

Alteraciones álgicas.

.Zonales.

Algias de espalda 50%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso 1º lumbar dorsal, en superficie se relaciona con el ramo cutáneo del 9º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 23 (Dorso).

Situación. Se sitúa sobre la horizontal a la extremidad inferior de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra lumbar, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm., dirigiéndose la aguja hacia la apófisis transversa de la vértebra subyacente.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%
Afecciones del riñón 80%

Alteraciones álgicas.

.Zonales.

Algias de espalda 50%
Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. Ramo dorsal del 2º y 3º paquete vasculonervioso lumbar, en superficie filetes cutáneos de la rama dorsal del 10º paquete vasculonervioso torácico.

V 24 (Dorso).

Situación. Se sitúa en la horizontal a la extremidad inferior de la apófisis espinosa de la 3ª vértebra lumbar, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. De igual forma que el punto V 23.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 80%
Afecciones del ano 65%

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda 65%
Algias lumbares 65%

Sustrato anatómico. Filete lateral del ramo dorsal del paquete vasculonervioso 2º y 3º lumbar, en superficie filetes cutáneos del ramo dorsal del 11º paquete torácico.

V 25 (Dorso).

Situación. Se sitúa sobre la horizontal al borde inferior de la apófisis espinosa de la 4ª vértebra lumbar, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. De igual forma que el punto V 24.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda 80%
Algias lumbares 80%

Sustrato anatómico. Ramos dorsales del paquete vasculonervioso 3º y 4º lumbar, y en superficie filetes cutáneos del ramo dorsal del 11º paquete vasculonervioso torácico.

V 26 (Dorso).

Situación. Está colocado sobre la horizontal al borde inferior de la apófisis espinosa de la 5ª vértebra lumbar, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 3 a 4 cm., o bien oblicua hacia el ala del sacro penetrando la aguja de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

Zonales.

Algias de espalda	65%
Algias lumbares	65%

Sustrato anatómico. Ramo dorsal del 5º paquete vasculonervioso lumbar, y superficialmente se relaciona con filetes cutáneos del ramo dorsal 4º lumbar. En la puntura oblicua afecta a ramos de los paquetes vasculonerviosos dorsales 4º y 5º lumbar.

V 27 (Cadera. Posterior).

Situación. Se sitúa a 3 cm. por fuera de lo que correspondería a la apófisis espinosa de la 1ª vértebra sacra, entre la espina posterosuperior y la cresta sacra, sobre la articulación sacroiliaca.

Puntura. Se puede realizar una puntura perpendicular, con una profundidad de 1,5 a 3 cm., o bien ligeramente oblicua hacia dentro y abajo variando de 4 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del intestino grueso.....	65%
---	-----

Sustrato anatómico. Ramos dorsales del paquete vasculonervioso 1º sacro.

V 28 (Cadera. Posterior).

Situación. Se sitúa en la horizontal del 2º agujero sacro posterior, a 3 cm. por fuera de la cresta sacra media y sobre la articulación sacroiliaca.

Puntura. Se puntura perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de vejiga-
uretra 65%

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

.Zonales.

Algias de cadera 50%

Sustrato anatómico. Ramos dorsales del paquete
vásculonervioso 2º sacro, y superficialmente el
nervio medio de la nalga y ramos cutáneos de los
nervios dorsales sacros.

V 30 (Cadera. Posterior).

Situación. Se sitúa en la horizontal del 4º
agujero sacro posterior a 3 cm. por fuera de la
cresta sacra media.

Puntura. Se puntura perpendicularmente pene-
trando la aguja de 1,5 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Afecciones del útero 65%

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Parálisis-algias del
miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso
glúteo medio así como el paquete vásculonervioso
pudendo interno. En la superficie, ramos dorsales
del paquete vásculonervioso 3º sacro.

V 31 (Cadera. Posterior).

Situación. Se encuentra en la región sacra,
sobre el 1º agujero sacro medio.

Puntura. La aguja se introduce perpendicular-
mente a una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones Algicas.

.Distales.

Algas de espalda	50%
Algas lumbares	50%

Sustrato anatómico. Ramos dorsales del paquete vasculonervioso 1º sacro.

V 33 (Cadera. Posterior).

Situación. Se encuentra sobre el 3º agujero sacro.

Puntura. De igual forma que el punto V 31.

Significación terapéutica.

Alteraciones Algicas.

.Distales.

Algas de espalda	65%
Algas lumbares	65%

Sustrato anatómico. Ramos dorsales del paquete vasculonervioso 3º sacro.

V 34 (Cadera. Posterior).

Situación. Se sitúa sobre el 4º agujero sacro posterior.

Puntura. De igual forma que el punto V 31.

Significación terapéutico.

Alteraciones Algicas.

.Distales.

Algas de espalda	50%
Algas lumbares	50%

Sustrato anatómico. Ramos dorsales del 4º paquete vasculonervioso sacro.

V 35 (Cadera. Posterior).

Situación. Se coloca sobre la horizontal que

pasa a nivel de la extremidad superior del cóccix, a 1 cm. por fuera de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del		
intestino grueso.....	80%	
Afecciones del ano	65%	

Sustrato anatómico. Ramo dorsal del 5º paquete vasculonervioso sacro, anastomosándose con el 1º nervio coccigeo dorsal.

V 36 (Dorso).

Situación. Se coloca sobre la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra torácica, a 6 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Distales.		
Algias de cuello	50%	
Algias de hombro	50%	
.Zonales.		
Algias de espalda	50%	

Sustrato anatómico. Nervio accesorio y nervio dorsal de la escápula con la rama descendente de la arteria transversa del cuello. Superficialmente, ramo cutáneo del 1º nervio torácico dorsal.

V 39 (Dorso).

Situación. Se encuentra sobre la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 5ª vértebra torácica, a 6 cm. de la línea media.

Puntura. Se puede introducir perpendicular u oblicuamente hacia abajo, con una profundidad de 1 a

1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda	65%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Rama descendente de la arteria transversa del cuello y nervio dorsal de la escápula, superficialmente se relaciona con ramas cutáneas del 4º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 40 (Dorso).

Sustrato anatómico. Se sitúa sobre la vertical del borde espinal de la escápula, en la intersección de ésta con la horizontal de la punta de la apófisis espinosa de la 6ª vértebra torácica, a 6 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1, a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda	50%
-------------------------	-----

Sustrato anatómico. Nervio espinal y rama lateral del 6º paquete vasculonervioso torácico dorsal. En superficie, se relaciona con ramos cutáneos del 5º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 43 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 10ª vértebra torácica, a 6 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicular u oblicuamente con una profundidad de 0,5 a 2,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones hepáticas 65%

Sustrato anatómico. Rama lateral del 10º paquete vasculonervioso torácico dorsal, y en superficie ramo cutáneo del 9º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 47 (Dorso).

Situación. En la horizontal a la extremidad inferior de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra lumbar, a 6 cm. de la línea media, al mismo nivel del ya comentado V 23.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm., o bien transversalmente hacia el punto V 23 con una profundidad de 4 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda 50%

Sustrato anatómico. Anastomosis de las ramas dorsales de los paquetes vasculonerviosos 12º torácico y 1º lumbar, en superficie se relaciona con el filete cutáneo del ramo dorsal del 10º paquete vasculonervioso torácico.

V 49 (Cadera. Posterior).

Situación. En la horizontal del 4º agujero sacro posterior y a 6 cm. de la cresta sacra media.

Puntura. La aguja se puede introducir bien perpendicularmente, con una profundidad de 3 c m., o bien oblicua hacia dentro penetrando la aguja de 4 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%
Afecciones del ano 65%

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda50%
Algias lumbares50%

Sustrato anatómico. Arteria glútea inferior y nervio glúteo inferior o ciático menor y, nervio ciático mayor. En superficie, los nervios caudales de la nalga, rama del nervio ciático menor, así como ramos dorsales del 3º nervio sacro.

V 50 (Muslo. Anterior).

Situación. Se sitúa en la extremidad superior de esa región, en el centro del pliegue glúteo.

Puntura. Se realiza perpendicularmente con una profundidad que varía de 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%
Afecciones del ano 65%

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

Sustrato anatómico. Nervio ciático menor y arteria glútea caudal, y nervio ciático mayor; más profunda queda la arteria circunfleja femoral tibial. En superficie, el nervio caudal de la nalga, rama del nervio ciático menor.

V 51 (Muslo. Posterior).

Situación. En la línea media de la cara dorsal del muslo, equidistante del pliegue poplíteo y del glúteo, a 12 cm. de este último.

Puntura. Se puntura perpendicularmente con una profundidad de 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Nervio ciático mayor unido o dividido ya en sus ramas, ciático poplíteo interno y externo, y ramo arterial descendente de la 2ª perforante. En superficie, nervio ciático menor.

V 54 (Rodilla. Posterior).

Situación. En el centro del hueco poplíteo, que generalmente coincide con la mitad del pliegue transverso de la rodilla.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso.....	65%
Afecciones del ano	65%

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

.Zonales.

Algias de cadera	50%
Parálisis-algias del	
miembro inferior.....	50%

Sustrato anatómico. Nervio ciático poplíteo interno y vasos poplíteos que están en un plano más profundo. En superficie, la rama terminal del nervio ciático menor.

V 55 (Rodilla. Posterior).

Situación. En el límite inferior de la cara dorsal de la rodilla, sobre la vertical de la mitad del pliegue transverso de la rodilla a 4 cm. por debajo del hueco poplíteo, viniendo a colocarse la aguja entre los haces de los dos músculos gemelos internos.

Puntura. Perpendicularmente de 2 a 4 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Nervio tibial posterior y vasos poplíteos haciéndose tibiales posteriores. En superficie, ramas terminales del nervio ciático menor y subaponeuróticamente el nervio safeno externo.

V 56 (Pierna. Posterior).

Situación. Con el pie en extensión, se encuentra en el tercio superior de la cara dorsal de la pierna, equidistante del centro del pliegue popliteo y el vértice de la "V" invertida formada entre los haces de los dos músculos gemelos, interno y externo; en el centro del vientre del tríceps sural.

Puntura. De igual forma que el punto V 55.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del intestino grueso.....	80%
Afecciones del ano	80%

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
-------------------------	-----

.Zonales.

Parálisis-algias del miembro inferior.....	50%
---	-----

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso tibial posterior. En superficie, nervio safeno externo.

V 57 (Pierna. Posterior).

Situación. En el centro de la cara dorsal de la

pierna, sobre la línea que une el pliegue de flexión popliteo y el del talón, a 16 cm. por debajo del primero, en la depresión que se forma entre los músculos gemelos al extenderse el pie.

Puntura. La aguja se introduce perpendicularmente a una profundidad de 2 a 5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso.....	80%
Afecciones del ano	80%

Sustrato anatómico. Arteria tibial posterior y nervio tibial posterior. En superficie, nervio cutáneo de la pierna o safeno externo.

V 58 (Pierna. Posterior).

Situación. En el borde externo de la pierna, sobre la perpendicular al centro del espacio existente entre el vértice del maleolo fibular y el borde externo del tendón de Aquiles, a 14 cm. del primero. la aguja penetra, por detrás del nervio, entre el gemelo externo y el soleo. Se encuentra en la horizontal del punto anteriormente descrito V 57 y a 2 cm. por fuera del mismo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso.....	65%
Afecciones del ano	65%

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Va en busca de la arteria peronea, a través de la masa del músculo soleo y del músculo flexor largo propio del dedo gordo. En superficie, nervio accesorio del safeno externo.

V 59 (Pierna. Posterior).

Situación. En el borde externo de la pierna, detrás del peroné, en la vertical al centro de la distancia entre el vértice del maleolo externo y el borde del tendón de Aquiles, a 6 cm. del primero.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%
Algias lumbares 50%

.Zonales.

Parálisis-algias del
miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Arteria peronea común, y en superficie se relaciona con el nervio safeno externo.

V 60. (Tobillo. Posterior).

Situación. A nivel del vértice del maleolo tibial y equidistante del borde posterior de éste y el anterior del tendón de Aquiles. Homónimo del punto R 3.

Puntura. Se puede punturar perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o bien oblicua hacia arriba penetrando la aguja de 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 80%
Algias de espalda 50%
Algias lumbares 50%

.Zonales.

Algias de tobillo 50%
Algias de pie 50%

Sustrato anatómico. Nervio cutáneo tibial de la pierna o safeno externo y arteria peronea posterior, y la anastomosis transversal con la arteria tibial

posterior.

V 61 (Tobillo. Posterior).

Situación. En la parte postero-externa del calcáneo, en la depresión situada en la vertical del punto equidistante del vértice del maleolo tibial y el borde anterior del tendón de Aquiles (V 60), a 2 cm. del punto descrito.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de pie 80%

Sustrato anatómico. Nervio cutáneo tibial de la pierna y ramas terminales de la arteria peronea posterior.

V 62 (Tobillo. Posterior).

Situación. En la cara externa del tobillo, a 1 cm. por debajo del vértice del maleolo fibular.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 80%

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

.Zonales.

Parálisis-algias del
miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Nervio safeno externo y ramas terminales de la arteria peronea posterior.

V 63 (Pie. Dorso).

Situación. En la vertiente externa de esta cara dorsal, en la porción anteroinferior del calcáneo en una depresión situada por detrás de la tuberosidad del 5º metatarsiano.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Ramo terminal de la arteria dorsal del tarso anastomosándose con la arteria maleolar antero-externa. En superficie, el nervio cutáneo dorsal fibular del pie, rama terminal del nervio safeno externo.

V 64 (Pie. Dorso).

Situación. En el borde externo del pie, por delante y debajo de la tuberosidad del 5º metatarsiano, allí donde la piel cambia de color.

Puntura. Se puede introducir la aguja perpendicularmente con una profundidad de 0,6 a 1 cm., o bien oblicua hacia abajo y adentro con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.
Afecciones cardio-
circulatorias 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Afecciones algicas.

.Distales.
Algias cefálicas 65%
Algias de espalda 65%
Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. 10ª arteria y nervio digital plantar, ramas de la arteria y nervio plantar

externo, respectivamente, dirigiéndose en busca del arco plantar. En superficie, nervio cutáneo dorsal fibular del pie.

V 65 (Pie. Dorso).

Situación. Se encuentra en el borde externo del pie, en el hueco situado debajo y detrás de la cabeza del 5º metatarsiano, allí donde la piel cambia de color (en el límite entre la piel dorsal y plantar).

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 80%

Algias de cuello 50%

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. 10ª arteria digital plantar propia, rama de la porción oblicua de la arteria externa o arco plantar, y del 10º nervio digital plantar propio, rama del nervio plantar externo. En superficie, filetes cutáneos de la rama superficial del nervio plantar externo.

V 67 (Dedos).

Situación. Se coloca a 2 mm. por detrás del ángulo ungueal externo del 5º dedo.

Puntura. Perpendicular u oblicuamente en dirección proximal con una profundidad de 2 a 4 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 80%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas	80%
Algias de espalda	50%

Sustrato anatómico. Arteria dorsal externa y nervio colateral plantar externo del 5º dedo, ramas de la arteria dorsal del metatarso y del nervio plantar externo.

7.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano con un recorrido interno que lo une a los plexos profundos vegetativos y un larguísimo y en buena parte doble recorrido superficial que le ofrece todas las oportunidades terapéuticas y que, como tantas veces sucede, apenas recuerda su relación vesical.

En su recorrido cefálico sus puntos significativos lo son para el tratamiento de las enfermedades orgánicas del sector (senos, sentidos, boca) y psíquicas.

Desde los puntos torácicos y lumbares se tratan significativamente y con eficacia enfermedades de todos los sistemas, empezando por arriba por el broncopulmonar y siguiendo por el cardiocirculatorio, digestivo (higado, estómago e intestinos), útero, y un punto sólo que tiene que ver con afecciones de vejiga uretra.

Los puntos bajos, del pie, vuelven a ser significativos para trastornos psíquicos y, desde luego, en los puntos significativos del trayecto se tratan algias, parálisis y contracturas locales, zonales y hasta de

espalda.

8. MERIDIANO RIÑÓN. (TSU SHAO YIN)

8.a. Definición y características tradicionales.

Se trata de un meridiano de gran componente psíquico y sus trastornos pueden producir situaciones de falta de energía, ansiedad, disgusto y miedo, tanto como impulsar la decisión de la voluntad en sentido contrario. Refuerza la energía sexual. En sus déficits se puede advertir tos, disnea, hichazón y dolores locales.

Casi excepcionalmente, desde el punto de vista terapéutico, los puntos de este meridiano actúan muy en relación con lo expresado, si bien, como tantas veces ocurre, sólo un punto tiene que ver con el tratamiento de las afecciones del riñón y otro es genital (útero). Sin embargo, muchos de ellos son significativamente influyentes en los trastornos psíquicos y otros lo son en el tratamiento de las algias de espalda y cabeza. Bajo el punto de vista de la significación terapéutica, es un meridiano digestivo, especialmente de intestino grueso, estómago y faringe.

Los puntos Shu antiguos son los siguientes: Ting, R 1; Yung, R 2; Yu e Iunn, R 3; King, R 7; Ho, R 10. Su

punto Lo es el R 4, su punto de Asentimiento es el V 23 y el punto Heraldó VB 25.

Este meridiano yin de abajo, centripeto, dispone de 27 puntos. Su meridiano acoplado es el meridiano vejiga. Su máximo de energía se encuentra de 17 a 19 horas. En el círculo energético, el meridiano vejigas (de 15 a 17 horas) es el precedente; el meridiano maestro corazón (de 19 a 21 horas) es el siguiente; y el meridiano intestino grueso (de 5 a 7 horas), el opuesto.

8.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Su recorrido superficial se inicia en la planta del pie (R 1), en la unión de su tercio anterior con el medio, bajo el 2º espacio intermetatarsiano. Se dirige al borde interno del pie, inmediatamente por delante de la posición del escafoide (R 2); al llegar al tobillo lo rodea por debajo y detrás del maleolo interno (R 6 a R 5) y así alcanza la pierna, situándose en proyección sobre el contorno anterior del tendón de Aquiles (R 7) haciendo un pequeño escalón (R 8). En este trayecto, el meridiano se ha relacionado en profundidad con el sistema plantar interno y en la pierna con el paquete vasculonervioso tibial posterior.

