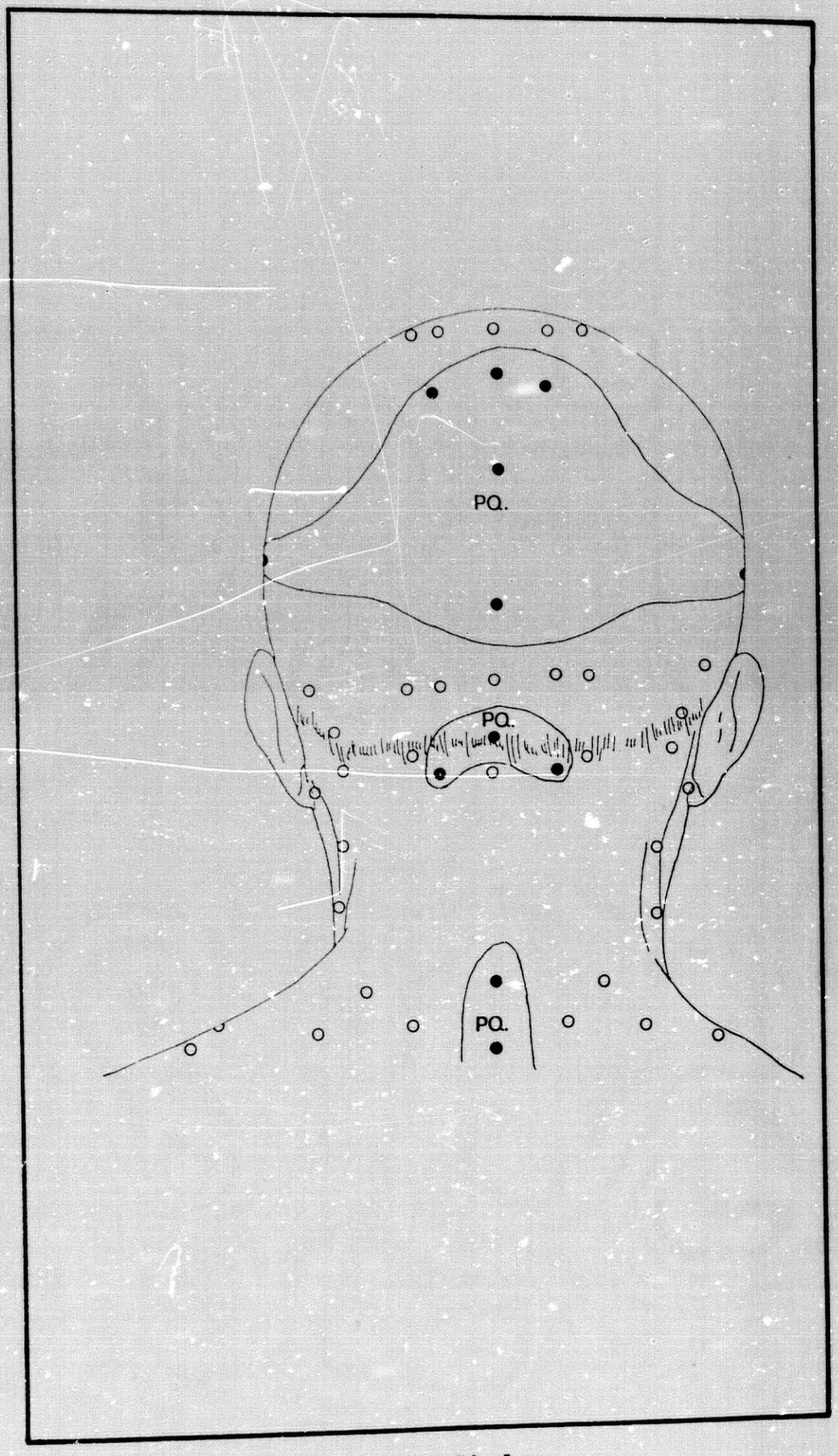
LAMINA XLI - A

Areas acupunturales representativas viscerales en cabeza y cuello. Visión posterior.



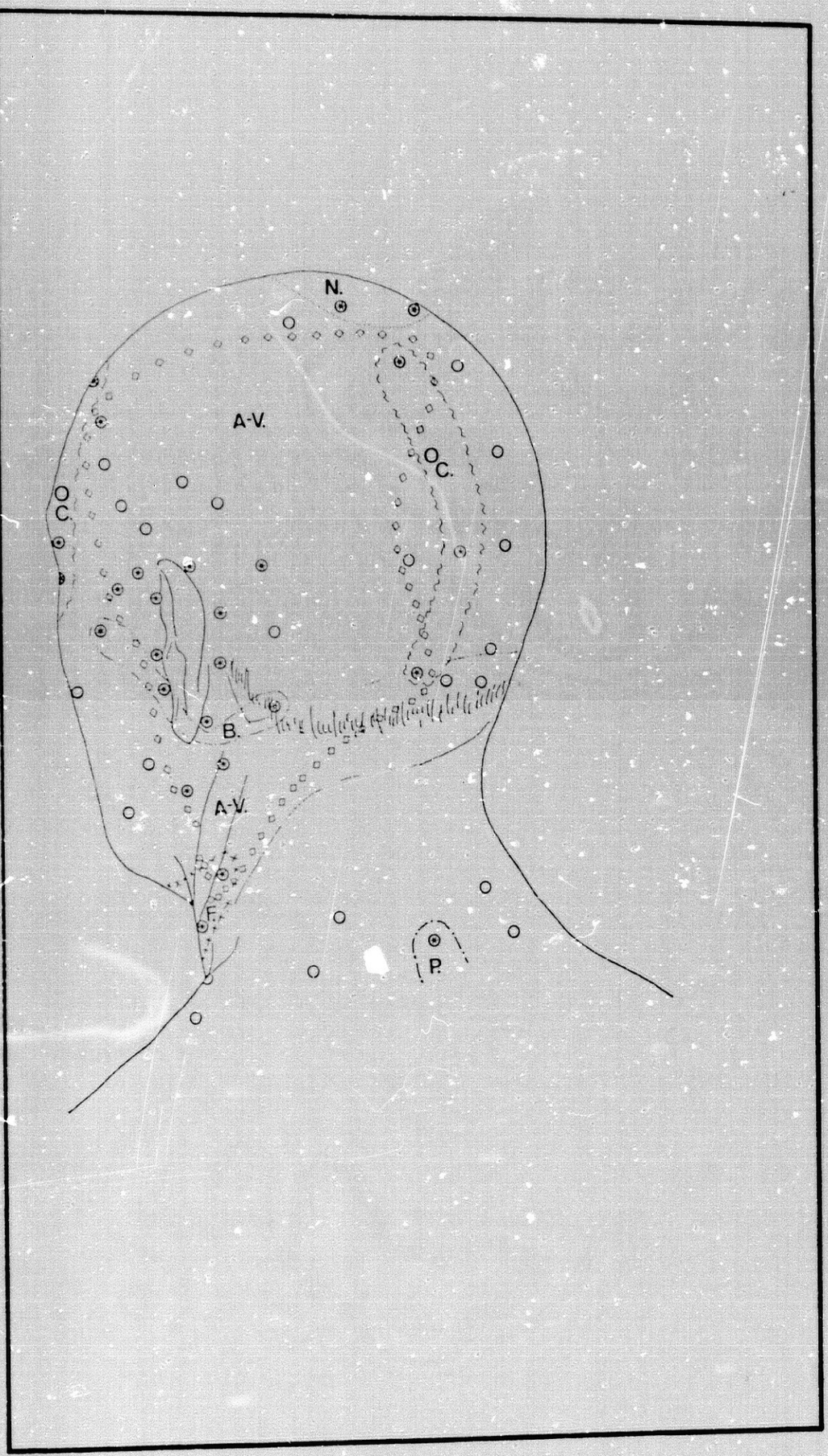
LAMINA XLI - B

Areas acupunturales representativas álgicas en cabeza y cuello. Visión posterior.



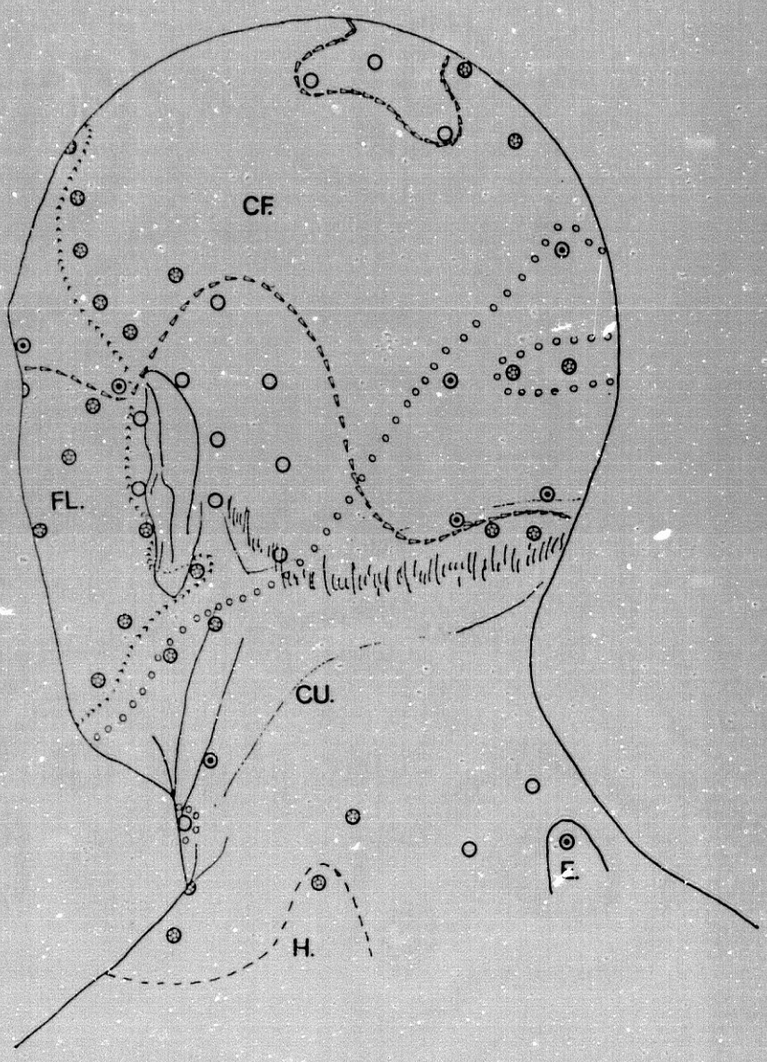
LAMINA XLI - C

Areas acupunturales representativas psíquicas en cabeza y cuello. Visión posterior.



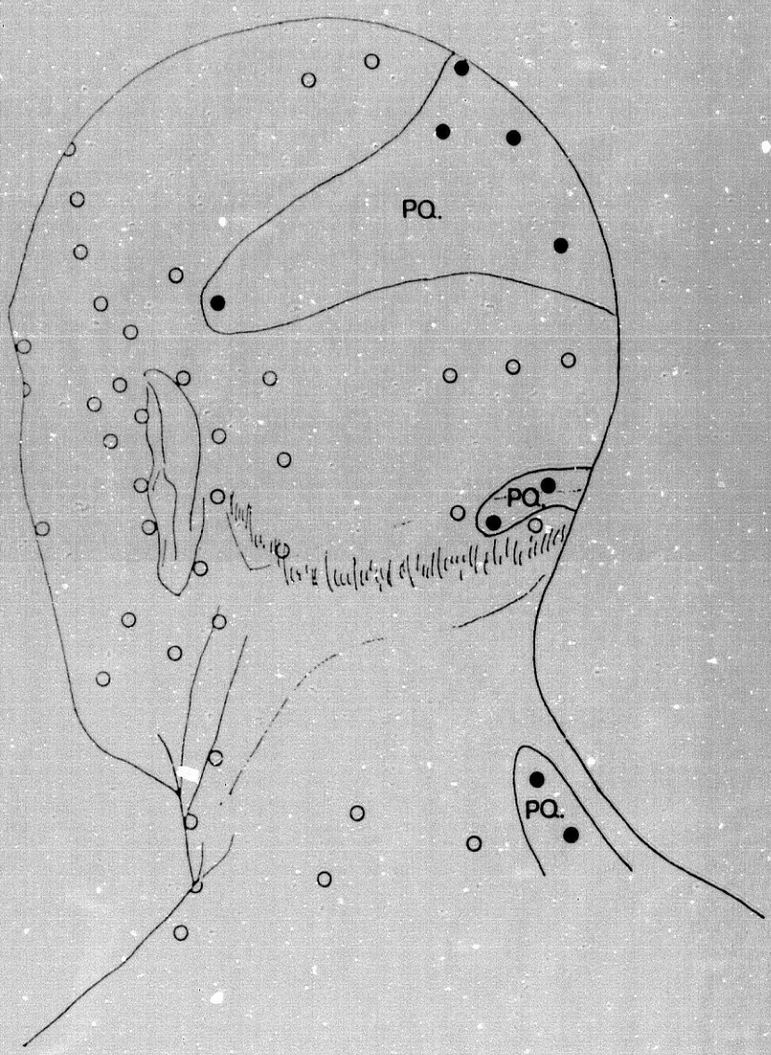
LAMINA XLII - A

Areas acupunturales representativas viscerales en cabeza y cuello. Visión látero-posterior.