Desde la unión entre los dos tercios de la pierna, inferior y medio (R 9), se dirige directamente a la

extremidad interna del hueso popliteo (F. 10) y sigue directamente al abdomen cruzando paramedialmente la rama del pubis (R 11 y R 12). Hacia arriba, verticalmente, va colocando segmentariamente puntos en la cara anterior del abdomen, paralelamente vecinos a la línea media (R 13 a R 24), haciendo lo mismo en el tórax por la línea paraesternal, ligeramente más lateralizado este trayecto que el abdominal, y cruzando espacios intercostales (R 22 a R 26) para terminar en el borde inferior de la clavícula (R 27).

8.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

8.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Se establece la comunicación entre el recorrido superficial y el profundo del meridiano en el hueco inguinal, siendo su punto de tránsito el E 30, como para todos los meridianos yin de abajo. De su punto R 11, en el borde superior del pubis, parte la conexión de tránsito al ya mencionado E 30.

Desde el punto de vista de la continuidad anatómica entre el vegetativo perivascular y el de los plexos profundos originarios no hay otro camino que el sistema femoroiliaco y, entonces, su punto de tránsito ha de

relacionarse con el E 30 (R 11 - E 30).

8.c.2. Areas reflejas tradicionales.

En el tórax, ayuda a dibujar el área refleja de corazón con sus puntos R 23 y R 25.

8.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

En el dorso de la rodilla, existe la unión del punto R 10 con el V 54. Con ella, el meridiano riñón conecta con el meridiano vejiga, con el objetivo de conseguir el riñón-órgano por medio del recorrido del segundo meridiano.

En el pliegue inguinal, la unión del punto R 11 con la zona refleja media suprapubiana (JM 2 - JM 4) nos explica la acción sobre el útero y el intestino grueso de puntos distales del meridiano riñón.

Como meridiano yin, carece de puntos y de recorrido en la cabeza. Esta la consigue a través de su meridiano acoplado, meridiano vejiga, uniéndose desde la profundidad a su punto cervical V 10, con el cual llega al área refleja del psiquismo y el círculo energético facial. También, alcanza el mencionado círculo a través de la vía rápida facilitada por el recorrido cervical del meridiano estómago, emergiendo su recorrido profundo por el punto de tránsito E 12. Con aquel trayecto recorre el área cervical refleja de faringe, y las áreas

faciales reflejas de oído y algias faciales.

8.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Desde el punto R 4 (punto Lo del meridiano riñón) al punto V 64 (punto Iunn del meridiano vejiga), se establece una conexión que rodea al talón por su contorno posterior. Es la conexión de acoplamiento energético del meridiano riñón.

A su punto Iunn, R 3 (situado en la cara interna del tobillo), le llega la conexión de acoplamiento del meridiano vejiga. Esta conexión parte del punto Lo V 58, situado en el borde externo de la pierna.

- Conexiones del círculo energético.

Del punto R 22 parte una rama al punto inicial del siguiente meridiano en el círculo energético, meridiano maestro corazón, MC 1. El punto R 22 sustituye al último (R 27) porque los meridianos yin de abajo terminan energéticamente en la parte inferior del tórax dejando la parte superior (última zona yin) para los meridianos yin del miembro superior.

Por otra parte, al punto inicial de este meridiano, R 1, le llega la conexión del punto final del meridiano vejiga (V 67), meridiano anterior en el círculo.

8.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

8.d.1 Áreas acupunturales representativas.

Las áreas acupunturales representativas atravesadas por el trayecto superficial de este meridiano la hemos expresado gráficamente en la tabla 32 .

8.d.2. Puntos significativos.

R 1 (Pie. Plantar).

Situación. Se encuentra en la unión del tercio anterior de esta cara con los dos tercios posteriores, sobre la línea plantar media, aproximadamente en el tercio anterior del 2º espacio interóseo, en la depresión que se forma al flexionar los dedos.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe- amígdala	65%
Afecciones cardio- circulatorias	65%

Alteraciones del psiquismo en general	80%
--	-----

Afecciones algicas.

.Distales. Algias cefálicas	65%
--------------------------------------	-----

Sustrato anatómico. Se dirige hacia el arco plantar profundo a nivel en que da la 2ª arteria interósea. En superficie, nervio interóseo del 2º espacio, rama del nervio plantar interno, y la 3ª arteria plantar superficial, rama de la planta interna.

R 2 (Pie. Dorso).

Situación. Se encuentra en la arcada plantar, en un hueco existente por delante y debajo del tubérculo del escafoides.

Puntura. Se realiza una puntura perpendicular con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe- amígdala	65%
Afecciones del útero	65%

Sustrato anatómico. Arteria plantar interna y nervio plantar interno. En superficie, ramas terminales del nervio safeno interno.

R 3 (Tobillo. Posterior).

Situación. En la horizontal del vértice del maleolo tibial equidistante del borde posterior de éste y el borde anterior del tendón de Aquiles. Al mismo nivel se encuentra el punto externo V 60.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm, o bien oblicuamente en dirección al maleolo interno con igual profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del riñón	65%
----------------------------	-----

Sustrato anatómico. Arteria tibial posterior y nervio tibial posterior. En superficie, nervio safeno interno.

R 4 (Tobillo. Posterior).

Situación. Se encuentra en la cara interna del tobillo, a nivel del borde anterointerno del tendón de Aquiles, en su inserción en el calcaneo. Se sitúa a 1 cm. por debajo y detrás del punto R 3.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

**Alteraciones del
psiquismo en general 80%**

Sustrato anatómico. Ramos calcáneos tibiales de la arteria tibial posterior y del nervio tibial posterior.

R 5 (Tobillo. Posterior).

Situación. Se encuentra sobre la vertical del punto equidistante del vértice del maleolo tibial y el borde anterior del tendón de Aquiles, a 2 cm. por debajo del mencionado punto, en la depresión anterosuperior al borde interno de la tuberosidad calcánea.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

**Alteraciones viscerales.
Afecciones del útero 65%**

Sustrato anatómico. Subaponeuróticamente, arteria tibial posterior, y algo más superficial el ramo terminal del nervio safeno interno.

R 6 (Tobillo. Posterior).

Situación. En la cara tibial del tobillo, en la vertical del maleolo interno y a 2 cm. por debajo de éste.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

**Alteraciones viscerales.
Afecciones de faringe-
amígdala 80%**

Afecciones de laringe-
tráquea 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Sustrato anatómico. Arteria tibial posterior, a nivel de dividirse en plantar interna y externa, y nervio tibial posterior. En superficie, ramos terminales del nervio safeno interno.

R 7 (Pierna. Posterior).

Situación. En la cara tibial de la pierna, en la vertical al punto medio de la distancia entre el vértice del maleolo interno y al borde del tendón de Aquiles, a 4 cm. del primero, sobre el borde anterior del mencionado tendón.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%
Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. Arteria tibial posterior y nervio tibial posterior, y en superficie el nervio cutáneo tibial del nervio safeno interno.

R 8 (Pierna. Posterior).

Situación. Se encuentra inmediatamente por detrás del borde interno de la tibia, a 4 cm. por encima del vértice del maleolo interno. Se sitúa en la horizontal del punto R 7, a 1 cm. por delante de éste.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. Arteria tibial posterior, y en superficie el nervio safeno interno.

R 9 (Pierna. Posterior).

Situación. En el borde interno de la pierna, sobre la perpendicular al punto equidistante del vértice del maleolo tibial y al borde interno del tendón de Aquiles, a 10 cm. del primero situándose a 2 cm. por detrás del borde posterior de la tibia. Se encuentra al mismo nivel del punto H 5.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algas de pierna 50%

Sustrato anatómico. Después de atravesar la masa del músculo sóleo se sitúa cerca de la arteria tibial posterior, quedando más externo el nervio tibial posterior. En superficie, nervio cutáneo tibial de la pierna del nervio safeno interno.

R 15 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la horizontal a un punto medio situado a 2 c. por debajo del ombligo, y en una vertical a 1 cm. por fuera de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. Ramos internos de la anastomosis de la arteria mamaria interna con la epigástrica caudal; en superficie, ramos cutáneos del 10º paquete intercostal.

R 16 (Abdomen).

Situación. Se sitúa en la horizontal al ombligo a 1 cm. por fuera de éste.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%
Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. Ramos cutáneos ventrales del 10º nervio intercostal y red vascular periumbilical.

R 17 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la intersección de una línea horizontal a 4 cm. por encima del ombligo y una vertical a 1 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Sustrato anatómico. Anastomosis de la porción abdominal de la arteria mamaria interna con la epigástrica caudal, superficialmente ramos cutáneos ventrales del 9º paquete vasculonervioso intercostal.

R 18 (Abdomen).

Situación. Se sitúa en una línea paramedial a 1 cm. de la sagital media, entre el meridiano Jenn Mo (por dentro) y el meridiano estómago (por fuera), y a 6 cm. por encima del ombligo.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. La anastomosis arterial entre la arteria mamaria interna y la epigástrica caudal, y superficialmente, rama cutánea ventral del 9º paquete vasculonervioso intercostal.

R 24 (Tórax).

Situación. Sobre el 3er. espacio intercostal, a 4 cm. de la línea media.

Puntura. La aguja se introduce oblicuamente con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de tronco 50%

Sustrato anatómico. 3er. nervio intercostal y arteria mamaria interna, y superficialmente se relaciona con ramos cutáneos ventrales del 3er. nervio intercostal.

R 26 (Tórax).

Situación. Se sitúa en la proyección del 1er. espacio intercostal, a 4 cm. de la línea media.

Puntura. Oblicuamente a una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 65%

Sustrato anatómico. Rama ventral del 1er. nervio intercostal y arteria mamaria interna, superficialmente relacionado con el rama cutáneo ventral del 1er. paquete vásculonervioso intercostal.

8.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano importante que, sin embargo, manifiesta sus influencias de una manera poco concreta, siendo fundamentalmente un meridiano psíquico que tiene que ver, sin duda, con la energía heredada o sexual.

Como ocurre tantas veces por la significación terapéutica de sus puntos, se trata de un meridiano de eficacia digestiva, sobre todo de estómago e intestino grueso, quizás los órganos digestivos que más se relacionana con el psiquismo, que más psicósomáticos se pueden considerar.

9. MERIDIANO MAESTRO CORAZÓN. (SHOU TSIUE YIN)

9.a. Definición y características tradicionales.

Su nombre se debe a que se dice que nace en el "centro del pecho" o, bien del maestro corazón, nombre

que corresponde tradicionalmente en acupuntura a la envoltura del corazón o pericardio.

Podríamos definir también así a este meridiano a causa de su influencia sobre la circulación, y, realmente es específico de esta función primordial en cuanto que todos sus puntos son significativos (y algunos mucho) en el tratamiento acupuntural de los desórdenes circulatorios en general.

Efectivamente, sus perturbaciones -dado que es un meridiano que va del pecho al extremo del miembro superior- son características, dejando clara su participación en "todas las afecciones arteriales y venosas"; en el pecho se siente entre hinchazón y opresión, con frecuentes palpitaciones y dolor de corazón; hay hinchazón en la axila, calor en la palma de la mano por donde discurre el meridiano, y puede haber disgusto y sensaciones emocionales. Dada la estrecha relación que existe entre los fenómenos circulatorios y el psiquismo, casi todos sus puntos son a la vez muy significativamente utilizados en el tratamiento de los trastornos psíquicos que se manifiestan incluso con rubicundez de la cara, en las afecciones del meridiano atacado por la energía perversa.

Dado que discurre por la extremidad superior en estrecha relación con las estructuras zonales, algunos

de sus puntos son antiálgicos locales para dolores de brazo, codo, muñeca, mano y dedos, respectivamente los que se sitúan, generalmente, sobre o en las cercanías de la zona dolorida.

Se trata de un meridiano yin del miembro superior, al que recorre centrifugamente en toda su longitud, en compañía del meridiano pulmón, por delante, y del meridiano corazón, por detrás. Se describe 9 puntos en su recorrido superficial.

Sus puntos Shu antiguos son: Ting, MC 9; Tung, MC 8; Yu e Iunn, MC 7; King, MC 5; y Ho, MC 3. Su punto Lo es el MC 6; su punto de Asentimiento es el V 14; y su punto Herald, JM 17. Su meridiano acoplado es el meridiano triple recalentador. La energía lo recorre de 17 a 19 horas. En el círculo energético, el meridiano riñón (de 17 a 19 horas) es el precedente; el meridiano triple recalentador (de 21 a 23 horas), el siguiente; y el meridiano estómago (de 7 a 9 horas), el opuesto.

9.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Su origen se sitúa en el "centro del pecho", pero realmente lo toma a todo lo largo del vegetativo abdominal-torácico, en los "tres focos"; su origen superior lo hace sobre el vegetativo torácico (calentador o fogón superior), que en superficie corresponde al punto JM 17;

su origen medio se sitúa sobre el vegetativo abdominal alto o plexo solar (calentador o fogón medio), en superficie el JM 12; su origen se extiende al vegetativo abdomino-pélvico con sus plexos mesentéricos inferior e hipogástrico (calentador o fogón inferior), lo que en superficie corresponde al trayecto JM 7, JM 6 y JM 5.

Como otros meridianos, trepa por las redes vegetativas periarteriales hacia la periferia, pasando por el punto de tránsito E 12 hacia los sistemas subclavio, axilar y los de otras arterias del miembro superior.

De hecho, se considera que el meridiano aparece en la pared anterior de la axila (MC 1) y se dirige a la cara anterior del brazo (MC 2) para seguir en superficie el trayecto más profundo de la arteria humeral. Cruza a continuación el pliegue del codo por el borde interno del tendón del bíceps (MC 3), recorre seguidamente la línea media del antebrazo (en cuya mitad inferior se localizan los puntos MC 4, MC 5 y MC 6) y alcanza el pliegue mayor de la muñeca (MC 7); en su recorrido antebraquial discurre sobre el paquete de la arteria interósea anterior y el nervio mediano. Recorre a continuación la línea media de la mano, sobre el 3er. metacarpiano cruzando su pliegue de flexión distal (MC 8) para terminar en el ángulo ungueal externo del 3er. dedo (MC 9).

9.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

9.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Este meridiano tiene en la pared anterior de la axila la zona anatómica de tránsito de la profundidad a la superficie o viceversa. Utiliza como punto de tránsito su punto inicial MC 1.

9.c.2. Areas reflejas tradicionales.

Este meridiano no transcurre por ninguna de las áreas reflejas tradicionalmente definidas.

9.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Para conseguir el territorio cefálico, este meridiano yin se une, desde su recorrido profundo y a través del punto E 12, con el recorrido cervical de su meridiano acoplado, meridiano triple recalentador, en el punto TR 16 (en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, en la horizontal al gonión).

9.c.4. Conexiones clínicas.

Desde el punto medio palmar, MC 8, se describe una rama hacia el borde externo del dedo meñique. La utilización de aquel punto puede estimular la anastomosis entre el nervio mediano y el cubital, surgiendo así

fenómenos de parestesias y hormigeos en el territorio de inervación cubital (dedo meñique y anular).

9.c.5. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Existe una conexión anteroposterior que partiendo del punto ventral MC 6 (punto Lo del meridiano maestro corazón) pasa al centro del pliegue dorsal de la muñeca, donde existe el punto Iunn de su acoplado (TR 4). Esta unión es la conexión de acoplamiento del meridiano maestro corazón.

Al punto Iunn MC 7, en el pliegue ventral de la muñeca, llega la conexión de acoplamiento del meridiano triple recalentador. Esta unión parte del punto medio posterior TR 5, punto Lo.

- Conexiones del círculo energético.

El meridiano maestro corazón se sigue de una simbólica ramita que llega al ángulo ungueal interno del dedo anular para continuarse con su acoplado, meridiano triple recalentador, TR 1. Esta unión significa la conexión necesaria para la continuidad del círculo energético que une el punto de salida de un meridiano con el de entrada del meridiano siguiente para permitir el paso de energía. Para trazar la unión sobre la superficie corporal, se describe una conexión que parte del centro de la

palma de la mano (MC 8) y se dirige al ya comentado TR 1.

El punto inicial de este meridiano, MC 1, recibe una conexión del punto R 22, perteneciente al meridiano anterior del círculo. Esta conexión tiene idéntica significación que la citada anteriormente.

9.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

9.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Las áreas atravesada por el recorrido superficial de este meridiano la hemos representado esquemáticamente en la tabla 33.

9.d.2. Puntos significativos.

MC 2 (Brazo. Anterior).

Situación. Se encuentra en el tercio superior de la cara anterior del brazo, entre los dos haces del bíceps, a 4 cm. por debajo del hueco axilar.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad que varía de 2 a 3, hasta 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 65%

Sustrato anatómico. Arteria del bíceps y nervio musculocutáneo. La aguja se encamina hacia el lado externo de la arteria braquial. En su trayecto: nervio accesorio del cutáneo braquial interno y ramas cutáneas de la arteria braquial.

MC 3 (Codo. Anterior).

Situación. En la mitad de la línea de flexión del codo sobre el borde ulnar del tendón del bíceps.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-circulatorias	65%
Afecciones bronco-pulmonares	65%

Alteraciones del psiquismo en general	65%
---	-----

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias de brazo	50%
Algias de codo	50%

Sustrato anatómico. Arteria humeral superficial situándose el nervio mediano más interno y profundo, y en su trayecto: rama anterior del nervio cutáneo ulnar del antebrazo.

MC 4 (Antebrazo. Anterior).

Situación. Se encuentra en la mitad inferior de la línea media de la cara anterior del antebrazo, a 10 cm. del centro del pliegue de flexión de la muñeca, entre los relieves de los tendones del palmar mayor y menor.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-circulatorias	65%
---------------------------------------	-----

Alteraciones del psiquismo en general	65%
---	-----

Sustrato anatómico. Nervio mediano y arteria satélite del nervio mediano. Más profunda queda la arteria interósea anterior, y superficialmente filetes tributarios de la rama anterior del nervio braquial cutáneo interno del nervio musculocutáneo.

MC 5 (Antebrazo. Anterior).

Situación. En el tercio inferior de la línea media de la cara anterior del antebrazo a 6 cm. del centro del pliegue de flexión de la muñeca, entre los tendones del palmar mayor y menor.

Puntura. Se puede puntear perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm., o bien oblicuamente hacia arriba de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 65%

Alteraciones del

psiquismo en general 80%

Sustrato anatómico. Puntura los mismos elementos que el punto anteriormente descrito.

MC 6 (Antebrazo. Anterior).

Situación. Sobre la línea media de la cara anterior del antebrazo a 4 cm. del pliegue de flexión de la muñeca, entre los tendones del palmar mayor y menor.

Puntura. De igual forma que el punto MC 5.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Afecciones cardio-
circulatorias 80%

Alteraciones del

psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de codo 50%

Sustrato anatómico. Nervio mediano y arteria interósea, y en superficie la anastomosis del ramo volar del nervio cutáneo ulnar del antebrazo con el nervio cutáneo radial del antebrazo.

MC 7 (Muñeca. Anterior).

Sustrato anatómico. En la mitad del pliegue mayor de la muñeca, entre los tendones del palmar mayor y palmar menor.

Puntura. Perpendicularmente de 0,5 a 1 cm. de profundidad, se debe evitar el nervio mediano y el penetrar en las vainas sinoviales.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Afecciones cardio-circulatorias 80%

Alteraciones del psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de muñeca 50%

Algias de mano-dedos 50%

Sustrato anatómico. Nervio mediano y red arteria ventral del carpo, y en superficie el ramo palmar del nervio mediano.

MC 8 (Mano. Palma).

Situación. En la cara palmar sobre el pliegue de flexión palmar distal, entre el 3º y el 4º metacarpiano.

Puntura. Perpendicular penetrando de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

**Alteraciones del
psiquismo en general 65%**

Sustrato anatómico. 3ª arteria digital palmar común, rama del arco palmar superficial, y 3er. nervio digital común, rama del nervio mediano.

MC 9 (Dedos).

Situación. Se sitúa a 2 mm. por detrás y arriba del ángulo ungueal externo del dedo medio.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad que varía entre 2 a 4 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 80%

Sustrato anatómico. 5ª arteria y nervio digital volar propio, provenientes respectivamente de la 4ª arteria digital común y del nervio mediano.

9.e. Resumen del meridiano.

El meridiano maestro corazón (pericardio) es fundamentalmente cardiovascular, y psíquico; en un segundo plano está su significación sobre las enfermedades viscerales. Es también antiálgico del miembro superior.

Como sus compañeros yin del miembro superior, es un meridiano relacionado con el eje vascular de la extremidad y su acompañamiento nervioso, repartiéndose entre todos las influencias; por ejemplo, su relación con la arteria axilar es menos significativa que la de sus compañeros pero coloca un punto significativo humeral.

cosa que los otros no hacen.

En el antebrazo, al ir en la línea media, sigue el eje del paquete interóseo anterior, dejando por fuera el de la arteria radial para el meridiano pulmón, y por dentro el de la cubital para el meridiano corazón; en la puntura de su acompañamiento neural se basa su reconocida acción antiálgica.

Es un meridiano con fuerte raigambre vegetativa que explica sus muy extendidas influencias cardiovasculares y psíquicas.

10. MERIDIANO TRIPLE RECALENTADOR. (SHOU SHAO YANG)

10.a. Definición y características tradicionales.

Como se puede deducir de su nombre, este meridiano no se relaciona con ningún órgano material sino que es una creación puramente energética, de manera que son muy grandes sus influencias.

Energéticamente, rige tres grandes funciones a través de sus ramas, o también podríamos decir que tiene que ver con tres grandes recursos a través de sus tres raíces, por lo que puede llamarse con toda propiedad meridiano de "los tres fogones".

El fogón superior, donde el meridiano tiene su raíz

más alta, corresponde a la función respiratoria en cuanto que está en un lugar donde se administra la energía del aire, la respiración; esta respiración debe entenderse no sólo como el fenómeno de intercambio gaseoso pulmonar sino también como el de transpiración y sudoración. Este meridiano tiene que ver con el pulmón que atrapa la energía, con la piel o revestimiento externo que la conserva o protege, y con el corazón que la impule en su ritmo yin-yang. Por eso, se incluye en la patología del meridiano perturbaciones de "todas las acciones que conciernen a la energía y la sudoración"; el vacío del meridiano condiciona temblores y escalofríos. Este fogón representa energéticamente el "cielo", en cuanto que la energía que maneja es aérea. Anatómicamente corresponde a los plexos broncopulmonares y cardíacos. El fogón se sitúa en superficie sobre el punto JM 17.

El fogón medio, donde el meridiano implanta otra raíz, se centra en una amplia función nutricia basada en el funcionamiento combinado estómago-higado-bazo, es decir no sólo donde se capta la energía nutricia sino donde se transforma y se contribuye a que sea eficazmente distribuida. Este fogón nutre a los meridianos de la energía que proviene de los alimentos, sólidos o líquidos. Su perturbación se relaciona con fenómenos de alte-

ración sistémica digestiva de asimilación y desasimilación, y, también, con fenómenos nutricios generales que llevan a la fatiga y el agotamiento. Este fogón se dice que es la "tierra", lo que quiere decir que trata de la combustión y asimilación de sus productos. Bajo el punto de vista anatómico, esta raíz se implanta en el plexo solar. En superficie se representa en JM 12.

El fogón inferior o raíz baja del meridiano tiene que ver con la energía sexual. Curiosamente, aparece centrado en el riñón como depositario de una energía ancestral hereditaria, lo que se explica por la relación que existe entre volumen de líquidos orgánicos y corazón, que se considera simbólicamente como el que alimenta la pasión humana. Se ha de considerar incluida en este fogón la energía sexual, con el funcionamiento de los órganos genitales; simbólicamente y dentro del espíritu de la época, se considera a esta energía ancestral como "la lámpara de aceite" entregada a cada individuo por sus progenitores para alumbrar su camino y servir sus necesidades, y "si se la enciende en demasía", la energía, la luz, se extinguirá más precozmente. En este fogón se asienta "el hombre con sus pasiones". Se entiende que las afecciones renales o ginecológicas dependen del funcionamiento de este fogón inferior que anatómicamente se centra en el plexo hipogástrico, fundamen-

talmente.

Se puede resumir la significación fisioenergética del meridiano diciendo que, si está en plétora, el individuo está crispado, y si está, por el contrario, en vacío, el individuo está sin vitalidad, sin recursos, se desploma.

Es un meridiano centripeto y yang del miembro superior, de arriba. Recorre la línea mediodorsal de la mano, antebrazo y brazo, y llega a la región escapular sobre el relieve posterior del músculo deltoides, cruzando la espina del omóplato para entrar en el cuello; el recorrido cervical lo hace siguiendo hacia arriba y atrás el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, rodea la implantación del pabellón auricular y hace un zigzag en la cara; en este trayecto dispone de 23 puntos.

Siendo un meridiano tan distinto a los otros se considera un meridiano como los demás yang del miembro superior teniendo en cuenta, en la práctica, su recorrido externo que es al que se llega con las agujas, y en esa distribución y manejo todos los meridianos regionales (en este caso los yang de arriba) se identifica en buena medida.

Sus puntos Shu antiguos son los siguientes: Ting, TR 1; Yung, TR 2; Yu, TR 3; Iunn, TR 4; King, TR 6; y Ho,

TR 10. Su punto Lo es el TR 5; su punto de Asentimiento es el V 19 y el Heraldo el JM 5. Su meridiano acoplado es el meridiano maestro corazón. Su máximo de energía se encuentra de 21 a 23 horas. En el círculo energético, el meridiano maestro corazón (de 19 a 21 horas) es el meridiano anterior; el meridiano vesícula biliar (de 23 a 1 horas), el siguiente; y el meridiano bazo (de 9 a 11 horas), el opuesto.

10.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

El meridiano triple recalentador tiene su origen en el ángulo ungueal interno del dedo anular (TR 1) y asciende siguiendo en superficie el 4º espacio intermetacarpiano (TR 2 y TR 3) hasta alcanzar la mitad del pliegue dorsal de la muñeca (TR 4). En este segmento de su recorrido las agujas buscan la distribución de los paquetes colaterales propios de los dedos y los interóseos dorsales.

Recorre después el meridiano, hacia arriba, la línea mediodorsal del antebrazo, situando una serie de puntos en sus dos tercios inferiores (TR 5, TR 6, TR 7, TR 8 y TR 9), llegando al hueco supraolecraniano después de cruzar el codo (TR 10). Se proyecta en profundidad sobre el paquete constituido por la arteria interósea dorsal y la rama posterior o profunda del nervio radial.

Sigue hacia arriba escalando la línea mediodorsal del brazo (TR 11 y TR 12), pasando sobre el paquete constituido por la arteria humeral profunda y el nervio radial, alcanzando el borde posterior del músculo deltoides (TR 13) y cruzando la espina del omóplato (TR 14 y TR 15) siguiendo en superficie el recorrido más profundo de la arteria escapular superior y el nervio supraescapular.

En el cuello, asciende hacia arriba y atrás, siguiendo el borde del músculo esternocleidomastoideo hasta el límite de la cabeza (TR 16) en el que se superpone el paso de la arteria occipital y nervios occipitales posteriores; rodea después fielmente el pabellón auricular (TR 17, TR 18, TR 19, TR 20 y TR 21) hasta la región del trago (TR 22) y termina en el ángulo externo del ojo (TR 23). En este trayecto cefálico y facial recorre y cruza los trayectos de la arteria auricular posterior y ramas de los nervios occipitales, la arteria temporal superficial y ramos del nervio auriculotemporal y otros temporofaciales del nervio facial.

Para que sea un hecho el tránsito entre los trayectos externo e interno del meridiano, hay que señalar la conexión que desde TR 15 existe hasta E 12, punto este instalado en el hueco supraclavicular que sirve de tránsito usual para muchos meridianos. El recorrido interno

tradicional del meridiano se puede deducir de la descripción de sus raíces diciendo que se implanta en un trayecto vegetativo profundo que desde los plexos faríngeos, por arriba, hasta el plexo hipogástrico, por abajo, pasando por el importante plexo central solar y sus subsidiarios; se trata de un recorrido por todo el vegetativo truncal o profundo. La salida buscando ese punto de tránsito se ha de hacer, como siempre, por el plexo vegetativo periaórtico y perisubclavio, para pasar por E 12. No obstante, el recorrido interno real de este meridiano queda reducido a la porción craneal de aquel trayecto vegetativo truncal, la parte que interviene en la inervación de la faringe, boca, ojo y oído.

10.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

10.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

La continuidad superficie-profundidad se sitúa en el hueso supraclavicular, como para el resto de los meridianos yang del miembro superior, representado en el punto E 12. Para poder definirlo así, se tiene que describir dos uniones. Una conexión aferente al punto E 12 que parte del punto dorsal TR 15; y una conexión eferente del punto E 12 que llega al punto cervical TR

16.

10.c.2. Areas reflejas tradicionales.

En el hombro, participa en la descripción del área refleja de las algias de hombro con la contribución de su punto TR 14. De igual forma, a su paso por el dorso forma parte del límite inferior del área refleja de las algias de cuello con su punto TR 15.

Su punto cervical TR 17 se incluye en el área refleja de oído.

En su recorrido facial intervienen en la constitución de las áreas reflejas de: oído (TR 21 y TR 22), ojo (TR 23), y algias de cabeza (TR 22).

10.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Puede utilizar dos vías de acceso al círculo energético facial. Una se originaría en su punto propio cefálico TR 20 y se incorpora al circuito por el área refleja de oído. Desde ella recorrería el maxilar inferior, que representa el área refleja de las algias faciales, para llegar a la zona peribucal, área refleja de boca. No son precisas conexiones con las áreas reflejas de oído, ojo y algias de cabeza, puesto que su trayecto principal transcurre por las áreas citadas.

El otro recorrido de acceso es la vía rápida facilitada por el trayecto cervical del meridiano estómago.

Así, el recorrido profundo del meridiano triple recalentador aparece en el hueco supraclavicular a través del punto E 12. Ascende por el cuello, conectando de paso con el área refleja de faringe-amígdala, y llega al ángulo mandibular. Recorre el maxilar inferior (área refleja de las algias faciales) y alcanza la boca (área refleja de boca-algia dental).

Desde el punto TR 20, en la vertical del vértex auricular, parte una rama al vértex cefálico, TM 20, área refleja del psiquismo.

10.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Del punto Lo, TR 5 (situado en la cara dorsal del antebrazo), parte la conexión de acoplamiento de este meridiano hacia el punto Iunn MC 7 (en la mitad del pliegue de flexión de la muñeca).

Al punto Iunn TR 6 llega la conexión de acoplamiento del meridiano maestro corazón, que se origina en el punto Lo MC 6.

- Conexiones del círculo energético.

Su punto final, TR 23 (en el extremo externo de la ceja), se encuentra unido al punto inicial del siguiente meridiano del círculo, VB 1 (cerca del extremo externo de la hendidura palpebral).

En el otro extremo, el punto inicial de este meridiano (TR 1) se encuentra unido al meridiano precedente en el círculo, por dos conexiones: una simbólica desde su punto final (MC 9), y otra trazada sobre la superficie corporal desde el punto palmar MC 8.

10.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativo.

10.d.1. Áreas acupunturales representativas.

En las tablas 34 y 35, se relacionan las áreas representativas atravesadas por el recorrido superficial de este meridiano así como los puntos que forman parte de cada una de ellas.

10.d.2. Puntos significativos.

TR 1 (Dedos).

Situación. Se encuentra a 2 mm. por detrás y arriba del ángulo ungueal interno del dedo anular.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente u oblicuamente con una profundidad de 2 a 4 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringeamígdala 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. 8ª arteria y nervio volar

propio, ramas de la 2ª arteria digital y de la rama superficial del nervio cubital.

TR 2 (Dedos).

Situación. En la cara dorsal del dedo, en la prolongación del 4º espacio intermetacarpiano, distal a la articulación metacarpofalángica del dedo anular.

Puntura. Perpendicularmente entre 0,5 y 1 cm. de profundidad.

Significación terapéutica

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria digital dorsal común 4ª, rama de la arteria dorsal del carpo, anastomosándose con la digital volar. Filete externo de la rama superficial del nervio cubital.

TR 3 (Mano. Dorso).

Situación. En la mitad distal del 4º espacio intermetacarpiano, proximal a la articulación metacarpofalángica.

Puntura. Se puede punturar perpendicularmente penetrando aproximadamente 1 cm., o introducir la aguja hacia la muñeca penetrando de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 80%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 80%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 65%
Algias de espalda 65%

Zonales.

Algias de hombro 50%
Algias de mano-dedo 50%

Sustrato anatómico. Nervio digital común o metacarpiano dorsal del 4º espacio, rama del nervio dorsal de la mano del nervio cubital, y la arteria interósea dorsal 4ª, rama de la arteria dorsal del carpo.

TR 4 (Muñeca. Posterior).

Situación. En la mitad del pliegue dorsal de la muñeca, entre los tendones del extensor propio del 5º dedo y del extensor común.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de mano-dedo 50%

Sustrato anatómico. Arteria dorsal del carpo, rama de la arteria radial, y en superficie la rama del nervio cutáneo dorsal del antebrazo y rama superficial del nervio radial y red arteria dorsal del carpo.

TR 5 (Antebrazo. Posterior).

Situación. En la línea media de la cara dorsal del antebrazo, entre el cúbito y el radio, a 4 cm. del punto medio del pliegue dorsal de la muñeca.

Puntura. Perpendicularmente penetrando de 1 a 3 cm, u oblicamente hacia arriba de 3 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%
Afecciones oculares 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 80%

.Zonales.

Algias de codo 50%

Algias de mano-dedo 50%

Parálisis-algias del
miembro superior..... 50%

Sustrato anatómico. La rama posterior de la arteria interósea anterior anastomosándose con la arteria interósea posterior, y la rama profunda del nervio radial. En superficie, el nervio cutáneo dorsal del antebrazo, rama del nervio radial.

TR 7 (Antebrazo. Posterior).

Situación. En el tercio inferior de la cara posterior del antebrazo, sobre el borde radial del cúbito, a 6 cm. del centro del pliegue dorsal de la muñeca.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 65%

Sustrato anatómico. Arteria interósea posterior y rama profunda del nervio radial, en superficie porción terminal de la rama posterior del nervio cutáneo ulnar del antebrazo.

TR 9 (Antebrazo. Posterior).

Situación. En la mitad proximal de la línea media de la cara posterior del antebrazo, a 10 cm. de la punta del olécranon, situándose entre el cúbito y el radio.

Puntura. Perpendicularmente de 1 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 80%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de antebrazo 50%

Sustrato anatómico. Arteria interósea dorsal con la recurrente radial posterior, y la rama profunda del nervio radial, y en superficie nervio cutáneo ulnar del antebrazo, rama posterior del cutáneo braquial interno.

TR 10 (Codo. Posterior).

Situación. En la cara posterior del codo, en el hueco que se forma al flexionar el antebrazo sobre el brazo. Situado a 2 cm. por encima de la punta del olécranon.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Alteraciones de los sentidos.
Afecciones del oído 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

Algias de espalda 50%

.Zonales.

Algias de codo 50%

Sustrato anatómico. Anastomosis arterial supraolecraniana, y en su recorrido: nervio cutáneo dorsal del brazo y del antebrazo, ramas del nervio radial.

TR 11 (Brazo. Posterior).

Situación. Con el codo flexionado, se coloca en la región posterior del brazo, a 4 cm. por encima de la punta del olécranon.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Rama del nervio radial y de la arteria colateral radial, y en su trayecto: rama cutáneo dorsal del brazo y ramas del nervio braquial cutáneo interno.

TR 12 (Brazo. Posterior).

Situación. Se encuentra en la región posterior del brazo, en la línea que une la fosa supraolecraniana con la mitad del borde posterior del músculo deltoides, situándose a 12 cm. de la punta del olécranon.

Puntura. De igual forma que el punto TR 11.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 65%
Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Arteria humeral profunda y nervio radial, y en su recorrido: rama cutánea dorsal del brazo, rama del nervio radial.

TR 13 (Hombro. Posterior).

Situación. Se encuentra en el borde posterior del músculo deltoides, a 6 cm. por debajo de la extremidad externa del acromion.

Puntura. De igual forma que el punto TR 11.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Rama del nervio circunflejo y vasos circunflejos humerales dorsales, y en su trayecto, rama del nervio cutáneo del hombro.

TR 14 (Hombro. Posterior).

Situación. Por detrás y debajo de la extremidad externa del acromion, entre éste y la gran tuberosidad (troquiter) del húmero, encontrándose entre las raíces media y posterior del músculo deltoides. Está a la misma altura que el punto IG 15.