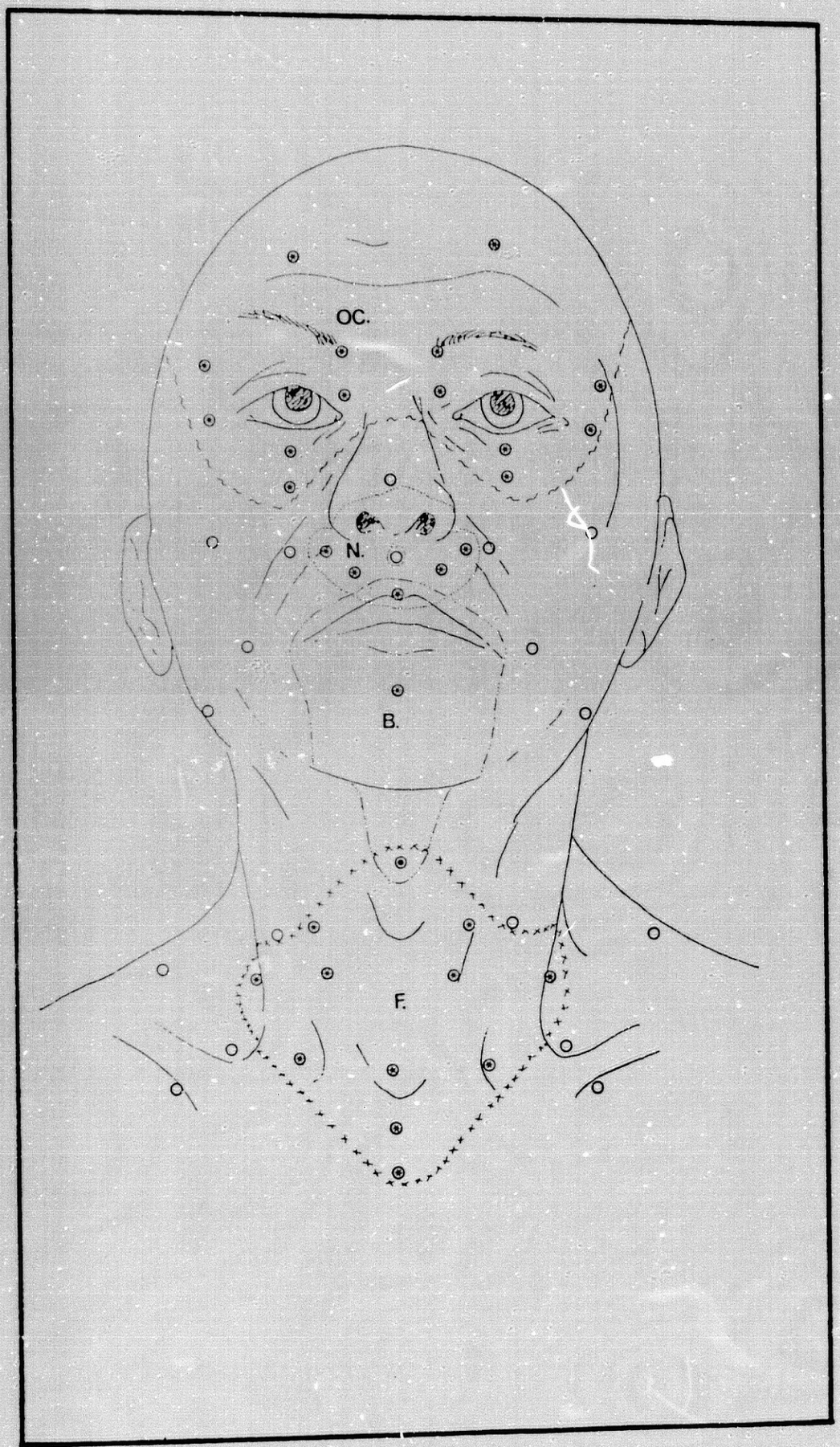
LAMINA XLII - B

Areas acupunturales representativas álgicas en cabeza y cuello. Visión látero-posterior.



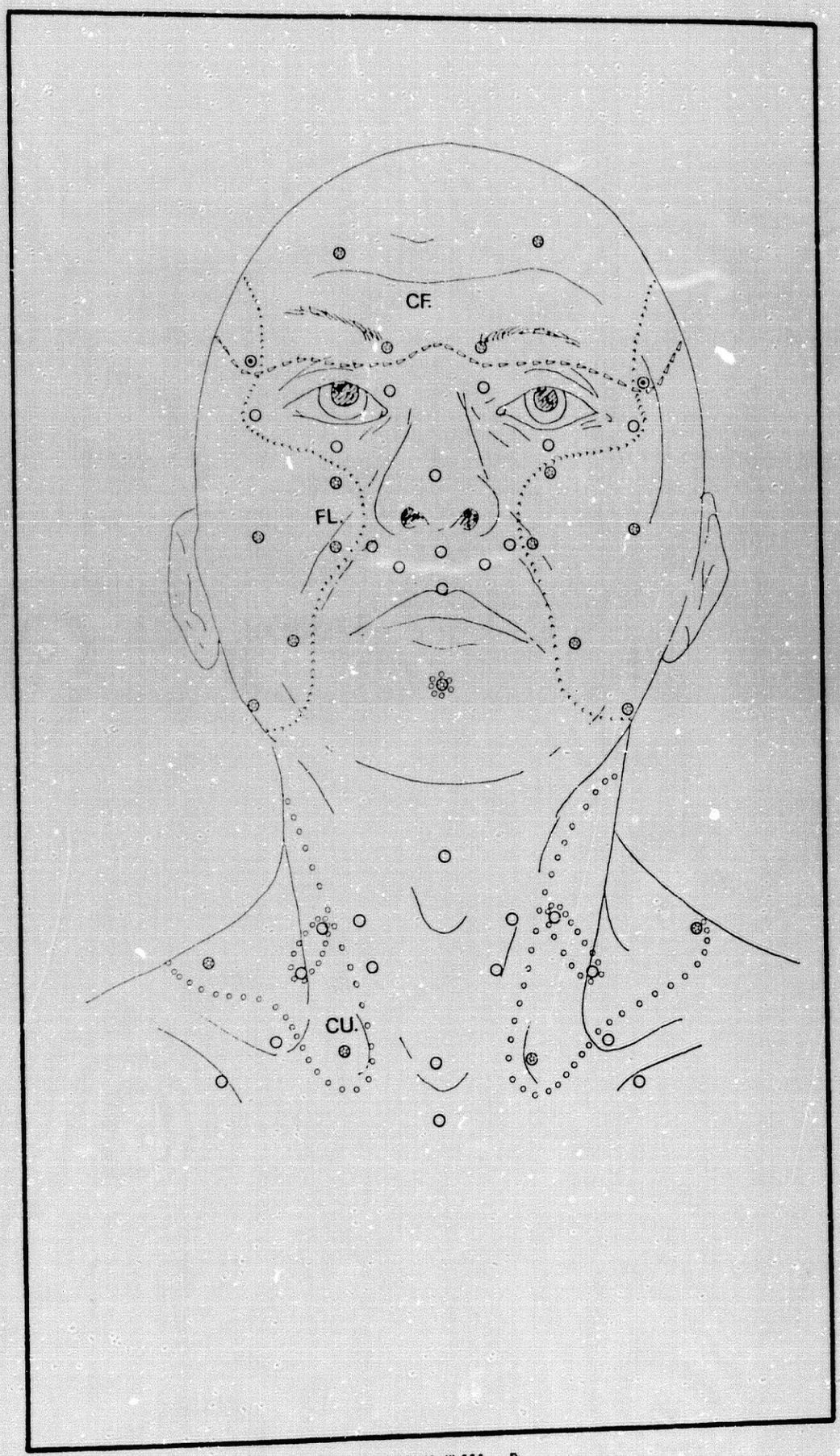
LAMINA XLII - C

Areas acupunturales representativas psíquicas en cabeza y cuello. Visión látero-posterior.