Puntura. Con el brazo en abducción de 90°, la aguja se dirigirá hacia el vértice del hueco axilar, introduciéndose de 2 a 3 cm. Con el brazo caído, se dirige oblicua hacia abajo penetrando cerca de 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso supraclavicular, dirigiéndose la aguja hacia la zona articular superior, relacionándose superficialmente con ramas del nervio supraclavicular dorsal.

TR 15 (Dorso).

Situación. Ligeramente por encima del ángulo superointerno del omóplato, a mitad de distancia de la punta de la apófisis espinosa de la 7ª vértebra cervical y el acromion. Se encuentra a 2 cm. por debajo del punto VB 21.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

Zonales.

Algas de cuello 50%

Sustrato anatómico. En profundidad, nervio accesorio, y en superficie, nervio supraclavicular dorsal y arteria cervical superficial.

TR 16 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se encuentra en la intersección que en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo realiza la horizontal al ángulo del maxilar inferior.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 80%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algas de cuello 50%

Sustrato anatómico. Arteria occipital y nervio espinal, y superficialmente relacionado con el nervio occipital menor y ramas de la arteria cervical superficial.

TR 17 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se encuentra por detrás del lóbulo de la oreja en el hueco existente entre la punta de la apófisis mastoides y el ángulo de la mandíbula.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., u oblicuamente hacia delante y arriba con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de oído 65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias facial 65%

Sustrato anatómico. Ramo auricular del plexo cervical y arteria auricular posterior. En el espesor de la glándula, el nervio facial.

TR 18 (Cuello. Posterior).

Situación. Se encuentra por detrás del pabellón auricular, en la mastoides sobre la línea de implantación de los cabellos y a nivel del orificio auditivo externo.

Punutra. Oblicuamente hacia delante y arriba con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 80%

Sustrato anatómico. Arteria auricular posterior y rama auricular del nervio facial, y rama anterior del nervio mastoideo del plexo cervical superficial.

TR 19 (Cabeza).

Situación. Detrás del pabellón auricular, sobre la línea de implantación de los cabellos a 2 cm. por encima de la horizontal que pasa por el orificio auditivo externo.

Puntura. Oblicua hacia abajo y adelante con una profundidad de 0,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%

Sustrato anatómico. Arteria auricular posterior y ramos del nervio occipital menor y del nervio facial.

TR 20 (Cabeza).

Situación. Se encuentra colocado inmediatamente por encima del vértice del pabellón auricular, a nivel de la implantación de los cabellos.

Puntura. Oblicuamente hacia delante o hacia atrás con una profundidad de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Sustrato anatómico. Arteria temporal superficial y nervio auricular temporal y sus ramos profundos. Cuando se puntura hacia atrás nervio occipital menor.

TR 21 (Cara).

Situación. Se encuentra en la región preauricular por delante de la cisura que existe por encima del trago, en la depresión que se forma al abrir la boca.

Puntura. Oblicua hacia abajo penetrando la aguja de 3 a 5 cm., o bien perpendicularmente entre la articulación temporomandibular y el conducto auditivo externo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%

Sustrato anatómico. Vasos temporales superficiales y nervio auriculotemporal.

TR 22 (Cara).

Situación. Se encuentra por delante y a nivel de la raíz de la oreja, sobre la línea de implantación de los cabellos.

Puntura. Oblicuamente hacia arriba con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.**Alteraciones de los sentidos.**

Afecciones del oído 80%

Afecciones algias.**.Zonales.**

Algias cefálicas 65%

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. Ramos temporales del nervio facial. Superficialmente, se relaciona con la arteria temporal superficial a nivel de dar la arteria orbitaria y ramo preauricular del nervio aurículo-temporal.

TR 23 (Cara).

Situación. Se encuentra en el hueco que existe sobre el reborde orbitario a nivel de la extremidad externa de la ceja.

Puntura. Transversalmente hacia el centro de la ceja o hacia atrás con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.**Alteraciones de los sentidos.**

Afecciones oculares 80%

Afecciones algias.**.Zonales.**

Algias cefálicas 65%

Algias faciales 65%

Sustrato anatómico. Arteria cigomática orbitaria anastomosándose con la frontal interna. Nervio cigomático orbitario.

10.e. Resumen del meridiano.

Se trata del meridiano más significativo energéticamente puesto que él representa realmente la energía. Para tal representación necesita una fuerte base vegeta-

tiva, y por eso se dice que nace en los tres fogones, en toda la extensión de los centros vegetativos troncales. Regula la vitalidad del individuo al controlar la respiración, la digestión y la sexualidad.

Tratándose de un meridiano cuyo recorrido superficial es el de un yang más del miembro superior, el tránsito dentro-fuera (o a la inversa porque se trata de un continuo interior-exterior) se representa en E 12.

Sus puntos significativos se utilizan para tratar enfermedades de las vísceras del cuello (faringe y amígdala), de cabeza (órganos de los sentidos, senos paranasales, boca) y psiquismos en general. Obviamente, diversos puntos tienen acciones antiálgicas locales y/o zonales sobre todo el miembro superior, cuello y cabeza.

11. MERIDIANO VESÍCULA BILIAR. (TSU SHAO YANG)

11 a. Definición y características tradicionales.

Energéticamente es el meridiano de la vesícula biliar, y sus perturbaciones características en los déficits energéticos específicos son boca amarga y seca, náuseas, cara pálida, depresión y suspiros, insomnio, sudores, frío y agitación, dolores e hinchazón en todo o parte de su recorrido.

Terapéuticamente cambia radicalmente de presentación, de modo que la picadura de sus puntos cefálicos está indicada en las enfermedades de los sentidos, boca y dientes, algias cefálicas y faciales, y psiquismos; el recorrido por el cuello, tronco y muslo no es terapéutico salvo un punto psíquico (VB 24), y el que hace por pierna y pie presenta puntos terapéuticos de nuevo sobre las enfermedades psicósomáticas de la cabeza, sus órganos y funciones, algias de todos los segmentos de la extremidad, incluyéndose afecciones de vísceras abdominales (como es norma en los meridianos de abajo) como intestino grueso y vesícula biliar.

Es un meridiano centrífugo yang de abajo, y recorre partes anteriores y/o internas de los segmentos corporales.

Recreándose en su territorio por la cabeza, baja sin pena ni gloria hasta la rodilla, a partir de donde recupera su significación terapéutica. Saliendo con sus puntos por la extremidad del miembro inferior, por el 4º dedo del pie. Tiene 41 puntos.

Sus puntos Shu antiguos son: Ting, VB 44; Yung, VB 43; Yu, VB 41; Iunn, VB 40; King, VB 38; y Ho, VB 34. Su punto Lo es el VB 37; el de Asentamiento es el V 19; y el Herald, VB 24. Su meridiano acoplado es el meridiano hígado. Su máximo de energía se encuentra de 23 a 1

horas. En el círculo energético, el meridiano triple recalentador (de 21 a 23 horas) es el anterior; el meridiano hígado (de 1 a 3 horas), el posterior; y el meridiano corazón (de 11 a 13 horas), el opuesto.

11.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

El recorrido interno de este meridiano se hace por los plexos vegetativos profundos en relación especialmente con el hígado y vesícula biliar. Sus caminos de enlace con la superficie no pueden ser otros que los que siguen los trayectos vasculares sobre los que se vehiculiza el vegetativo en sus redes periarteriales (separación de carótida primitiva y subclavia, E 12, y continuación femoroiliaca, E 30); se habla en este caso de dos puntos de tránsito lo que se atribuye al largo recorrido del meridiano pasando por el plano ventral del cuerpo. Naturalmente, como estos puntos de tránsito no están en su recorrido por no ser propios del meridiano vesícula biliar, se ha de enlazar con ellos mediante conexiones, que son las VB 29 - E 30 y VB 21 - E 12.

El recorrido del meridiano no sigue trayectos anatómicos, salvo desde la rodilla hacia abajo, sino que va buscando y enlazando puntos y zonas de interés funcional; es preciso, pues, seguirlo de arriba abajo.

Tiene su origen en el ángulo externo del ojo (VB 1).

pasando inmediatamente a una posición inmediatamente anterior a la incisura trago-antitrigo (VB 2); asciende por encima del arco cigomático (VB 3) y hace un zigzag en la fosa temporal (VB 4 a VB 7) para rodear por arriba y atrás el pabellón auricular (VB 8 a VB 12).

Diríamos que otra rama nace en la región frontal alta, hacia la raíz del pelo (VB 13) y, después de un trayecto ánterodescendente hasta la región superciliar (VB 14), retrocede para recorrer hacia atrás la convexidad de la cabeza en posición paramedial (VB 15 a VB 19), hasta el límite del cuello (VB 20). En este complicado recorrido, los puntos se sitúan desordenadamente sobre trayectos vásculonerviosos distintos (todos los que recorren la región lateral de la cabeza) hasta la región occipital donde conecta con ramas de las arterias occipital y auricular posterior, y nervios como el occipital menor.

Cruza el cuello rápidamente, sin puntos, en situación lateral y posterior, hasta alcanzar el hombro (VB 21); continúa por delante de la región pectoral hasta alcanzar la pared lateral del tórax a nivel del 4º espacio intercostal (VB 22 y VB 23) y continúa un trayecto suave hacia delante y abajo para alcanzar el 7º espacio, por debajo del surco mamario en la mujer (VB 24). Para alcanzar desde este punto el siguiente, que

además de inferior es muy posterior (VB 25), en la extremidad de la 12ª costilla, hace un recorrido en ese sentido aunque rectifica después dirigiéndose de nuevo hacia abajo y adelante hasta la cresta iliaca (VB 26), recorriéndola (VB 27) hasta la espina iliaca anterosuperior (VB 28). En este trayecto, los pocos puntos se sitúan sobre paquetes perforantes intercostales y lumbares.

Para entrar en el miembro inferior desde la citada espina, sigue un trayecto decidido hacia abajo y atrás, cruzando el trocánter mayor (VB 29) hasta una posición francamente posterior en la nalga (VB 30) desde donde descender por la extremidad. Lo hace por el muslo posterolateralmente (VB 31 y VB 32) hasta colocarse por encima del cóndilo externo (VB 33), cruza la rodilla, alcanza la cabeza del peroné (VB 34) y desciende en idéntica posición en la pierna en cuya mitad inferior acumula puntos en trayecto zizageante, de tal manera que unos están sobre el borde anterior del peroné (VB 36, VB 37 y VB 38) y otros sobre el borde posterior (VB 36 y VB 39). Después de cruzar el muslo en situación anatómica imaginaria, al llegar a la rodilla y pierna se sitúa sobre las ramas del ciático poplíteo externo, origen de los paquetes vasculonerviosos tibial anterior, peroneo y maleolar externo, sucesivamente y hasta el pie.

Cruzando el tobillo por delante del maleolo externo, sobre el tendón del extensor común de los dedos (VB 40), recorre superficialmente el 4º espacio intermetatarsiano del pie (VB 41, VB 42 y VB 43), para terminar en el ángulo ungueal externo del 4º dedo (VB 44). En este trayecto del pie se relaciona con el paquete vásculoner- vioso intermetatarsiano digital común dorsal 4º y el colateral externo del 4º dedo.

11.c. Zona anatómica de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

11.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Presenta una zona de tránsito superior en el hueco supraclavicular, representada en el punto E 12. Para hacerla efectiva se deriva una rama desde el próximo punto VB 21 hacia la citada zona.

Por lo apuntado en el apartado anterior, tenemos que mantener dos zonas de tránsito en la base del miembro inferior. Una correspondería al significado anatómico de la distribución de sus puntos en el miembro inferior, el borde posterior del ano (zona yang), representado en el punto TM 1. El meridiano la alcanzaría desde su punto VB 30. La otra zona se tendría que definir por la continuidad perivascular que nos explica la acción de sus puntos

distales, hueco inguinal, representado en el punto E 30. El meridiano la consigue desde el próximo punto VB 29. Esta última unión vendría también forzada por la situación del área refleja hepatobiliar sobre la pared anterior del abdomen.

11.c.2. Areas reflejas tradicionales.

En su recorrido por la cadera, este meridiano contribuye a la constitución del área refleja de las algias lumbares con el punto VB 30.

En la zona superior del dorso y en el cuello, el meridiano forma parte del área refleja de las algias de cuello con los puntos VB 21 (en la curva cervicoescapular) y VB 20 (en el borde inferior de la protuberancia occipital externa).

Por último, en el recorrido facial, este meridiano interviene en el dibujo de las áreas reflejas de: oído (VB 2 y VB 3), ojo (VB 14 y VB 1), algias faciales (VB 3) y de las algias cefálicas (de los puntos VB 4 a VB 7).

11.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

En el tercio inferior de la pierna, se describe la unión del punto VB 37 hacia el punto H 5, con la cual el meridiano vesícula biliar consigue el recorrido del meridiano hígado y con él alcanza el área refleja hepa-

tobiliar abdominal.

El círculo energético facial es alcanzado por dos caminos. Desde su recorrido superficial a través de los puntos cefálicos VB 8 y VB 13, o desde la profundidad por medio del recorrido cervical del meridiano estómago. En el mencionado círculo tendría que conectar con el área de boca-algia dental.

Se enlaza con el área refleja de psiquismo TM 20, por una rama que parte del punto VB 8.

11.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Entre el punto VB 37, en el tercio inferior de la cara lateral de la pierna, hasta el punto Iunn H 3, situado en el espacio intermetatarsiano 1º, se establece la conexión de acoplamiento energético de este meridiano.

Al punto Iunn VB 40 le llega la conexión de acoplamiento del meridiano hígado. Esta unión parte del punto Lo H 5.

- Conexiones del círculo energético.

La obligada rama para el círculo horario energético entre el punto VB 44, último del meridiano vesícula biliar, y H 1, primero del siguiente meridiano, se cita simbólicamente sin explicar su recorrido, difícil en

cuanto que tiene que unir transversalmente las puntas del 1º y 4º dedos. Por ello, se describe la unión sobre la superficie corporal entre el punto VB 41, situado en el 4º espacio interóseo, y el ya citado H 1.

Por el otro extremo, se establece la conexión entre el punto final del meridiano precedente, TR 23, y el inicial de este meridiano, VB 1.

11.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

11.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Las diversas áreas representativas atravesadas por este meridiano están esquematizadas en las tablas 36 y 37.

11.d.2. Puntos significativos.

VB 1 (Cara).

Situación. Con los ojos cerrados, se encuentra a 1 cm. por fuera de la comisura externa de los párpados.

Puntura. Se introduce la aguja tangencialmente hacia fuera con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 80%

Sustrato anatómico. Arteria cigomática facial y nervio cigomático facial, rama de la 2ª rama del trigémino; en superficie, se relaciona con la arte-

ria cigomática orbitaria y rama cigomática del nervio facial.

VB 2 (Cara).

Situación. Se encuentra en el hueco que se forma por delante de la incisura trago-antitrigo al abrir la boca.

Puntura. Perpendicular ligeramente hacia abajo con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 80%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias faciales 65%

Sustrato anatómico. Origen de la arteria transversa de la cara, rama de la arteria temporal superficial, y el nervio auriculotemporal. En el espesor de la glándula parótida, ramas del plexo facial y arteria carótida externa. Superficialmente se relaciona con el nervio auricular mayor y ramas de la arteria temporal superficial.

VB 3 (Cara).

Situación. Se encuentra por delante de la oreja, en el hueco que se forma al abrir la boca, por encima del arco cigomático; se sitúa en la vertical del punto E 7.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. Arteria temporal profunda media y nervio temporal profundo, rama del nervio maxilar; en superficie, se relaciona con la arteria cigomática-orbitaria de la temporal superficial y ramos cigomáticos del nervio facial.

VB 4 (Cabeza).

Situación. Por detrás del ángulo temporofrontal de implantación de los cabellos, en la vertical del punto medio del arco cigomático, a 1 cm. por detrás del punto E 8.

Puntura. Oblicuamente hacia abajo con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Paquete temporal profundo medio. Ramo frontal de la arteria temporal superficial y rama temporal del nervio auriculotemporal.

VB 5 (Cabeza).

Situación. Se sitúa en la línea temporal de implantación de los cabellos en la vertical del punto antropométrico gonión.

Puntura. Oblicua con una profundidad de 0,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 80%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio temporal profundo medio, rama de la arteria y nervio maxilar. En superficie, ramo frontal de la arteria temporal superficial y nervio auriculotemporal.

VB 6 (Cabeza).

Situación. En la unión del tercio medio con el inferior de la línea de unión de los puntos VB 7 y VB 4.

Puntura. Oblicua con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio temporal profundo medio, y superficialmente ramo frontal de la arteria temporal superficial y nervio auriculotemporal.

VB 7 (Cabeza).

Situación. Por delante del pabellón auricular, en la intersección de una horizontal al vértex del mismo y una vertical a su borde anterior. Se encuentra al mismo nivel que la extremidad externa de la ceja.

Puntura. De igual forma que el VB 6.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria temporal superficial y nervio auriculotemporal.

VB 8 (Cabeza).

Situación. Se encuentra a 3 cm. por encima del

vértice del pabellón auricular que resulta al plegar el pabellón hacia delante.

Puntura. Perpendicular hasta el periostio o bien horizontalmente hacia delante o hacia atrás con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio temporal profundo posterior; superficialmente arteria temporal superficial y rama del nervio temporal superficial, así como hacia atrás el nervio occipital menor.

VB 9 (Cabeza).

Situación. Por encima y detrás de la oreja, situándose a 1 cm. por detrás del anteriormente comentado VB 8 y a 4 cm. por encima de la línea de implantación de los cabellos.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del

psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio temporal profundo posterior, en superficie se relaciona con ramas posteriores de la arteria temporal superficial anastomosándose con la arteria retroauricular y nervio occipital menor, cuando se hace perpendicularmente. En oblicuo hacia delante, alcanza los vasos temporales superficiales y nervio auriculotemporal.

VB 10 (Cabeza).

Situación. A nivel del borde superior de la raíz del pabellón auricular a 2 cm. por detrás de la línea de implantación de los cabellos.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%

Sustrato anatómico. Arteria temporal superficial anastomosándose con la auricular posterior. Nervio occipital menor.

VB 12 (Cuello. Posterior).

Situación. Se encuentra en el borde posterior de la apófisis mastoides a nivel de la horizontal que pasa por el borde inferior de la protuberancia occipital externa.

Puntura. Oblicua con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Sustrato anatómico. Ramos vasculares de la arteria auricular posterior y ramos del nervio occipital menor.

VB 13 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la intersección de la vertical al canthus externo del ojo con una horizontal al punto medio situado a 7 cm. de la glabella, y éste a 6 cm. de la línea media.

Puntura. Oblicua en sentido sagital con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Ramo frontal de la arteria temporal superficial y nervio supraorbitario.

VB 14 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la vertical del centro de la pupila, a 2 cm. por encima de la ceja.

Puntura. Tangencialmente hacia abajo o hacia el ángulo interno del ojo, o hacia la extremidad externa de la ceja, con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Vasos y nervios supraorbitarios, respectivamente, ramas de la arteria oftálmica y rama externa del nervio frontal.

VE 16 (Cabeza).

Situación. Se sitúa en la línea parasagital que pasa por el centro de la pupila, a 4 cm. de la línea media del cuero cabelludo y a 9 cm. por encima de la glabella.

Puntura. Oblicua hacia abajo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Sustrato anatómico. Ramo frontal de la arteria temporal superficial y rama externa del nervio frontal.

VB 17 (Cabeza).

Situación. En la intersección de una línea

parasagital que pasa por el centro de la pupila con una horizontal a un punto medio situado a 11 cm. de la glabella.

Puntura. Sagitalmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Ramo frontal de la arteria temporal superficial y nervio frontal externo.

VB 19 (Cabeza).

Situación. En la intersección de una línea horizontal que pasa a 3 cm. por encima del borde inferior de la protuberancia occipital externa con una línea vertical a 4 cm. de la línea media.

Puntura. Oblicua en sentido sagital con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significado terapéutico.

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria occipital y nervio occipital mayor, y superficialmente se relaciona con el nervio occipital menor.

VB 20 (Cuello. Posterior).

Situación. Se sitúa en la horizontal al borde inferior de la protuberancia occipital externa, colocándose entre ésta y la apófisis mastoides, entre las inserciones musculares del trapecio y el

esternocleidomastoideo.

Puntura. Se puede introducir oblicua y ligeramente hacia abajo penetrando la aguja de 2 a 3 cm., o bien oblicua hacia el ojo contralateral con una profundidad de 2 a 4 cm. y no pasando nunca de 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído	65%
Afecciones oculares	80%

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias cefálicas	65%
------------------------	-----

.Zonales.

Algias de cuello	50%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Nervio occipital mayor y arteria occipital dirigiéndose la aguja hacia la arteria vertebral; en superficie se relaciona con ramos cutáneos del ramo dorsal del nervio cervical y del occipital mayor.

VB 21 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la región supraescapular, sobre la curva cervicoescapular equidistante de la apófisis espinosa de la 7ª vértebra cervical y el acromion.

Puntura. Perpendicularmente con una ligera inclinación hacia abajo y adentro en dirección al cuello de la 1ª costilla, con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias de cuello	50%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Nervio accesorio o espinal, y en su recorrido: nervio supraclavicular dorsal y arteria cervical superficial.

VB 24 (Tórax).

Situación. Se sitúa sobre la línea mamilar en el 7º espacio intercostal, a 3 cm. por debajo del punto H 14.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general65%

Sustrato anatómico. Ramos vasculares procedentes de la arteria mamaria interna y paquete vasculonervioso ventrolateral 7º intercostal.

VB 25 (Dorso).

Situación. Se encuentra en el flanco, por debajo y ligeramente por delante de la extremidad libre de la 12ª costilla.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cadera 50%

.Zonales.

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio subcostal, superficialmente se relaciona con el filete cutáneo del ramo dorsal del 10º paquete vasculonervioso torácico.

VB 30 (Cadera. Posterior).

Situación. Se encuentra sobre una línea que uniera el relieve del trocanter mayor con el origen del pliegue interglúteo, en la unión de su tercio externo con los dos tercios internos.

Puntura. Perpendicularmente a las partes genitales, penetrando la aguja una profundidad de 3 a 6 cm. También puede dirigirse en otras direcciones con una profundidad de 4 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%
Algias lumbares 50%

.Zonales.

Algias de cadera 50%
Algias de rodilla 50%
Parálisis-algias del
miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Arterias y nervios glúteos caudales. Algo más profundo el nervio ciático. En superficie, nervios caudales de la nalga, ramas del nervio ciático menor.

VB 33 (Rodilla. Anterior).

Situación. Se encuentra en la cara externa de la rodilla, a 2 cm. proximal a la interlínea articular, por encima del condilo femoral, entre los tendones del biceps, por detrás, y la cintilla de Maissiat, por delante.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad que varía 1 y 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Parálisis-algias del
miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Vasos articulares superoexternos de la rodilla y tronco del nervio ciático poplíteo externo. Llega a los orígenes del músculo gemelo externo y a los de la cápsula articular. En superficie, ramos del nervio femorocutáneo externo.

VB 34 (Rodilla. Anterior).

Situación. En la porción externa de la rodilla, en un hueco existente por delante y abajo de la cabeza del peroné.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de vesícula biliar 65%

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

Algias lumbar 50%

.Zonales.

Parálisis-algias del miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Nervio tibial anterior y arteria recurrente tibial anterior. En superficie, ramos cutáneos del nervio cutáneo peroneo.

VB 37 (Pierna. Anterior).

Situación. En el tercio inferior de la pierna, sobre el borde anterior del peroné, y a 10 cm. por encima del vértice del maleolo fibular.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias de pierna 50%

Sustrato anatómico. La arteria y nervio tibial anterior. En superficie, el nervio cutáneo fibular de la pierna o cutáneo peroneo.

VB 38 (Pierna. Anterior).

Situación. Se sitúa en el tercio inferior del borde anterior del peroné, a 8 cm. del vértice del maleolo fibular.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

.Zonales.

Algias de rodilla 65%

Parálisis-algias del miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Nervio y arteria tibial anterior. En superficie, ramos del nervio cutáneo peroneo.

VB 39 (Pierna. Posterior).

Situación. Está colocado en el tercio inferior del borde externo de la pierna, por detrás del peroné, entre éste y la masa de los músculos peroneos, a 6 cm. del vértice del maleolo fibular. Se sitúa por delante del punto V 59.

Puntura. Perpendicularmente de 1 a 3 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Va en busca de la arteria peronea a través del músculo flexor largo propio del dedo gordo, y en superficie el nervio cutáneo peroneo.

VB 40 (Tobillo. Anterior).

Situación. Se encuentra en el lado externo, en el hueco existente por debajo y delante del maleolo

fibular, por fuera del tendón del músculo extensor común de los dedos.

Puntura. Perpendicularmente de 0,5 a 1,5 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de la pierna 50%

Parálisis-algias del miembro inferior..... 50%

Sustrato anatómico. Arteriola maleolar externa anterior, rama de la arteria tibial anterior, y nervio cutáneo dorsal intermedio del pie, rama externa del nervio musculocutáneo.

VB 41 (Pie. Dorso).

Situación. Se encuentra en la extremidad proximal del 4º espacio interóseo, proximal a la articulación entre las cabezas del 4º y 5º metatarsiano, por fuera del tendón del extensor largo del 5º dedo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de la mama..... 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de pie 50%

Sustrato anatómico. Ramo interno del nervio safeno o bien anastomosis de éste con el musculocutáneo. Rama terminal de la arteria dorsal del metatarso anastomosándose con la arteria maleolar externa, dando la 4ª arteria perforante. En superficie, ramos cutáneos del nervio safeno externo.

VB 42 (Pie. Dorso).

Situación. En el 4º espacio interóseo por dentro del tendón del extensor largo del 5º dedo, a 1 cm. por delante del punto VB 41 y a 3 cm. por detrás de la comisura interdigital.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de mama 65%

Sustrato anatómico. 4º nervio digital dorsal común, rama interna del safeno externo, o bien la anastomosis de éste con el nervio musculocutáneo, y 4ª arteria interósea dorsal, rama de la arteria dorsal del metatarso.

VB 43 (Pie. Dorso).

Situación. En la prolongación del 4º espacio interóseo por delante de la articulación entre las cabezas de los metatarsianos 4º y 5º, y a 1 cm. por detrás de la comisura interdigital.

Puntura. Perpendicularmente y ligeremante en dirección proximal con una profundidad de 0,6 a 1

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de tronco 50%

.Zonales.

Algias de pie 50%

Sustrato anatómico. Primeramente afecta al 7º paquete vasculonervioso digital dorsal propio. Seguidamente afecta al 4º nervio digital común, rama del nervio safeno externo, y 4ª arteria interósea dorsal, rama de la arteria dorsal del metatarso, con su anastomosis a la correspondiente arteria interósea plantar.

VB 44 (Dedos).

Situación. Se encuentra a 2 mm. por detrás del ángulo ungueal externo del 4º dedo.

Puntura. Perpendicular y oblicuamente en dirección proximal con una profundidad de 2 a 4 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Sustrato anatómico. Arteria colateral dorsal externa del 4º dedo, rama de la arteria dorsal del metatarso, y nervio colateral plantar externo del 4º dedo, rama del nervio plantar externo.

11.e. Resumen del meridiano.

Si bajo el punto de vista energético los trastornos del meridiano no tuvieran efectos propios de vesícula biliar (náuseas, dolor, amargor de boca, etc) bajo el punto de vista terapéutico apenas se advertiría esta relación puesto que sólo el punto VB 34 se puntura en sus enfermedades.

Terapéuticamente es un potente meridiano de aplicación psíquica, que trata también desde sus puntos afecciones de cabeza y cara (sentidos, boca y dientes, algias) pero haciéndolo no sólo desde puntos cefálicos locales sino, sobre todo, desde puntos de pierna y pie, donde hay potentes áreas viscerales y psíquicas.

En cuanto a la profundización de las agujas, en la cabeza se suele hacer en recorridos oblicuos o tangen-

ciales a la superficie en razón de su constitución anatómica, mientras en la extremidad inferior se profundiza perpendicularmente y más.

12. MERIDIANO HIGADO. (TSU TSIUE YIN)

12.a. Definición y características tradicionales.

Se trata de un meridiano yin de abajo, distribuidor de energías que el hígado produce en estrecha relación con la digestión, con la sangre y otras funciones generales defensivas. Su perturbación tiene que ver con la tonalidad de piel y heces, con el ojo, con náuseas y vómitos, aunque en la realidad terapéutica de sus puntos sólo el H 3 tiene que ver moderadamente con el tratamiento de estas afecciones.

Es un continuo dentro-fuera cuyo lugar de tránsito es el E 30, en cuya vecindad pasa el trazado tradicional (H 12 - E 30). Llegado a la profundidad del vegetativo central ha de tener preferencia por el plexo solar-hepático, pasando por el plexo hipogástrico y ascendiendo hacia el broncopulmonar. Superficialmente discurre del pie al tórax con 14 puntos propios.

Sus puntos Shu antiguos son: Ting, H 1; Yung, H 2; Yu e Iunn, H 3; King, H 4; y Ho, H 8. Su punto Lo es el

H 5; el de Asentimiento, V 18; y el Herald, H 14. Su meridiano acoplado es el meridiano vesícula biliar. La energía lo recorre de 1 a 3 horas. En el círculo energético, el meridiano vesícula biliar (de 23 a 1 horas), meridiano precedente; el meridiano pulmón (de 3 a 5 horas), el siguiente; y el meridiano intestino delgado (de 13 a 15 horas), el opuesto.

12.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Desde los plexos vegetativos intraabdominales, centrado sobre el plexo hepático y con raíces hacia abajo y arriba, hasta plexos hipogástrico y broncopulmonares. Este recorrido profundo está en continuidad a través del sistema iliacofemoral con un trayecto superficial que se extiende por los vasos de la extremidad inferior del pie a la ingle; más arriba, su recorrido abdominotorácico es artificial, como los de los otros meridianos "geográficos" tóracoabdominales (trazados para unir puntos siguiendo franjas verticales, como los meridianos geográficos), tratando de unir puntos aislados resultado de la afloración de paquetes segmentarios tóracoabdominales (intercostales y/o lumbares), que pueden tener interés terapéutico o sintomático, o del orden que sea.

Comienza en el ángulo ungueal externo del dedo gordo del pie (H 1). Desde ahí recorre su borde externo hasta

el final del espacio interdigital (H 2); sigue proyectándose sobre 1er. espacio intermetatarsiano (H 3) y alcanza el tobillo por delante del maleolo interno (H 4). En este trayecto, su primer punto se sitúa sobre la colateral externa del dedo gordo pasando después a la 1ª arteria interósea dorsal, de la pedia, o a la propia arteria pedia.

Asciende sobre el borde interno de la tibia en la mitad inferior de la pierna (H 5 y H 6) para dirigirse después a la parte posterior de la tuberosidad tibial; recorre el muslo en una posición anterointerna (H 9) y se aproxima (H 10 y H 11) al pliegue inguinal al que alcanza por su extremo interno (H 12). En su último trayecto, asciende oblicuamente hacia arriba, en dirección a la extremidad libre de la 11ª costilla que supone una posición muy lateral (H 13), para rectificar después dirigiéndose hacia delante y terminar en el 6º espacio intercostal en la vertical de la mamila (H 14).

En su recorrido por la pierna sigue en superficie el trayecto del paquete vásculonervioso tibial posterior, sin situar en él puntos significativos, y gracias a la profundidad con que se instalan las agujas, se relaciona con el ambiente del paquete gemelo interno y, más arriba, del paquete de la arteria poplítea y el ciático poplíteo interno, llegando incluso a la extremidad infe-

rior de la arteria femoral, consiguiendo ahí el meridiano dos potentes puntos antiálgicos siendo uno de ellos, además, visceral de afecciones genitales. En su recorrido por el muslo instala pocos puntos y no son ninguno significativo aunque en la profundidad lejana se sitúa el trayecto del paquete femoral superficial.

Cruza el abdomen con un sólo punto (H 13), correspondiendo el punto torácico H 14 a un paquete intercostal.

La profundidad de la colocación de las agujas responde a la anatomía de la correspondiente zona, siendo pequeña en tórax y pie mientras que es importante al pasar por la rodilla (hasta 6 cm.) al tener que alcanzar estructuras lejanas; en muslo y abdomen el trayecto no es significativo.

12.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

12.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Como los restantes meridianos yin del miembro inferior, tiene su zona de tránsito en el hueco inguinal, representado en el punto E 30. Para hacerlo efectivo se describe la conexión de su punto próximo H 12 al citado punto E 30.

12.c.2. Areas reflejas tradicionales.

En el tórax, este meridiano contribuye a la definición del área refleja de pulmón con su punto H 14.

12.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Del punto H 12 (situado en la parte interna del pliegue inguinal) emerge una rama a la zona refleja media suprapubiana (JM 2 - JM 4). Esta conexión da explicación a la acción terapéutica sobre el útero y el intestino grueso de puntos distales de este meridiano.

Desde la profundidad, el meridiano hígado se une a su meridiano acoplado yang, meridiano vesicular biliar, por medio de la conexión F 12 - VB 21. Con su acoplado alcanza en el territorio cefálico las áreas reflejas de ojo y del psiquismo. Estas áreas del círculo energético facial también las puede conseguir a través del recorrido cervical del meridiano estómago, desde su recorrido profundo y por medio del punto de tránsito E 12.

12.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Del punto Lo H 5 (situado en el borde interno de la tibia a 10 cm. del maleolo interno) parte la conexión de acoplamiento de este meridiano hacia el punto Iunn VB 40 (situado delante y debajo del maleolo peroneo).

Al punto Iunn H 3 (situado en el 1er. espacio inter-

metatarsiano) llega la conexión de acoplamiento del meridiano vesícula biliar. Esta unión surge del punto Lo VB 37 (situado en el tercio inferior del borde externo de la pierna).

- Conexiones del círculo energético.

Del punto final de este meridiano H 14 (emplazado en el 6º espacio intercostal) parte una rama al punto inicial del meridiano siguiente del círculo P 1 (bajo la extremidad externa de la clavícula).

En el otro extremo, el punto inicial de este meridiano se encuentra unido al meridiano anterior del círculo por dos conexiones: VB 44 - H 1 y VB 41 - H 1.

12.d Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

12.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Como en los restantes meridianos, las áreas representativas atravesadas por el recorrido de este meridiano la heros esquematizado en la tabla 38.

12.d.2. Puntos significativos.

H 1 (Dedos).

Situación. Se coloca a 2 mm. por detrás del ángulo ungueal externo del dedo gordo.

Puntura. Perpendicular u oblicuamente en dirección proximal penetrando e 2 a 4 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del testículo	65%
Afecciones del útero	65%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso colateral dorsal externo del dedo gordo, ramas de la arteria pedia, por medio de la arteria interósea del 1er. espacio, y de la anastomosis del nervio tibial y musculocutáneo.

H 2 (Pie. Dorso).

Situación. Se sitúa en la prolongación del 1er. espacio interóseo, a 1 cm. por detrás del borde interdital entre el 1º y 2º dedo.

Puntura. La aguja se introduce en dirección proximal penetrando de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del intestino grueso.....	80%
--------------------------------------	-----

Alteraciones del psiquismo en general	65%
---	-----

Alteraciones de los sentidos.	
Afecciones oculares	65%

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

.Zonales.

Algias de pie	50%
---------------------	-----

Sustrato anatómico. Primeramente afecta al 2º paquete vásculonervioso dorsal propio. En dirección proximal, afecta a la anastomosis entre los ramos internos de los nervios tibial anterior y musculocutáneo, así como la 1ª arteria interósea dorsal dividiéndose en las arterias digitales propias y anastomosándose con la arteria interósea plantar.

H 3 (Pie. Dorso).

Situación. En la extremidad proximal del 1er. espacio interóseo, delante de la articulación entre la base del 1º y 2º metatarsiano. Se sitúa a 4 cm. del pliegue interdigital.

Puntura. Oblicuamente en dirección proximal penetrando la aguja de 1 a 3 cm.

Significado terapéutico.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del hígado..... 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. Arteria pedia a nivel de dar la arteria interósea del 1er. espacio, y 1er. nervio digital dorsal común, rama terminal del tibial anterior, o de la anastomosis de éste con el ramo interno del musculocutáneo. En superficie, rama interna del nervio musculocutáneo.

H 7 (Rodilla. Posterior).

Situación. Por debajo y detrás del cóndilo interno de la tibia, a 2 cm. por detrás del límite posteroinferior de dicho cóndilo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de rodilla 65%

Sustrato anatómico. Afecta al paquete vasculo-nervioso del gemelo interno y al nervio ciático poplíteo interno. En superficie, ramas del nervio safeno interno y de la arteria descendente de la rodilla.

H 8 (Rodilla. Posterior).