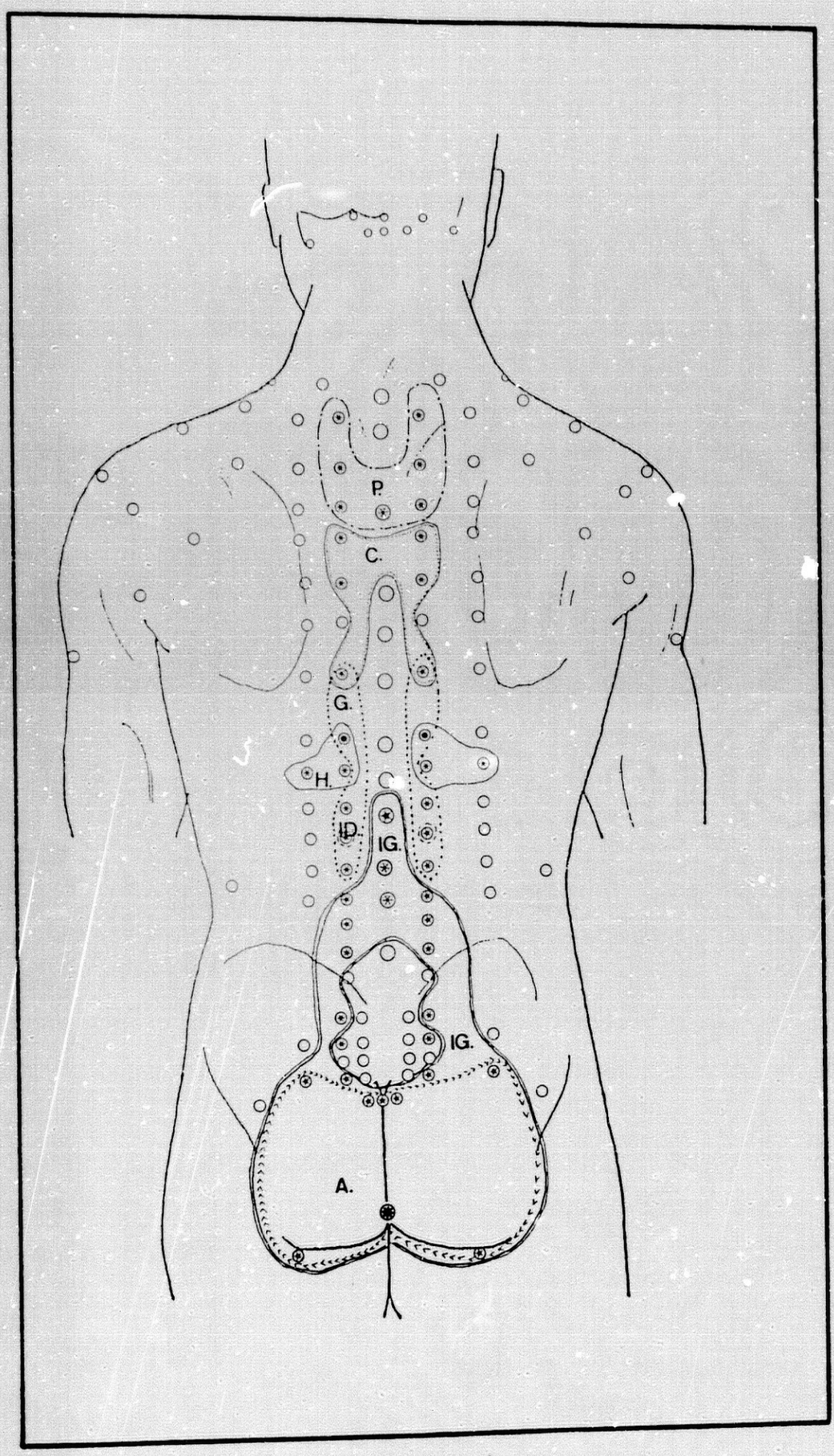
LAMINA XLIII - A

Areas acupunturales representativas viscerales en cara y cuello. Visión anterior.



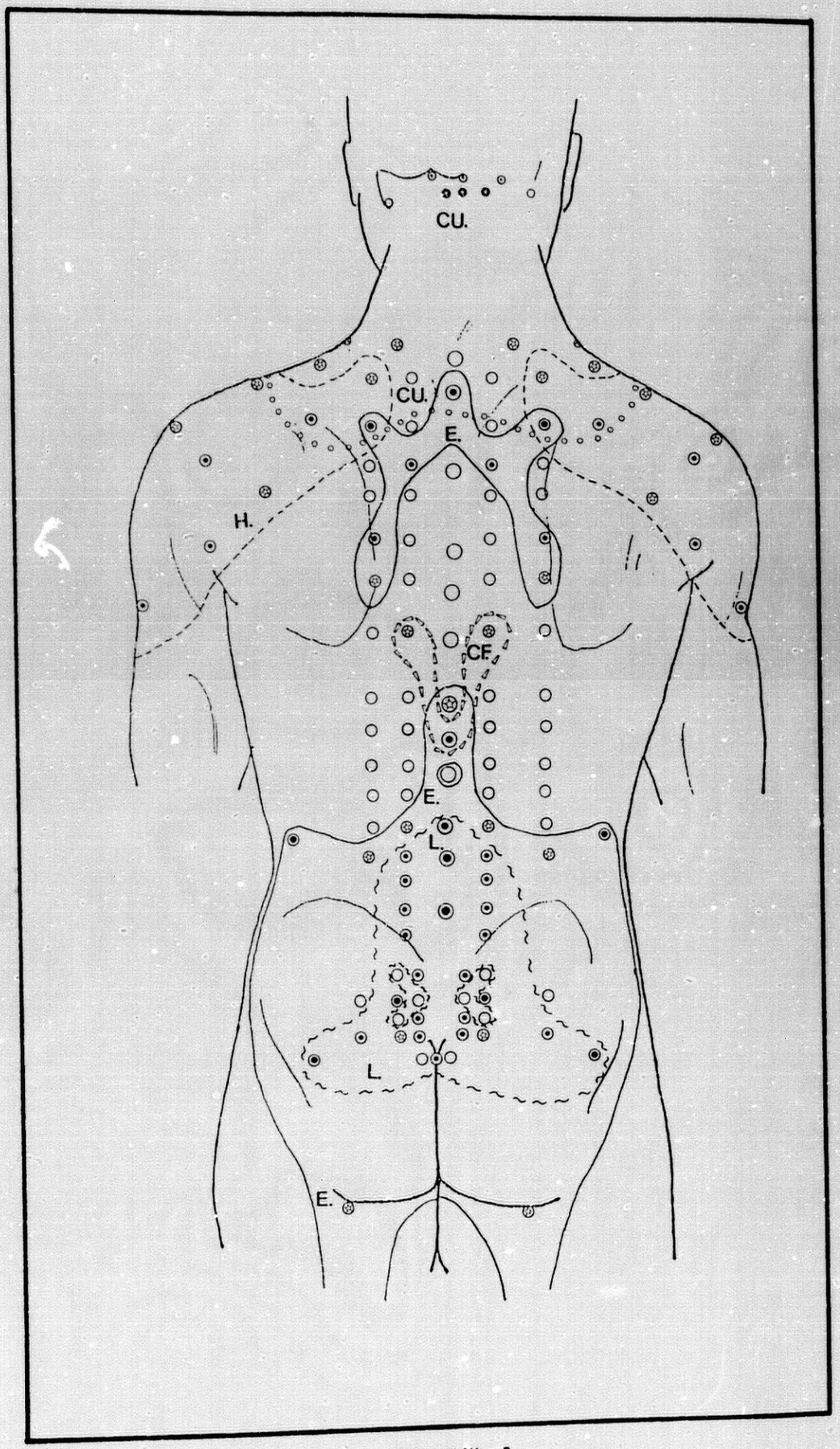
LAMINA XLIII - B

Areas acupunturales representativas álgicas en cara y cuello. Visión anterior.



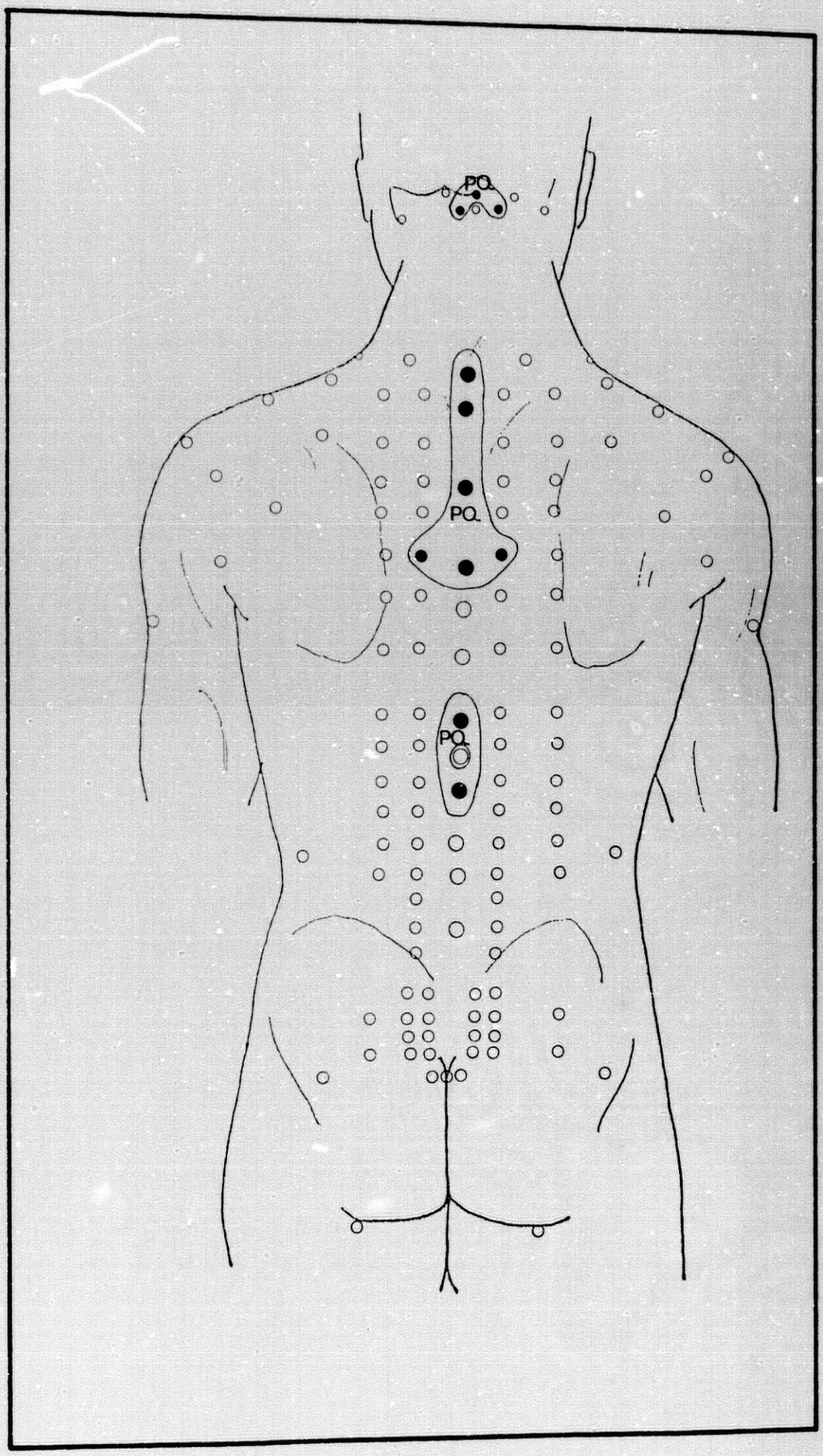
LAMINA XLIV - A

Areas acupunturales representativas viscerales en dorso.