Situación. Se encuentra en la extremidad interna del pliegue de flexión de la rodilla, delante de los tendones del semimembranoso y semitendinoso.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de útero 65%

Afecciones de vagina-
vulva 65%

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias de muslo 50%

Algias de rodilla 65%

Sustrato anatómico. Afecta al paquete vasculo-nervioso del gemelo interno y más profundamente a la arteria articular media. En superficie, el nervio safeno interno y rama safena de la arteria descendente de la rodilla.

H 9 (Muslo. Anterior).

Situación. Se sitúa a 8 cm. por encima del cóndilo interno de fémur, penetrando la aguja entre el músculo vasto interno y el sartorio.

Puntura. Perpendicularmente variando su profundidad entre 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias de espalda 65%

Algias lumbares 65%

Sustrato anatómico. Nervio safeno interno y arteria femoral, y en superficie, ramos cutáneos anteriores del nervio femoral.

H 13 (Abdomen).

Situación. Se sitúa por debajo de la extremidad libre de la 11ª costilla.

Puntura. Se introduce oblicuamente hacia fuera con una profundidad de 1,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias de tronco 50%

Sustrato anatómico. Ramo cutáneo lateral del 11º paquete vasculonervioso intercostal.

H 14 (Tórax).

Situación. Se encuentra sobre la línea mamilar a la altura del 6º espacio intercostal.

Puntura. Se puede introducir la aguja oblicuamente con una profundidad de 0,5 a 1 cm., o bien tangencialmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 80%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso ventro-lateral 6º intercostal.

12.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano que, dada su situación de abajo, se relaciona con áreas y vísceras abdominopélvicas, digestivas y genitales.

Naturalmente, es un potente meridiano antiálgico, desde pie al tronco, estimulando la aferentización.

Energéticamente, tiene un largo recorrido profundo,

desde los plexos de naturaleza genital hasta los plexos broncopulmonares. Recorre el miembro inferior y sube hasta el tórax, si bien sigue desde aquí hasta la cabeza por su acoplado yang, aunque llegue allí con poca potencia ya que el meridiano sólo tiene un punto para sentidos y otro psíquico de moderada significación.

13. MERIDIANO VASO GOBERNADOR (TOU MO)

13.a. Definición y características tradicionales.

Es un vaso maravilloso, meridiano extra-ordinario o curioso que recorre la línea media posterior del tronco, cuello y cabeza, desde el periné al labio superior; se le supone un doble recorrido, es decir, dos líneas íntimamente vecinas pero a un lado y a otro de la verdadera línea media. Este recorrido con el de otro meridiano, medio y doble también, y anterior (Jenn Mo), forma un circuito propio, como en espiral cerrada, por donde la energía recorre este círculo energético menor. La corriente que asciende por la rama derecha de cada uno desciende por la izquierda del otro y vuelve a subir por la derecha, como antes, y así sucesivamente. Es la manera de circular la energía. En la práctica, sin embargo, aunque -insistimos- el meridiano y sus puntos

sean energéticamente dobles, se describe como un meridiano simple, como vamos a hacer nosotros.

Se trata de un meridiano que nace en el margen posterior del ano (cóccix) y recorre toda la línea media del dorso, del cuello, y de la convexidad de la cabeza para descender sobre la frente, la nariz y terminar en la encía superior.

Este meridiano gobierna la fuerza física y la actividad psíquica y mental del hombre en íntima relación con el sistema nervioso central, especialmente con la médula; se reconoce que la mayor parte de sus puntos están vinculados funcionalmente a ella. Eso quiere decir que gobierna energía-energía (ver meridiano Jenn Mo), nerviosa, activa, dinamizante, energía física en suma, la que se rige por los nervios somáticos y el sistema nervioso de relación, aunque también su vinculación al encéfalo hace que se le considere gobernador de la fuerza mental o psíquica.

Se reconoce también una amplia conexión energética con órganos y entrañas situadas en los niveles que el meridiano recorre: con los órganos sexuales en el tercio inferior, con los digestivos en el tercio medio, con los respiratorios y circulatorios en el tercio último; el trazado cervical se relaciona con los órganos endocrinos, y en la cabeza con el encéfalo.

Sus perturbaciones energéticas están en relación con el papel de gobernador de la fuerza del cuerpo y del espíritu, y, por tanto, si hay exceso, aparece dolor y rigidez en el dorso, por donde el meridiano discurre, excitación física y mental, alucinaciones y dolores de cabeza y ojos y hasta fiebre; si hay insuficiencia de energía en el meridiano, hay sensación de cabeza vacía, falta de vigor e insuficiencia de fuerza mental y de carácter. Puede haber dolor en corazón, en el bajo vientre, trastornos urinarios, digestivos, etc.

Terapéuticamente la significación de los puntos está muy de acuerdo con ese carácter de gobernador de la energía física y mental, si interpretamos la primera como la de los músculos, articulaciones, ligamentos, etc., es decir, la parte somática (en contraposición a la visceral) y la segunda como lo que es, como el psiquismo. Así, sus puntos intervienen de arriba abajo en contracturas y dolores de los segmentos que va controlando (espalda, cuello y cabeza), en trastornos psíquicos con eficacia y, por supuesto, en algunas enfermedades de vejiga y uretra, y broncopulmonare. como exponente -aunque insuficiente- de esa relación visceral que se atribuye energéticamente al meridiano.

Si quisiéramos reducir a pocas palabras la expresión de su sintomatología cuando el meridiano se perturba,

tradicionalmente se habla de vacío o pesadez de cabeza, esterilidad en mujeres y hombres e incontinencia urinaria.

Este vaso extra-ordinario posee en su recorrido 28 puntos, carece de puntos en las extremidades, de puntos Shu antiguos y no tiene horario de máxima actividad. Su punto LLave es el ID 3 y presenta dos puntos de Asentimiento, V 24 y V 26.

13.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Su origen, como el de todos los meridianos, está en los plexos vegetativos centrales y profundos, centrado en el calentador inferior, tradicionalmente en el riñón-órgano (origen de la vida) o en lo que se conoce como Bao Zhong (envuelta del útero; origen de la energía heredada, ancestral o vital).

Aparece en el periné, en el borde posterior del ano (TM 1) aunque una conexión lo une al JM 1, rodeándolo, por lo que hay quien le da su origen en el mismo JM 1; sin embargo, el sentido de esta unión es otro muy distinto como veremos más adelante.

En el dorso, seis puntos se van situando segmentariamente en los interticios interespinosos. En la región sacra se encuentra el TM 2; en la región lumbar, TM 3, TM 4 y TM 5; en la región torácica del TM

6 al TM 13; y, por último, en la región cervical del TM 14 al TM 16, este último punto en el límite cérvico-occipital, desde donde el meridiano recorre, de atrás adelante, la convexidad del cráneo, con los puntos TM 17 y TM 18 en la región occipital, TM 19 a TM 22, en la parietal, y TM 23 y TM 24, en la región frontal.

Descendiendo de la frente a la cara en la línea media, el meridiano sitúa el punto TM 25 en la punta de la nariz, y los puntos TM 26 y TM 27 en el labio superior; finalmente, profundiza a la encía, entre los incisivos, para situar allí su último punto, el TM 28.

Su recorrido -lo hemos dicho antes- tiene que ver con el sistema nervioso central y especialmente con la médula, de tal modo que sus puntos se van situando en cuanto pueden en los espacios interespinosos, profundizando entre ellos lo suficiente para acercarse al ambiente epidural, como si fueran un estimulador actual, produciendo un intenso efecto de aferentización nerviosa de gran poder antiálgico. De hecho el meridiano es antiálgico significativamente en catorce puntos de su recorrido, tratando enfermedades viscerales en sólo siete, y otros siete de enfermedades psíquicas, lo que estadísticamente lo convierte en un meridiano preferencialmente antiálgico. Al final, sus últimos puntos tienen que ver localmente con afecciones de

nariz, senos paranasales y boca y dientes.

13.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

13.c.1. Zonas anatómicas de tránsito.

Este vaso extra-ordinario yang tiene su zona de profundización-emergencia en el orificio natural del ano. Siendo su punto propio TM 1 (situado en el borde posterior del ano) su punto de tránsito.

13.c.2. Areas reflejas tradicionales.

En su recorrido dorsal contribuye a dibujar el área refleja de riñón con el punto TM 4 (debajo de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra lumbar).

Con sus puntos TM 13 (bajo la apófisis espinosa de la 1ª vértebra dorsal) y TM 16 (directamente bajo la protuberancia occipital externa), forma los límites inferior y superior, respectivamente, del área refleja de las algas de cuello.

En el vértex cefálico, se dibuja el área psíquica con el punto TM 20.

En su recorrido facial, este meridiano contribuye a formar las áreas reflejas de: boca-algia dental (TM 26 y TM 27) y nariz-senos paranasales (TM 27).

13.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

De su punto inicial parte una rama que rodeando el periné llega a la region suprapúbica, zona media inferior abdominal (JM 2 - JM 4). Con ella se quiere explicar la acciones de puntos de este meridiano sobre la vejiga y el intestino grueso.

13.c.4 Conexiones tradicionales energéticas.

Este vaso extra-ordinario no posee conexiones de acoplamiento energético sólo existentes en los miembros.

Aunque no pertenece al círculo energético de los 12 meridianos principales, si forma un círculo, circulación menor, con el otro meridiano medio y anterior (Jenn Mo). De ahí que se necesiten conectar sus respectivos puntos iniciales (TM 1 con el JM 1) y finales (TM 27 con el JM 24).

13 Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

13.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Como para el resto de meridianos, hemos representado el conjunto de área acupunturales representativas que atraviesa el recorrido de este meridiano en las tablas 39 y 40.

13.d.2. Puntos significativos.

TM 1 (Periné).

Situación. Está colocado equidistante de la punta del cóccix y el borde posterior del ano.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso.....	80%
Afecciones de ano	80%
Afecciones de	
vejiga-uretra	65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda	50%
-------------------------	-----

Sustrato anatómico. Ramas procedentes del paquete vasculonerviosos pudiendo interno y hemorroidales inferiores. Queda próximo a la porción final de la cadena simpática.

TM 2 (Cadera. Posterior).

Situación. Se encuentra situado sobre la línea media por debajo de la pieza sacra, sobre la articulación sacro-coccígea.

Puntura. Se introduce oblicuamente con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso	65%
Afecciones del ano	65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Ramos mediales del paquete vasculonervioso dorsal 5º sacro.

TM 3 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la línea media posterior, por debajo de la apófisis espinosa de la 4ª vértebra lumbar.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm., recorriendo el espacio interespinoso.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Filete medial del ramo dorsal del 4º paquete vásculonervioso lumbar.

TM 4 (Dorso).

Situación. Está colocado sobre la línea media posterior debajo de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra lumbar.

Puntura. De igual forma que el punto TM 3.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del intestino grueso.....	65%
---	-----

Afecciones algicas.

.Distales.

Parálisis-algias del miembro inferior.....	50%
---	-----

.Zonales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Filete medial del ramo dorsal del 2º paquete vásculonervioso lumbar.

TM 5 (Dorso).

Situación. Se coloca en la línea media posterior por debajo de la apófisis espinosa de la 1ª

vértebra lumbar.

Puntura. Perpendicular y posteriormente hacia arriba para recorrer el espacio interespinoso, penetrando la aguja de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de espalda 50%
Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. Ramo medial del paquete vasculonervioso 1º lumbar dorsal.

TM 6 (Dorso).

Situación. En la línea media posterior, por debajo de la apófisis espinosa de la 11ª vértebra torácica.

Puntura. Perpendicular y posteriormente hacia arriba recorriendo el espacio interespinoso, penetrando la aguja de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 80%
Afecciones del ano 80%

Alteraciones del

psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Ramo medial del 11º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

TM 7 (Dorso).

Situación. En la línea media posterior por debajo de la apófisis espinosa de la 10ª vértebra torácica.

Puntura. Oblicua con dirección ascendente para recorrer el espacio interespinoso, penetrando la aguja de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Ramo medial del paquete vasculonervioso 10º torácico dorsal.

TM 8 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la línea media posterior, por debajo de la apófisis espinosa de la 9ª vértebra torácica.

Puntura. De igual forma que el punto TM 7.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general

65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de espalda	50%
-------------------------	-----

Sustrato anatómico. Ramo medial del 9º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

TM 11 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la línea media posterior por debajo de la apófisis espinosa de la 5ª vértebra torácica.

Puntura. De igual forma que el punto TM 7.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general

65%

Sustrato anatómico. Ramos mediales del 5º

paquete vásculonervioso torácico dorsal.

TM 12 (Dorso).

Situación. En la línea media posterior por debajo de la apófisis espinosa de la 3ª vértebra torácica.

Puntura. De igual forma que el punto TM 7.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 65%

**Alteraciones del
psiquismo en general 65%**

Sustrato anatómico. Ramos mediales del paquete vásculonervioso 3ª torácico dorsal.

TM 13 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la línea media posterior entre las apófisis espinosas de la 1ª y 2ª vértebra torácica.

Puntura. Oblicuamente hacia arriba recorriendo el espacio interapofisario, penetrando la aguja de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

**Alteraciones del
psiquismo en general 65%**

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de cuello 50%
Algias de espalda 50%

Sustrato anatómico. Ramos mediales del paquete vásculonerviosos dorsal 1ª torácico.

TM 14 (Dorso).

Situación. En la línea media posterior entre las apófisis espinosas de las vértebras 7ª cervical y 1ª torácica.

Puntura. Oblicamente hacia arriba, recorriendo el espacio interespinoso, penetrando la aguja de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Ramos mediales del paquete vasculonervioso 8º dorsal cervical.

TM 15 (Cuello. Posterior).

Situación. Se encuentra sobre la línea media posterior a 1 cm. por encima de la línea de implantación de los cabellos entre el tubérculo posterior del atlas y la apófisis espinosa del axis.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 1 a 4 cm., no debiendo rebasar ésta.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Filetes mediales de la rama dorsal del 2º nervio cervical (occipital mayor) y de la arteria occipital, superficialmente relacionado con ramos cutáneos de la rama dorsal del paquete vasculonervioso 3º cervical.

TM 16 (Cuello. Posterior).

Situación. Se encuentra en la línea media posterior, en el hueco existente por debajo de la protuberancia occipital externa, situándose a 2 cm. por encima de la línea de implantación de los cabellos.

Puntura. Con la cabeza ligeramente flexionada se introduce la aguja perpendicularmente en direc-

ción de la mandíbula penetrando de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de cuello 50%
Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. En profundidad, filete interno del nervio occipital interno y la arteria occipital; en superficie, se relaciona con ramos cutáneos dorsales de nervio cervical 3º.

TM 17 (Cabeza).

Situación. Se sitúa en la línea media cefálica a 3 cm. por encima del borde inferior de la protuberancia occipital externa.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio occipital mayor.

TM 18 (Cabeza).

Situación. En la línea media occipital a 6 cm. por encima del límite inferior de la protuberancia occipital externa.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria occipital y nervio occipital mayor.

TM 19 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la línea media cefálica a 3 cm. por detrás de la línea transversal que une los vértices de los pabellones auriculares.

Puntura. De igual forma que el punto TM 18.

Significación terapéutica.

Alteraciones del

psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria occipital y nervio occipital mayor.

TM 20 (Cabeza).

Situación. En el vértex cefálico, en la intersección de la línea media sagital con la línea transversal que une los vértices de los pabellones auriculares.

Puntura. Se introduce la aguja tangencialmente en cualquier dirección con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-

senos paranasales..... 65%

Afecciones del

intestino grueso..... 65%

**Alteraciones del
psiquismo en general 80%**

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria temporal superficial anastomosándose con la arteria occipital. Nervio auriculotemporal, nervio occipital mayor y ramos mastoideos posteriores del plexo cervical.

TM 23 (Cabeza).

Situación. En la línea media del cuero cabelludo, a 8 cm. por encima de la glabella.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

**Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 80%**

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria frontal interna y nervio frontal interno.

TM 27 (Cara).

Situación. Se encuentra en la extremidad inferior del filtrum, en la unión de la piel con la mucosa labial.

Puntura. Oblicua hacia arriba con una profundidad de 0,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

**Afecciones de boca-
algia dental 65%**

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso infraorbitario; superficialmente, arcada arterial de la coronaria labial superior y ramos bucales del nervio facial.

TM 28 (Cara).

Situación. En la encía maxilar a nivel del frenillo labial por encima de la separación de los dos incisivos.

Puntura. Oblicua hacia abajo con una profundidad de 0,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso esfenopalatino y nervio alveolar superior anterior.

13.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano energético trazado sobre un recorrido simbólicamente perfecto pero anatómicamente sin una clara significación, aunque, después de hacer su análisis funcional y terapéutico, se puede encontrar un interesante sentido.

Veremos en su momento como el meridiano complementario anterior del meridiano Tou Mo, el meridiano Jenn Mo, asienta sus puntos sobre una interesante arcada arterial que se establece entre la mamaria interna y la epigástrica caudal, arcada a la que van acudiendo segmentaria-

mente los vasos intercostales; esta rica arcada que permite comprender que los numerosos puntos situados sobre ella tengan una clara significación terapéutica sobre muchas vísceras representadas en la pared anterior del tronco por las evidentes áreas acupunturales representativas que el meridiano cruza.

Por detrás, el meridiano que nos ocupa, tiene un recorrido distinto, pero energéticamente tan interesante como el de arriba al situarse nada menos que sobre la médula, en buena parte del recorrido y llegando con las agujas hasta su ambiente.

Se trata de un meridiano del vigor y la fuerza psíquica y física, y la mayor parte de su influencia se debe a su actuación sobre elementos nerviosos mientras que el meridiano Jenn Mo, que cierra con él el círculo energético menor, con un recorrido anterior pero, en cierto modo similar, se basa en la estimulación de paquetes arteriales, fundamentalmente.

14. MERIDIANO VASO CONCEPCION (JENN MO)

14.a. Definición y características tradicionales.

Este meridiano extra-ordinario, curioso o vaso maravilloso recorre la línea media anterior del tronco,

cuello y cabeza, desde el borde anterior del ano al labio inferior.

El meridiano Jenn Mo es eminentemente energético, de naturaleza yin no sólo porque recorre la región anterior (interna o profunda en el feto flexionado) sino porque controla la energía sangre, y esta energía es yin (el Tou Mo controla la energía nerviosa yang). Es difícil este nuevo concepto de energía. Veamos.

Venimos diciendo que el binomio energía-sangre que tratan de influir o estimular las picaduras de los puntos de acupuntura, está representado para nosotros por el vaso y su envoltura neural; la energía de la sangre es la energía nutriente, material, combustionante, vehiculante, reforzadora y no digamos defensiva para no entrar en un concepto energético equivoco; la energía de la envoltura vegetativa es la energía-energía, inmaterial (utilizando un concepto anticuado pero conveniente), reguladora, dinamizante, vigilante y hasta responsable del buen uso de la primera. La sangre circula por los vasos con una rapidez, con un caudal, con una potencia que depende del control neural, próximo o lejano.

Pero, además de los nervios vegetativos, capaces de establecer este binomio con la sangre, están los nervios somáticos, que poco o nada tienen que ver con aquella sino, mucho más, con la energía contractil de los mús-

culos, con la sensibilidad de nuestros sistemas-antena, y, a su través, con nuestra vida de relación. Si la primera está mucho más cerca de la vida vegetativa de los órganos, la segunda más con nuestras palancas osteo-musculoarticulares que son los mecanismos de expresión del psiquismo en el diálogo con las circunstancias que nos rodean en nuestro mundo ambiental. Si contamos con estos nervios somáticos entonces el concepto de energía-sangre se queda para los vasos (ahora con su envoltura energética) y la energía-energía es atributo de aquellos.

En esta relación Jenn Mo - Tou Mo, sin la que no puede entenderse ninguno de los dos, el Jenn Mo es el meridiano de la energía yin, de la energía-sangre (vasos y su revestimiento neural), y su significación terapéutica está en íntima relación con las enfermedades orgánicas en los tres sectores de su recorrido corporal: en la parte inferior tiene que ver con enfermedades sexuales y trastornos de la concepción; en su tercio medio con trastornos digestivos; y en su tercio superior con problemas respiratorios y de corazón. Energéticamente, sin embargo, tiene que ver con la esterilidad, la procreación.

Por el contrario, el meridiano Tou Mo, es yang porque ocupa esa posición externa (aquí posterior) y

porque manda sobre la energía-energía que es yang por dinámica y activa en un sentido de relación muscular; es la energía propia de los nervios, en un concepto occidental y radicalizado pero que se basa en que la indicación terapéutica de sus puntos es, con pocas excepciones, la de la parálisis, la de la contractura, la del dolor corporal, es decir, aquella donde los nervios somáticos tienen papel preponderante. Energéticamente, por supuesto, esto no es del todo así pues aunque sus perturbaciones tienen mucho que ver con la columna vertebral como eje axial osteomuscular, también se relaciona con aturdimiento, vértigos y hasta fiebre así como con trastornos sistémicos de los aparato urinario y genital.

Si tuvieramos que concretar drásticamente la sintomatología de las perturbaciones de este meridiano extraordinario, tradicionalmente se le achaca dolor en los órganos genitales, con trastornos de la regla, dolor que asciende pareciendo que va a llegar al corazón.

Este meridiano presenta 24 puntos a largo de su recorrido; carece de puntos en las extremidades, de puntos Shu antiguos y de horario de máxima actividad. Su punto LLave es el P 7 y su punto de Asentimiento el V 16.

14.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Se puede centrar su origen en el calentador inferior (plexo hipogástrico), centrado en el riñón-órgano y órganos sexuales. Como es un meridiano de la línea media y nuestro cuerpo es simétrico, la única salida simbólicamente posible es junto al ano, en el periné, en el punto JM 1, situar su punto inicial.

Se continúa por la línea media de la pared anterior abdominotorácica: en la porción abdominal se encuentra los puntos de JM 2 al JM 15, sucesivamente y de abajo arriba; en la porción torácica se sitúan los puntos del JM 16 al JM 22, este último en el hueco supraesternal.

Desde el punto más alto torácico, se prolonga por la línea media anterior del cuello, situando el punto JM 23 en la región suprahióidea, y llega hasta la cara donde coloca su último punto, JM 24, en la mitad del mentón.

Aunque la trayectoria del meridiano justamente por la línea media anterior es puramente simbólica porque por ahí no hay ninguna estructura lineal que lo represente en profundidad, evidentemente sus agujas han de encontrar alguna en profundidad por el doble motivo de que no hay ningún rincón del cuerpo que no la tenga y porque no se explicarían sus efectos terapéuticos de otra manera.

Anatómicamente, ese trayecto lineal medio es casi

medio si consideramos dos recorridos aunque prácticamente adosados) está cubierto de arriba abajo, en el tronco, por la larga lazada vascular que representan la arteria mamaria interna, por el tórax, la arteria epigástrica caudal, por el abdomen, y sus profusas anastomosis en la zona intermedia.

A ese largo trayecto lineal confluyen segmentariamente a cada lado las ramas más ventrales de los paquetes segmentarios intercostales y lumbares; entre todos establecen una rica y estratégica malla con fáciles y frecuentes conexiones con la profundidad a través de estas últimas arterias, metaméricamente, y otros puntos de tránsito con la profundidad, por la arteria hipogástrica, quizás, por su punto de origen, por la iliaca externa via epigástrica caudal, y con la subclavia hacia la aorta, a través de la arteria mamaria interna.

Los nervios acompañantes son los finos filetes terminales de los nervios intercostales y de los abdominogenitales, aunque estos finísimos nervios no son objeto de la puntura ya que no hay ni un sólo efecto antiálgico en ellos, propios de la estimulación de los nervios somáticos.

La profundidad de las agujas en este recorrido es la propia de la estructura anatómica de la zona. Arriba, sobre el esternón, las agujas, para que hagan un mínimo

recorrido útil, han de introducirse oblicua o tangencialmente entre 1 y 2 cm., en cambio en cuanto se entra en abdomen y se tropieza con los planos adiposos del vientre, se pica perpendicularmente entre 2 a 4 cm. hasta los puntos yuxtapúbicos.

En el cuello, parece que se trata de estimular el ambiente de la arteria tiroidea superior y, más arriba, de la lingual y el nervio hipogloso, su acompañante en un corto trayecto. En la cara, la puntura ha de corresponder a finos paquetes vásculonerviosos faciales.

14.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

14.c.1. Zonas anatómica de tránsito y sus conexiones.

Este meridiano tiene en el orificio natural ano la zona de tránsito superficie-profundidad, o viceversa. Su propio propio JM 1 (situado en el borde anterior del ano) es el punto de tránsito.

14.c.2. Areas reflejas tradicionales.

En su recorrido abdominal forma parte de las siguientes áreas reflejas: vésico-uterina (JM 2), intestinal (JM 4, JM 5, JM 6 y JM 7) y gástrica (JM 10, JM 12 y JM 13). En el tórax, ayuda a dibujar la parte central del área refleja cardíaca con su punto JM 17.

En el cuello, transcurre por el área refleja de faringe-amígdala, dejando en ella su punto JM 23. Por último, en el territorio facial contribuye a la constitución del área refleja de boca-algia dental con el punto mentoniano JM 24.

14.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

En las descripciones tradicionales no existe mencionadas ninguna unión o ramas que puedan considerarse como conexiones de referencia terapéutica.

14.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

Como meridiano extra-ordinario que es, no posee conexiones de acoplamiento energético, estas sólo existentes en las extremidades.

Aunque no se encuentra incluido en el círculo energético de los meridianos principales, forma un circuito energético con el meridiano posterior y medio de Tou Mo, circulación menor. Por ello, se precisa la conexión de los respectivos punto finales e iniciales: JM 24 con el TM 27, y JM 1 con el TM 1.

14.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

14.d.1. Áreas acupunturales representativas.

El trayecto del meridiano cruza las abundantes áreas

acupunturales representativas y segmentarias viscerales que se sitúan en la cara anterior del tronco y también el área psíquica en cinturón en la parte media, de donde se deducen sus influencias terapéuticas.

Dejando aparte la alta significación de los puntos JM 14 y JM 15 en el tratamiento de los trastornos psíquicos, de abajo arriba, se suceden influencias terapéuticas de mediano y alta significación, sobre ano, vejiga, uretra y útero, intestino delgado, intestino grueso y estómago, aparato cardiocirculatorio y broncopulmonar, faringe-amígdala, laringe y tráquea. Más arriba los puntos cervicales y, casi cefálico el último, tiene ya que ver con algias de boca y dientes y faciales. Como en todos los meridianos anteriores hemos esquematizado el conjunto de áreas atravesadas por este meridiano en una tabla (Tabla 41).

14.d.2. Puntos significativos.

JM 1 (Periné).

Situación. Se encuentra en el núcleo fibroso central del periné, entre el escroto, o la comisura de los labios mayores, y el borde anterior del ano.

Puntura. Perpendicularmente siguiendo la dirección de la cavidad anal, penetrando la aguja una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso 65%

Afecciones del ano 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervios perineales profundos y superficiales.

JM 2 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media anterior sobre el borde anterior de la sínfisis pubiana.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de		
vejiga-uretra	.....	65%
Afecciones de útero	.....	65%

Sustrato anatómico. Arco subpúbico de la arteria epigástrica caudal, y en superficie, ramos cutáneos ventrales del nervio abd ominogenital mayor y arteria pudenda externa.

JM 4 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media anterior a 6 cm. por debajo del ombligo.

Puntura. Oblicua hacia abajo con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del		
intestino grueso	.....	65%
Afecciones de		
vejiga-uretra	.....	65%
Afecciones de útero	.....	65%

Sustrato anatómico. Ramos internos de la arteria epigástrica caudal, y en superficie, ramos del nervio abdominogenital y de la arteria epigástrica superficial.

JM 5 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media abdominal a 4 cm. por debajo del ombligo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso 65%

Situación anatómico. Ramos internos de la arteria epigástrica caudal, y en superficie, ramos cutáneos ventrales del 11º paquete intercostal.

JM 6 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media abdominal a 3 cm. por debajo del ombligo.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 2 a 3 cm., o bien oblicuamente hacia abajo con 4 a 6 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino delgado..... 65%

Afecciones del
intestino grueso 65%

Afecciones del
psiquismo en general 80%

Sustrato anatómico. Ramos internos de la arteria epigástrica caudal, y en superficie, ramos cutáneos ventrales del 11º paquete vasculonervioso intercostal.

JM 8 (Abdomen).

Situación. En la mitad del ombligo.

Puntura. No se puntura, se da calor.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso 80%

Sustrato anatómico. Circulo vasculonerviso periumbilical.

JM 9 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media anterior a 2 cm. por encima del ombligo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino delgado..... 65%

Afecciones del
intestino grueso 65%

Sustrato anatómico. Ramos internos de la anastomosis arterial de la mamaria interna con la epigástrica caudal, y superficialmente, ramos cutáneos ventrales del 10º paquete intercostal.

JM 10 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media abdominal, a 4 cm. por encima del ombligo.

Puntura. De igual forma que el punto JM 9.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 80%

Sustrato anatómico. Ramos internos de la porción abdominal de la arteria mamaria interna, superficialmente, ramos cutáneos ventrales del 9º paquete intercostal.

JM 12 (Abdomen).

Situación. Se coloca en la línea media a 8 cm. por encima del ombligo.

Puntura. De igual forma que el punto JM 9.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas	80%
Afecciones del intestino grueso	65%

Sustrato anatómico. Ramas internas de la pro-
ción abdominal de la arteria mamaria interna, y
superficialmente rama cutánea ventral del 8º paquete
intercostal.

JM 13 (Abdomen).

Situación. Se encuentra situado en la línea
media abdominal, a 10 cm. por encima del ombligo.

Puntura. De igual forma que el punto JM 9.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas	65%
Afecciones del intestino delgado.....	65%

Sustrato anatómico. Ramas internas de la por-
ción abdominal de la arteria mamaria interna; super-
ficialmente, ramo cutáneo ventral del 7º paquete
intercostal.

JM 14 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea media ante-
rior, a 12 cm. por encima del ombligo.

Puntura. Oblicua hacia abajo con una profundi-
dad de 2 a 3 cm., o bien perpendicularmente de 3 a 4
cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas	65%
Afecciones cardio- circulatorias	80%

Alteraciones del

psiquismo en general	65%
----------------------------	-----

Sustrato anatómico. Ramos internos de la porción abdominal de la arteria mamaria interna, relacionándose en superficie con ramo ventral del 6º paquete intercostal.

JM 15 (Abdomen).

Situación. Se sitúa en la línea media anterior a nivel de la apófisis xifoides y a 14 cm. por encima del ombligo.

Puntura. Oblicua hacia abajo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio- circulatorias	80%
---	-----

Alteraciones del

psiquismo en general	80%
----------------------------	-----

Sustrato anatómico. Ramos internos de la porción abdominal de la arteria mamaria interna, y en superficie se relaciona con ramo cutáneo ventral del 5º paquete intercostal, y de la arteria mamaria interna.

JM 16 (Tórax).

Situación. Sobre la línea media anterior a nivel de la sincondrosis xifoesternal.

Puntura. Perpendicular, con una profundidad de 0,5 a 1 cm., o bien oblicuamente hacia el espacio intercostal con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 65%

Sustrato anatómico. Ramo cutáneo ventral del 1º nervio intercostal y rama interna de la arteria mamaria interna.

JM 19 (Tórax).

Situación. En la línea media anterior del cuarto superior del cuerpo del esternón, a nivel del 2º espacio intercostal.

Puntura. Oblicua con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 80%

Sustrato anatómico. Ramos ventrales del 2º nervio intercostal y ramos vasculares internos de la arteria mamaria interna.

JM 20 (Tórax).

Situación. Se encuentra en la línea media anterior a nivel de la articulación manubrio esternal, en la extremidad inferior del 1er. espacio intercostal.

Puntura. Oblicua hacia abajo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 80%

Sustrato anatómico. Ramos cutáneos ventrales de los nervios intercostales 1º y 2º, y ramos vasculares internos de la arteria mamaria interna.

JM 21 (Tórax).

Situación. Se encuentra en la línea media anterior, a 2 cm por debajo de la escotadura del manubrio esternal, colocándose en el centro del mismo.

Puntura. Se introduce tangencialmente hacia abajo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe- amígdala	65%
------------------------------------	-------	-----

Sustrato anatómico. Ramos cutáneos ventrales del nervio intercostal 1^o y ramos ventrales internos de la arteria mamaria interna.

JM 22 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se encuentra situado en el hueco existente en la línea media anterior, a 1 cm. por encima de la horquilla esternal.

Puntura. Se puede introducir bien perpendicularmente con una profundidad de 0,5 cm., o bien oblicuamente siguiendo la cara posterior del esternón penetrando la aguja de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe- amígdala	.....	65%
Afecciones de laringe- tráquea	.....	65%

Sustrato anatómico. En la puntura perpendicular, sistema nervioso yugular anterior, la arteria tiroidea media de Neuber (cuando existe) y la rama tiroidea inferior. En la puntura oblicua, arteria tiroidea inferior y arteria tímicas así como ramos terminales mediales de la arteria mamaria interna. En superficie, nervio supraclavicular ventral.

JM 23 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Con la cabeza extendida, se encuentra en la línea media anterior equidistante del borde inferior de la mandíbula y el vértice del cartilago tiroides.

Puntura. Oblicua con dirección a la base de la lengua.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-		
algia dental	.....	65%
Afecciones de faringe-		
amigdala	.....	65%
Afecciones bronco-		
pulmonares	.....	65%

Sustrato anatómico. Arteria sublingual y nervio hipogloso, y se relaciona superficialmente con filletes terminales de la rama cervical transversa del plexo cervical, y ramas cutáneas de la arteria tiroidea craneal.

JM 24 (Cara).

Situación. Se sitúa en el punto medio del surco mentolabial.

Puntura. Perpendicular u oblicuamente hacia arriba, en ambos casos con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-		
algia de labial	.....	65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello	50%
------------------	-------	-----

Sustrato anatómico. En la puntura hacia arriba, vasos coronarios inferiores y ramos labiales del nervio facial. Perpendicularmente, ramo mentoniano del nervio facial y rama transversa del plexo cervical superficial, y en profundidad el nervio mentoniano, rama tercera del nervio trigémino, y arteria

mentoniana, rama de la arteria maxilar.

14.e. Resumen del meridiano.

El meridiano Jenn Mo es un meridiano significativamente energético que forma parte del sistema de enlaces que establecen los meridianos extra-ordinarios. Es un meridiano medioventral que forma con el Tou Mo, medio-dorsal, un círculo energético menor, distinto del círculo energético que incluye todos los meridianos principales. Se llama también Vaso de Concepción por su influencia en el desarrollo de esta función generatriz.

Es altamente influyente en los trastornos viscerales, interviniendo en todos los sistemas conforme se va situando por encima de sus componentes profundos. Es también un meridiano psíquico.

TABLAS 21 A 41.
MERIDIANO Y AREAS REPRESENTATIVAS.

MERIDIANO PULMON

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	FARINGE	DEDOS P 11	
		ANTEBRAZO P 8	
	OJO	MUÑECA P 9	
ALGICAS	MANO	DEDOS P 11	
	MUÑECA	MUÑECA P 9	
	CODO	ANTEBRAZO	P 6
		CODO	P 5
	BRAZO	TORAX	P 2
	HOMBRO		P 2 - P1
	CABEZA	ANTEBRAZO	P 7
FACIAL			
PSIQUICAS	ANTEBRAZO	P 7	

TABLA 21.
Areas acupunturales representativas viscerales, psicicas y algicas
atravesadas por el meridiano Pulmón.

MERIDIANO INTESTINO GRUESO

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONA ANATOMICA	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	BOCA	DEDOS	IG 1 - IG 2
		MANO	IG 3 - IG 4
		ANTEBRAZO	IG 6 - IG 7
		CODO	IG 10
	FARINGE	DEDOS	IG 2
		MANO	IG 3 - IG 4
		ANTEBRAZO	IG 6 - IG 7
		CODO	IG 11
		CUELLO	IG 17
	LARINGE	DEDOS	IG 2
		MANO	IG 4
		CODO	IG 11
	NARIZ	MANO	IG 4
		CARA	IG 19 - IG 20
	OIDO	DEDOS	IG 1
		MANO	IG 4
		MUÑECA	IG 5
		ANTEBRAZO	IG 6
	OJO	MANO	IG 3 - IG 4
		MUÑECA	IG 5
ANTEBRAZO		IG 6	
PSIQUISMO	MANO	IG 4	

TABLA 22.
 Areas acupunturales representativas viscerales y psicicas
 atravesadas por el meridiano Intestino Grueso.