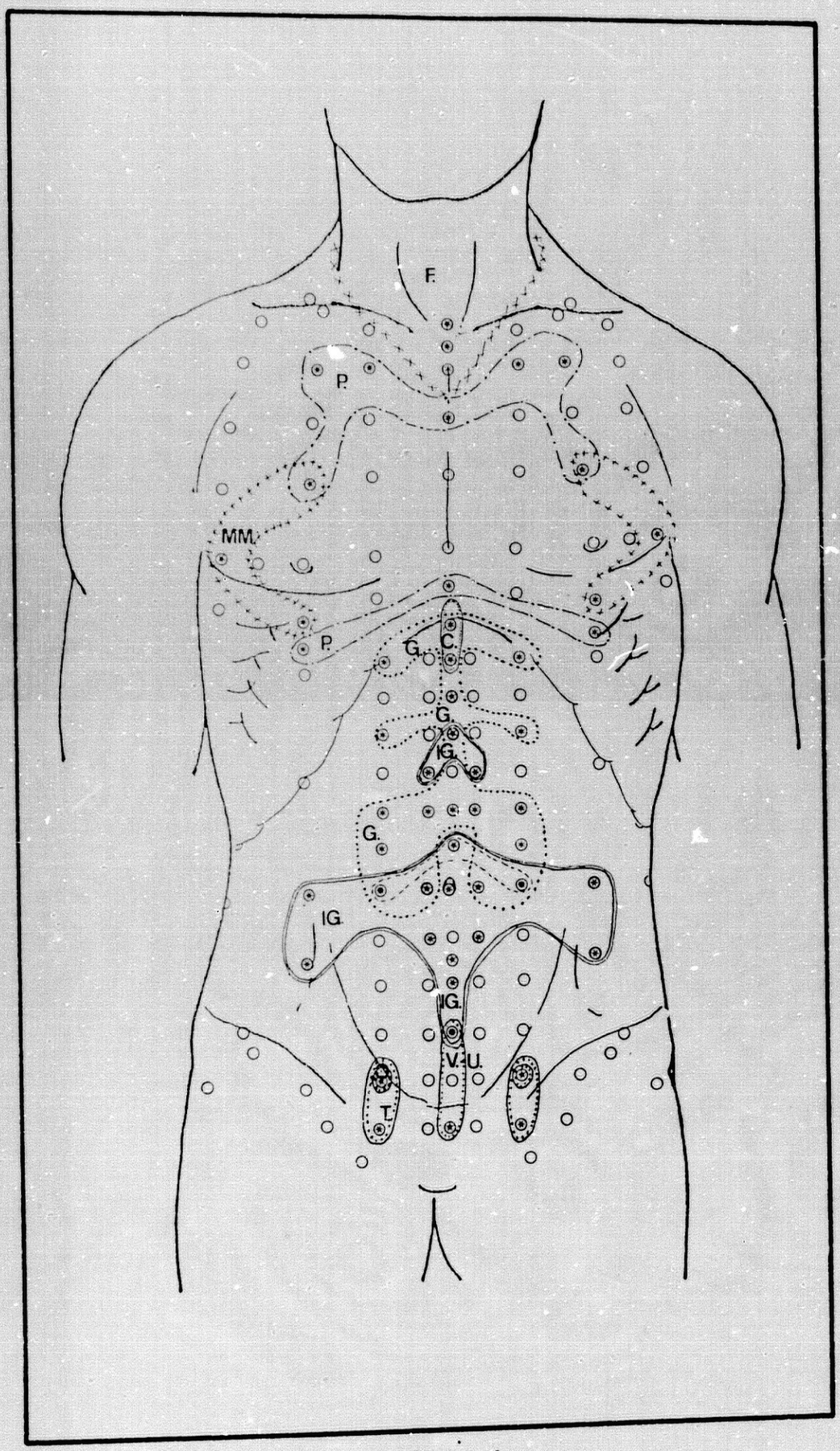
LAMINA XLIV - B

Areas acupunturales representativas álgicas en dorso.



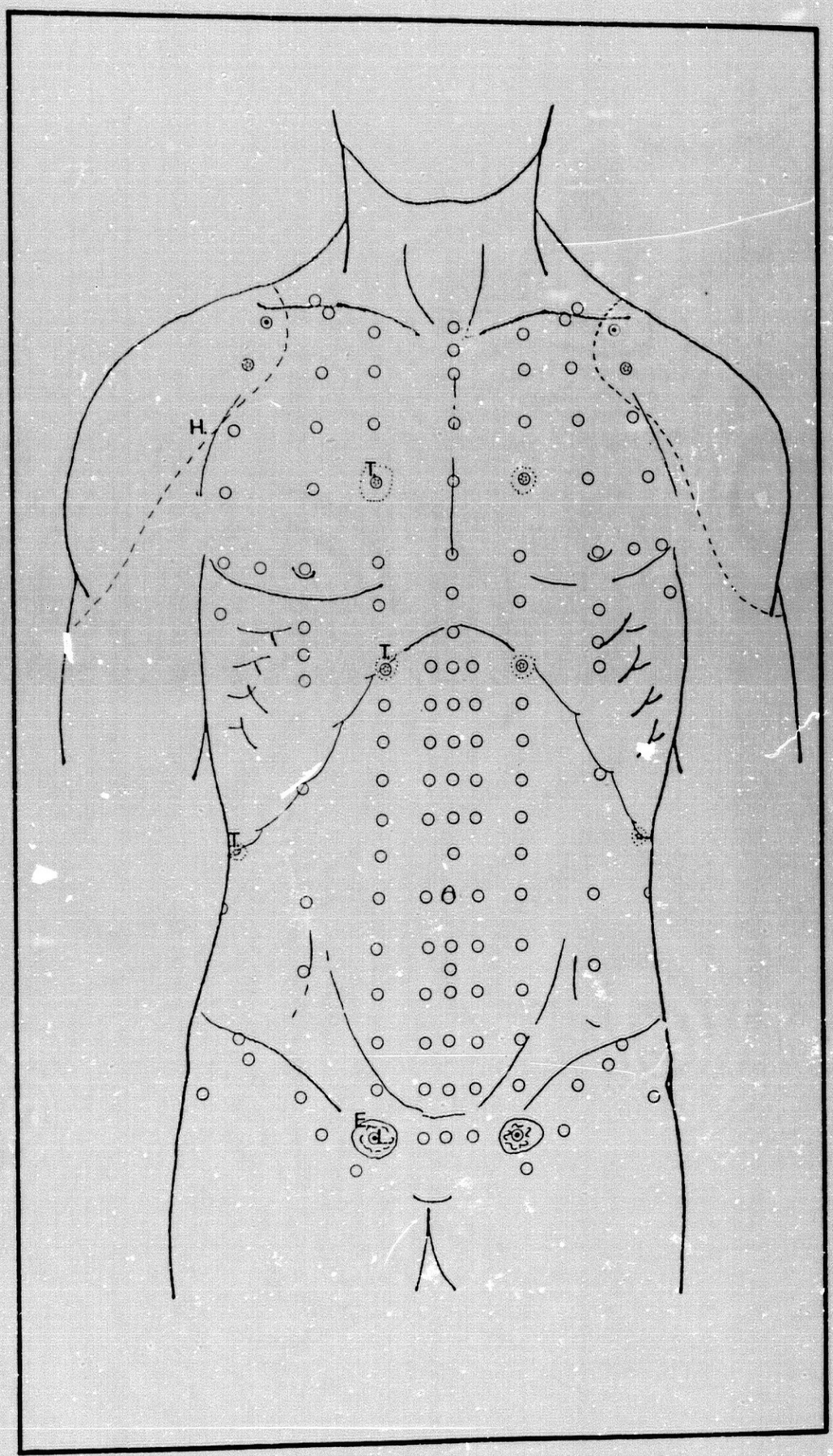
LAMINA XLIV - C

Areas acupunturales representativas psíquicas en dorso.



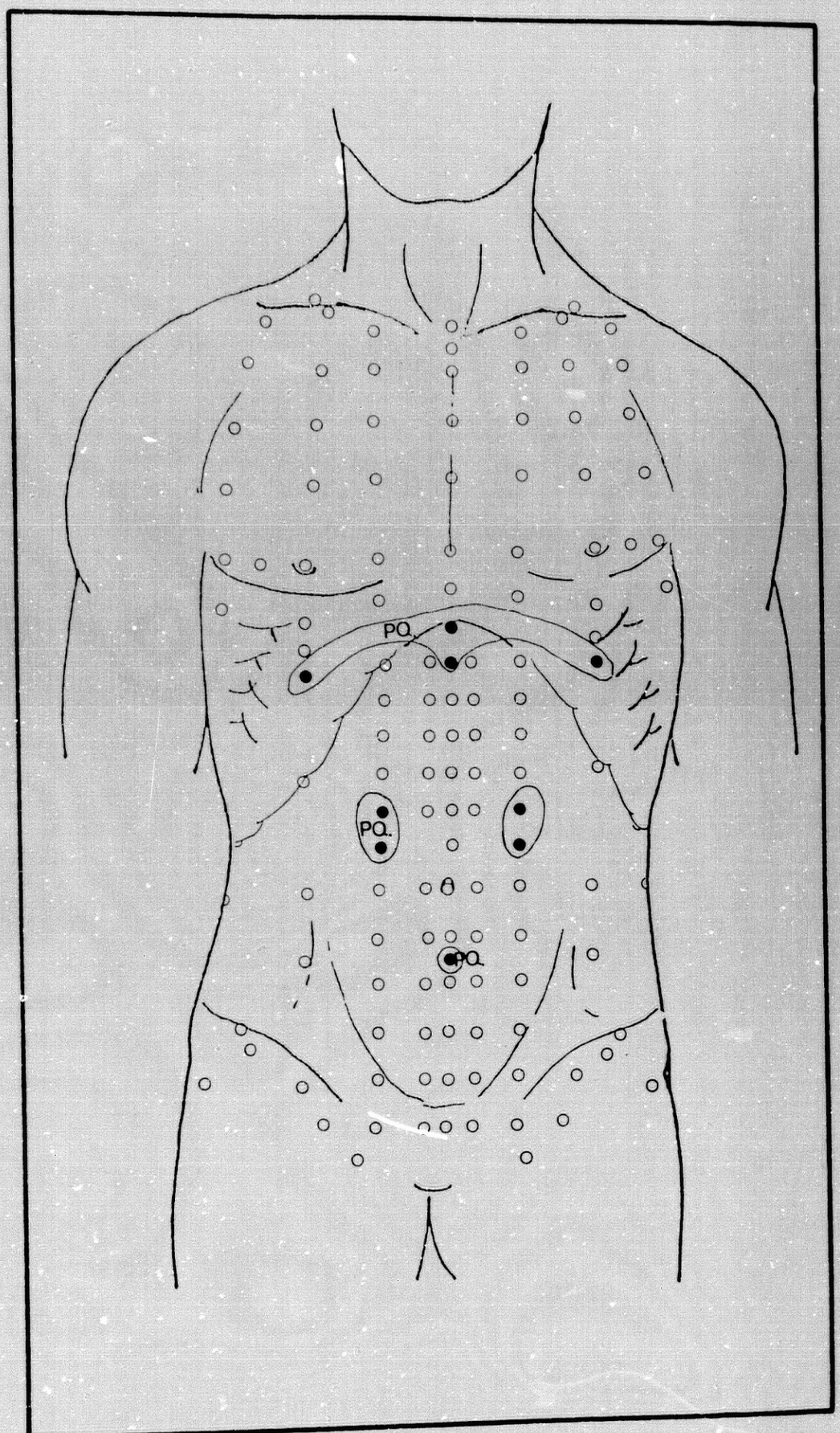
LAMINA XLV - A

Areas acupunturales representativas viscerales en tórax y abdomen.



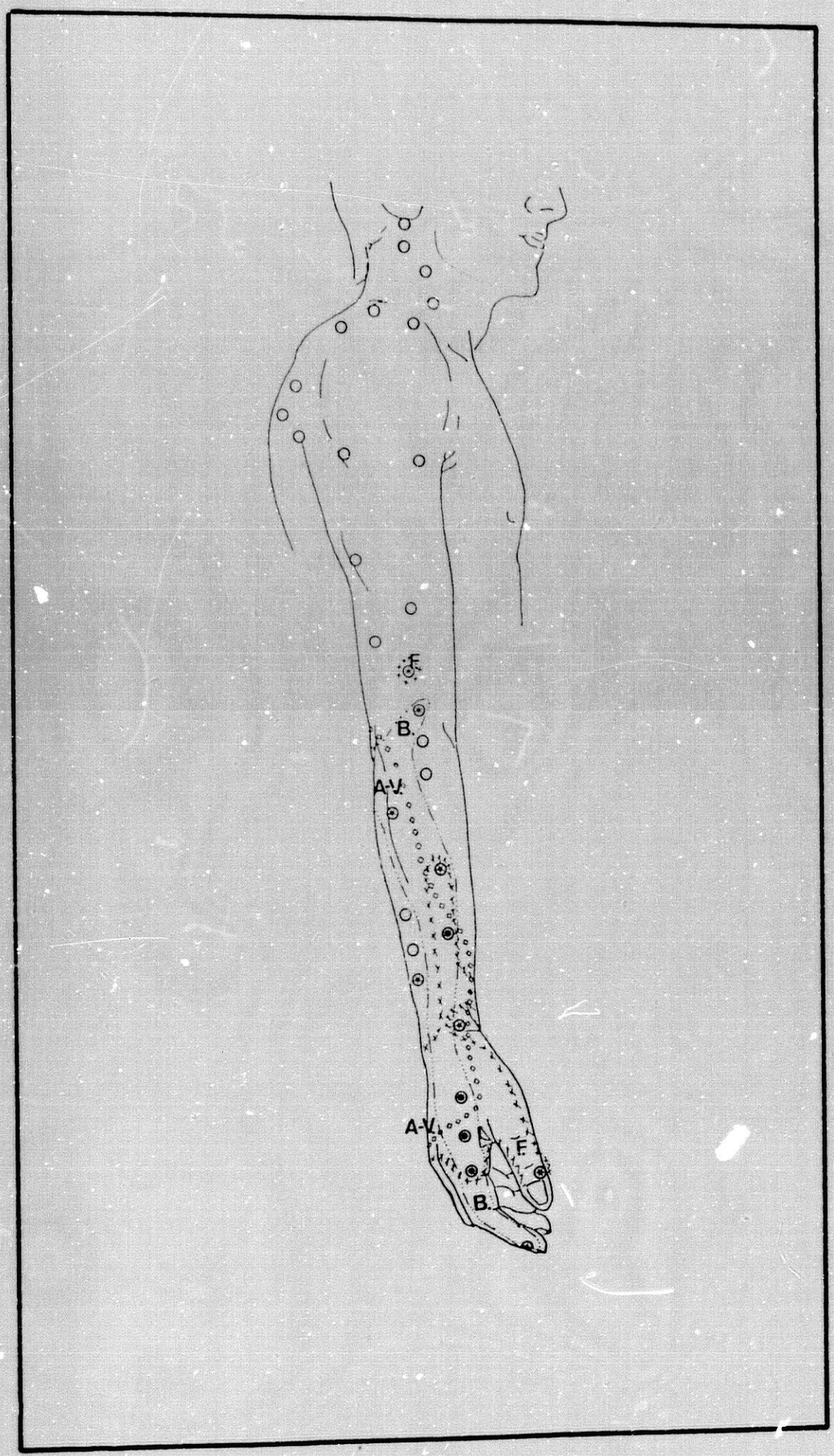
LAMINA XLV - B

Areas acupunturales representativas álgicas en tórax y abdomen.



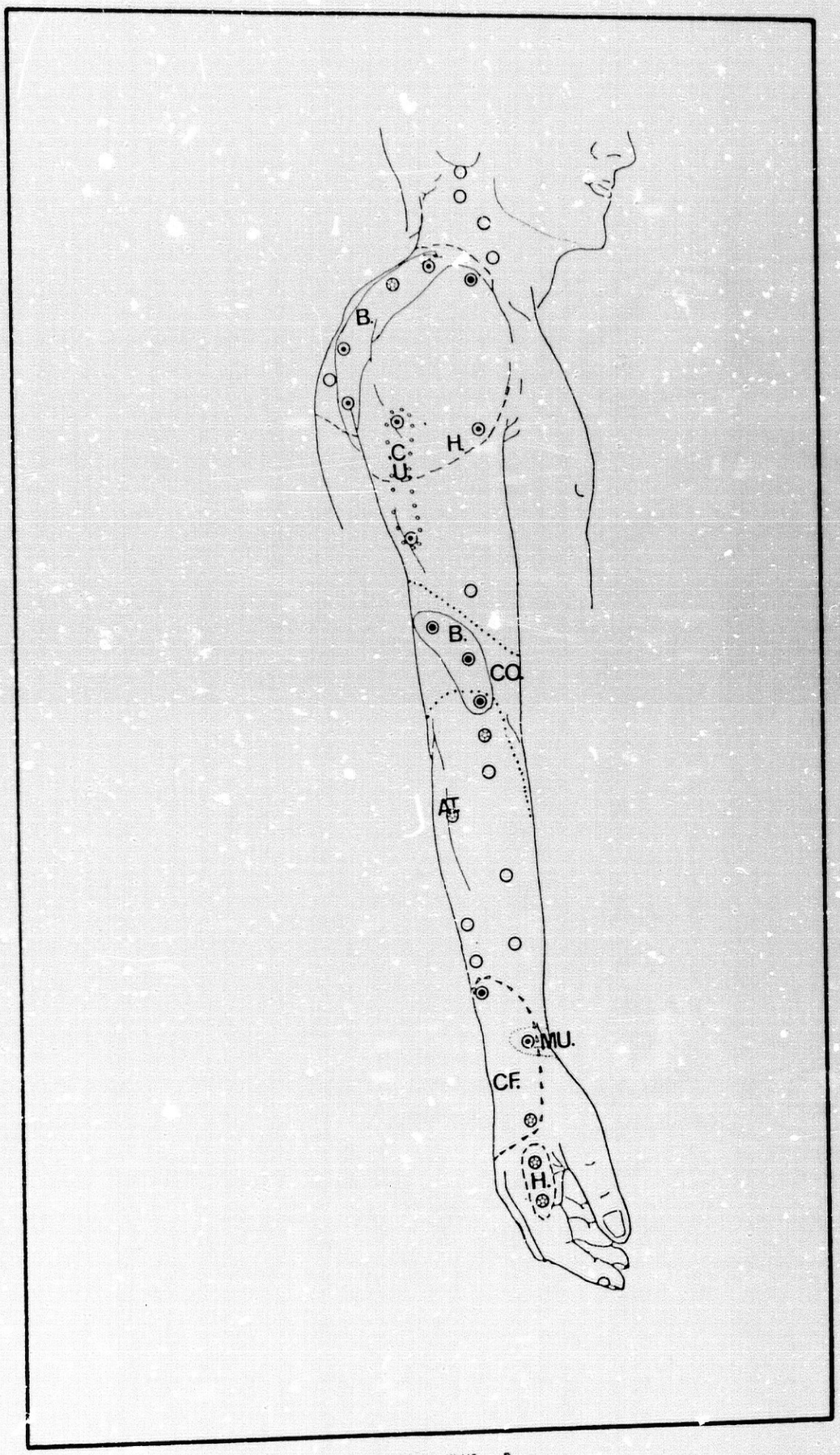
LAMINA XLV - C

Areas acupunturales representativas psiquicas en tórax y abdomen.



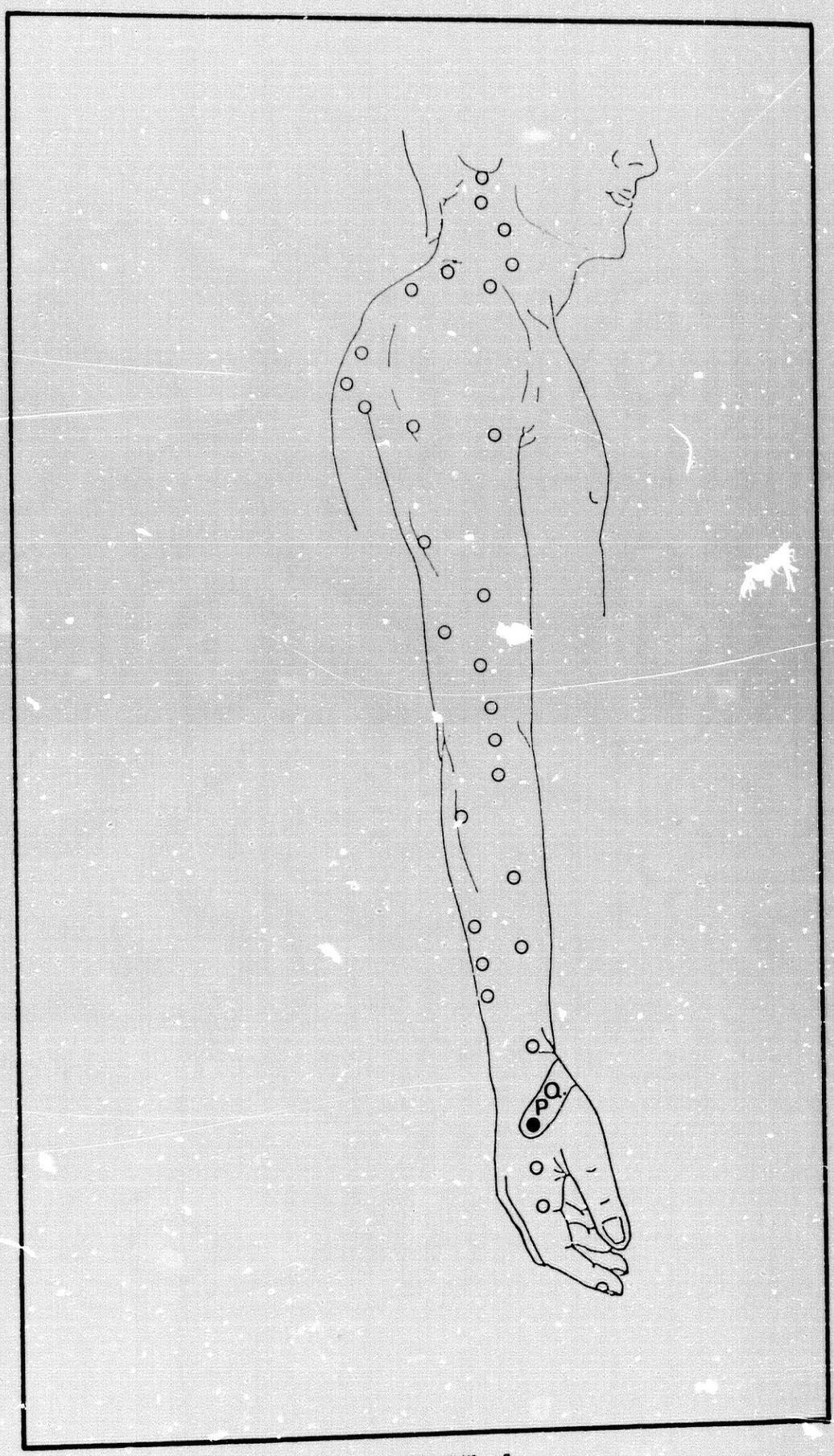
LAMINA XLVI - A

Areas acupunturales representativas viscerales en miembro superior. Visión antero-externa.



LAMINA XLVI - B

Areas acupunturales representativas álgicas en miembro superior. Visión antero-externa.



LAMINA XLVI - C

Areas acupunturales representativas psíquicas en miembro superior. Visión antero-externa.