MERIDIANO INTESTINO GRUESO

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

	AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
A L G I C A S	MUÑECA	MUÑECA	IG 5
	CODO	CODO	IG 11-IG 12
	BRAZO	CODO	IG 10-IG 11 - IG 12
		HOMBRO	IG 15
		DORSO	IG 16
	HOMBRO	DEDOS	IG 2
		MANO	IG 3
		CODO	IG 10 - IG 12
		HOMBRO	IG 14 - IG 15
		DORSO	IG 16
	ESPALDA	CODO	IG 10 - IG 11
	CUELLO	HOMBRO	IG 14
	CABEZA	MANO	IG 4
		MUÑECA	IG 5

TABLA 23.

**Areas acupunturales representativas algicas.
atravesadas por el meridiano Intestino Grueso**

MERIDIANO ESTOMAGO

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
V I S C E R A L E S	BOCA	DEDOS E 45
		PIE E 44 - E 42
		PIERNA E 36
		CARA E 7
	BRONQUIOS	PIERNA E 40
		TORAX E 16 - E 14
	INTESTINO GRUESO	PIERNA E 37 - E 36
		ABDOMEN E 25
	INTESTINO DELGADO	PIERNA E 36
		ABDOMEN E 25
	ESTOMAGO	PIERNA E 36
		ABDOMEN E 25 - E 24 - E 23 - E 21 - E 19
	OJO	PIERNA E 36
	CARA E 2 - E 1	
	CABEZA E 8	
TESTICULO	ABDOMEN	E 30 - E 29
OVARIO		E 29
MAMA	TORAX	E 18 - E 16
FARINGE	CUELLO	E 11 - E 10 - E 9

TABLA 24.
Areas acupunturales representativas viscerales
atravesadas por el meridiano Estómago.

MERIDIANO ESTOMAGO

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
PSIQUISMO	DEDOS	E 45	
	PIE	E 42	
	TOBILLO	E 41	
	PIERNA	E 40 - E 36	
	ABDOMEN	E 24 - E 23	
ALGICAS	PIE	E 42	
		E 41	
	RODILLA	E 36	
		E 35 - E 34 - E 33	
	MUSLO	MUSLO	E 31
	LUMBAR	ABDOMEN	E 30
	ESPALDA		E 19
	TRONCO		E 11
	CUELLO	CUELLO	E 11
	FACIAL	CARA	E 7 - E 6 - E 5 - E 4 - E 3 - E 2
		CABEZA	E 8
	CABEZA	TOBILLO	E 41
		PIERNA	E 40

TABLA 25.
 Areas acupunturales representativas psicicas y algicas
 atravesadas por el meridiano Estomago.

MERIDIANO BAZO

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS		ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
VISCERALES	INTESTINO GRUESO	DEDOS	B 1
		PIE	B 3 - B 4
		TOBILLO	B 5
		PIERNA	B 6
		RODILLA	B 9
		ABDOMEN	B 14 - B 15
	ESTOMAGO	PIE	B 4
	ANO	TOBILLO	B 5
MAMA	TORAX	B 18	
PSIQUISMO		PIE	B 4
		PIERNA	B 6
ALGICAS	RODILLA	RODILLA	B 9
	LUMBAR	PIE	B 2
	ESPALDA	PIE	B 2
		RODILLA	B 9

TABLA 26.
Areas acupunturales representativas viscerales, psíquicas y algicas
atravesadas por el meridiano Bazo.

MERIDIANO CORAZON

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS		ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
VISCERALES	CORAZON	DEDOS	C 9
		MUÑECA	C 7
	FARINGE	MUÑECA	C 7
		ANTEBRAZO	C 5
PSIQUISMO		DEDOS	C 9
		MUÑECA	C 7 - C 6
		ANTEBRAZO	C 5 - C 4
		CODO	C 3
ALGICAS	HOMBRO	AXILA	C 1
	TRONCO		

TABLA 27.
Areas acupunturales representativas viscerales, psicicas y algicas
atravesadas por el meridiano Corazón.

MERIDIANO INTESTINO DELGADO

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	FARINGE	DEDOS	ID 1
		CUELLO	ID 15
	MAMA	DEDOS	ID 1
	NARIZ	DEDOS	ID 2
	OIDO	DEDOS	ID 2
		MANO	ID 3 - ID 4
		MUÑECA	ID 5
		CODDO	ID 8
		CUELLO	ID 16 - ID 17
	OJO	CARA	ID 19
		MANO	ID 3 - ID 4
PSIQUISMO	MUÑECA	ID 6	
	MANO	ID 3	
	MUÑECA	ID 5	
	ANTEBRAZO	ID 7	
	CODDO	ID 8	

TABLA 28.
Áreas acupunturales representativas viscerales y psíquicas
atravesadas por el meridiano Intestino Delgado.

MERIDIANO INTESTINO DELGADO

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS		ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
S	MANO	MANO	ID 4
	MUÑECA		
A	BRAZO	DEDOS	ID 2
		ANTEBRAZO	ID 7
		CODDO	ID 8
		HOMBRO	ID 9 - ID 10
C	HOMBRO	MUÑECA	ID 6
		HOMBRO	ID 9 - ID 10
		DORSO	ID 11 - ID 12 - ID 13 - ID 14
		CUELLO	ID 15
I	ESPALDA	MANO	ID 3
	C	MANO	ID 3
ANTEBRAZO		ID 7	
CODDO		ID 8	
DORSO		ID 15 - ID 13	
CUELLO		ID 16 - ID 17	
J	FACIAL	CARA	ID 18
	A	DEDOS	ID 1
		MANO	ID 4

TABLA 29.

Areas acupunturales representativas álgicas
atravesadas por el meridiano Intestino Delgado.

MERIDIANO VEJIGA

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
S E L A R E C E S I V	OJO	DEDOS	V 67
		DORSO	V 18
		CABEZA	V 9 - V 8 - V 5
		CARA	V 2 - V 1
	OIDO	PIE	V 65
		CABEZA	V 8
	CORAZON	PIE	V 64
		DORSO	V 17 - V 15 - V 14
	INTESTINO GUESO	PIERNA	V 58 - V 57 - V 56
		RODILLA	V 54
		MUSLO	V 50
		CADERA	V 35 - V 49 - V 30 - V 27
DORSO		V 25 - V 24 - V 23	
ANO	PIERNA	V 58 - V 57 - V 56	
	RODILLA	V 54	
	MUSLO	V 50	
	CADERA	V 35 - V 49	
	DORSO	V 24	
UTERO	CADERA	V 30	
VEJIGA		V 28	
RIÑON	DORSO	V 23	
ESTOMAGO		V 22 - V 21 - V 20 - V 18 - V 17	
INTESTINO DELGADO		V 21	
HIGADO		V 43 - V 19 - V 18	
PULMON		V 13 - V 12 - V 11	
NARIZ		CABEZA	V 7 - V 6 - V 4 - V 3

TABLA 30.
Areas acupunturales representativas viscerales
atravesadas por el meridiano Vejiga.

MERIDIANO VEJIGA

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS		
PSIQUISMO	PIE	V 64 - V 63		
	TOBILLO	V 62		
	DORSO	V 15		
	CUELLO	V 10		
	CABEZA	V 8 - V 5		
S A C I G L A	PIE	TOBILLO	V 61 - V 60	
	TOBILLO	TOBILLO	V 60	
	CADERA	RODILLA	V 54	
		CADERA	V 28	
	LUMBAR	PIE	V 65 - V 64	
		TOBILLO	V 62 - V 60	
		PIERNA	V 59 - V 58	
		RODILLA	V 55 - V 54	
		MUSLO	V 51	
		CADERA	V 49 - V 34 - V 33 - V 28 - V 31	
	ESPALDA	DORSO	V 26 - V 25 - V 24 - V 23 - V 39 - V 13	
		DEDOS	DEDOS	V 67
			PIE	V 65 - V 64
TOBILLO		V 62 - V 60		
PIERNA		V 59 - V 58 - V 56		
RODILLA		V 55 - V 54		
MUSLO		V 51 - V 50		
CADERA		V 49 - V 34 - V 33 - V 28 - V 31		
DORSO	V 26 - V 25 - V 24 - V 47 - V 23 - V 22 - V 40 - V 39 - V 13 - V 36			
HOMBRO	DORSO	V 36		
CUELLO	PIE	V 65		
	DORSO	V 36		
	CUELLO	V 10		
CABEZA	DEDOS	V 67		
	PIE	V 65 - V 64		
	TOBILLO	V 62 - V 60		
	DORSO	V 17		
	CABEZA	V 9 - V 6 - V 5 - V 4 - V 3		
	CARA	V 2		

TABLA 31.
 Areas acupunturales representativas psicicas y algicas
 atravesadas por el meridiano Vejiga.

MERIDIANO RIÑÓN

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	FARINGE	PIE	R 1 - R 2
		TOBILLO	R 6
	CORAZON	PIE	R 1
	UTERO	PIE	R 2
		TOBILLO	R 5
	RIÑON	TOBILLO	R 3
	LARINGE	TOBILLO	R 6
	INTESTINO GRUESO	PIERNA	R 7 - R 8
		ABDOMEN	R 15 - R 16 - R 18
	ESTOMAGO	ABDOMEN	R 16 - R 17
PULMON	TORAX	R 26	
PSIQUISMO	PIE	R 1	
	TOBILLO	R 4 - R 6	
	PIERNA	R 9	
ALGICAS	PIERNA	PIERNA	R 9
	LUMBAR		R 7
	ESPALDA		
	TRONCO	TORAX	R 24
	CABEZA	PIE	R 1

TABLA 32.
Áreas acupunturales representativas viscerales, psíquicas y algicas
atravesadas por el meridiano Riñón.

MERIDIANO MAESTRO CORAZON

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS		ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
VISCERALES	CORAZON	DEDOS	MC 9
		MUÑECA	MC 7
		ANTEBRAZO	MC 6 - MC 5 - MC 4
		CODO	MC 3
		BRAZO	MC 2
	ESTOMAGO	MUÑECA	MC 7
		ANTEBRAZO	MC 6
PULMON	CODO	MC 3	
PSIQUISMO		MANO	MC 8
		MUÑECA	MC 7
		ANTEBRAZO	MC 6 - MC 5 - MC 4
		CODO	MC 3
ALGICAS	MANO	MUÑECA	MC 7
	MUÑECA		
	CODO	ANTEBRAZO	MC 6
		CODO	MC 3
	BRAZO	CODO	MC 3

TABLA 33.

**Areas acupunturales representativas viscerales, algicas y psicicas
atravesadas por el meridiano Maestro Corazón.**

MERIDIANO TRIPLE RECALENTADOR

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	FARINGE	DEDOS	TR 1
		MANO	TR 3
		CODO	TR 10
	ODO	MANO	TR 3
		ANTEBRAZO	TR 5 - TR 7 - TR 9
		CODO	TR 10
		CUELLO	TR 15 - TR 17 - TR 18
		CABEZA	TR 19
	OJO	CARA	TR 21 - TR 22
		ANTEBRAZO	TR 5
	BOCA	CARA	TR 23
		ANTEBRAZO	TR 9
		CABEZA	TR 20
PSIQUISMO	CODO	TR 10	

TABLA 34.

Areas acupunturales representativas viscerales y psicicas
atravesadas por el meridiano Triple Recalentador.

MERIDIANO TRIPLE RECALENTADOR

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
S A C I G L A	MANO	MANO	TR 3
		MUÑECA	TR 4
		ANTEBRAZO	TR 5
	ANTEBRAZO	ANTEBRAZO	TR 9
	CODO	CODO	TR 10
		ANTEBRAZO	TR 5
	HOMBRO	MANO	TR 3
		BRAZO	TR 11
		HOMBRO	TR 13 - TR 14
	ESPALDA	MANO	TR 3
CODO		TR 10	
CUELLO	CODO	TR 10	
	BRAZO	TR 12	
	HOMBRO	TR 13	
	DORSO	TR 15	
	CUELLO	TR 16	
FACIAL	CUELLO	TR 17	
	CARA	TR 22 - TR 23	
CABEZA	DEDOS	TR 1 - TR 2	
	MANO	TR 3	
	ANTEBRAZO	TR 5	
	BRAZO	TR 12	
	CARA	TR 22 - TR 23	

TABLA 35.

Areas acupunturales representativas álgicas
atravesadas por el meridiano Triple Recalentador.

MERIDIANO VESICULA BILIAR

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS		ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
VISCERALES	OJO	DEDOS	VB 44
		TOBILLO	VB 40
		PIERNA	VB 37
		CUELLO	VB 20
		CABEZA	VB 16 - VB 14
		CARA	VB 1
	OIDO	PIE	VB 43
		CUELLO	VB 20
		CABEZA	VB 10 - VB 4
		CARA	VB 3 - VB 2
	MAMA	PIE	VB 42 - VB 41
	VESICULA BILIAR	RODILLA	VB 34
	BOCA	CUELLO	VB 12
		CABEZA	VB 17
		CARA	VB 2
PSIQUISMO	TORAX	VB 24	
	CABEZA	VB 9	

TABLA 36.

Areas acupunturales representativas viscerales y psíquicas
atravesadas por el meridiano Vesícula Biliar.

MERIDIANO VESICULA BILIAR

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
S A C I C O L A	PIE	PIE	VB 43 - VB 41
	PIERNA	TOBILLO	VB 40
		PIERNA	VB 37
	RODILLA	PIERNA	VB 38
		CADERA	VB 30
	CADERA	CADERA	VB 30
		DORSO	VB 25
	LUMBAR	PIERNA	VB 38
		RODILLA	VB 34
		CADERA	VB 30
		DORSO	VB 25
	TRONCO	PIE	VB 43
	ESPALDA	PIERNA	VB 38
		RODILLA	VB 34
		CADERA	VB 30
		DORSO	VB 25
	CUELLO	PIERNA	VB 39
		DORSO	VB 21
		CUELLO	VB 20
		CABEZA	VB 19 - VB 13
FACIAL	CARA	VB 3 - VB 2	
CABEZA	CUELLO	VB 20	
	CABEZA	VB 19 - VB 17 - VB 14 - VB 8 - VB 7 - VB 6 - VB 5 - VB 4	

TABLA 37.

Areas acupunturales representativas álgicas
atravesadas por el meridiano Vesícula Biliar.

MERIDIANO HIGADO

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	UTERO	DEDOS	H 1
		RODILLA	H 8
	TESTICULOS	DEDOS	H 1
	OJO	PIE	H 2
	INTESTINO GRUESO		H 7
	HIGADO		H 8
	VAGINA	RODILLA	H 14
	PULMON	TORAX	
PSIQUISMO		PIE	H 2
ALGICAS	PIE	PIE	H 2
	RODILLA	RODILLA	H 7 - H 8
	MUSLO	RODILLA	H 8
	LUMBAR	PIE	H 2 - H 3
		MUSLO	H 9
	TRONCO	ABDOMEN	H 13
	ESPALDA	PIE	H 2 - H 3
		MUSLO	H 9

TABLA 38.
Areas acupunturales representativas viscerales, psicicas y algicas
atravesadas por el meridiano Hgado.

MERIDIANO TOU MO

(1)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS	
VISCERALES	INTESTINO GRUESO	PERINE	TM 1
		CADERA	TM 2
		DORSO	TM 4 - TM 5 - TM 6
		CABEZA	TM 20
	ANO	PERINE	TM 1
		CADERA	TM 2
		DORSO	TM 6
	VEJIGA	PERINE	TM 1
	PULMON	DORSO	TM 12
	NARIZ	CABEZA	TM 20 - TM 23
		CARA	TM 27 - TM 28
	BOCA	CARA	TM 27
	PSIQUISMO	DORSO	TM 6-TM 8-TM 11-TM12-TM 13-TM 14
CUELLO		TM 16	
CABEZA		TM 18 - TM 19 - TM 20	

TABLA 39.

Areas acupunturales representativas viscerales y psíquicas
atravesadas por el meridiano Tou Mo.

MERIDIANO TOU MO

(2)

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVOS		ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
S A C I C O L A A	RODILLA	DORSO	TM 3
	LUMBAR	CADERA	TM 2
		DORSO	TM 3 - TM 4 - TM 5 - TM 7
	ESPALDA	PERINE	TM 1
		CADERA	TM 2
		DORSO	TM 3 - TM 4 - TM 5 - TM 7 - TM 8 - TM 13
	CUELLO	DORSO	TM 13
		CUELLO	TM 15 - TM 16
		CABEZA	TM 18
	CABEZA	CUELLO	TM 16
		CABEZA	TM 17 - TM 18 - TM 19 - TM 20 - TM 23

TABLA 40.

Areas acupunturales representativas algicas
atravesadas por el meridiano Tou Mo.

MERIDIANO JENN MO

AREAS REPRESENTATIVAS

AREAS REPRESENTATIVAS	ZONAS ANATOMICAS	PUNTOS SIGNIFICATIVOS
VISCERALES	ANO	PERINE JM 1
	VEJIGA	ABDOMEN JM 2 - JM 4
	UTEKO	
	INTESTINO GRUESO	PERINE JM 1
		ABDOMEN JM 4 - JM 5 - JM 6 - JM 8 - JM 9 - JM 12
	INTESTINO DELGADO	ABDOMEN JM 6 - JM 9 - JM 13
	ESTOMAGO	ABDOMEN JM 10 - JM 12 - JM 13 - JM 14
	CORAZON	ABDOMEN JM 14 - JM 15
	PULMON	TORAX JM 16 - JM 19
		CUELLO JM 23
	FARINGE	TORAX JM 20 - JM 21
		CUELLO JM 22 - JM 23
	LARINGE	CUELLO JM 22
BOCA	CUELLO JM 23	
	CARA JM 24	
PSIQUISMO	ABDOMEN JM 6 - JM 14 - JM 15	
ALG	CUELLO CARA JM 24	

TABLA 41.
Areas acupunturales representativas viscerales, psicicas y algicas
atravesadas por el meridiano Jenn Mo.

C O N C L U S I O N E S .

1ª. De los conceptos básicos de la anatomía acupuntural, solamente los puntos tienen una realidad física evidenciable. En cambio, los meridianos son únicamente una forma didáctica de presentar el inmerso conjunto de puntos, con el fin de hacer más significativa la utilización de todo este sistema de enclaves acupunturales.

2ª. Un análisis estadístico de la utilización terapéutica de los diversos puntos acupunturales nos ha permitido definir los puntos significativos (con un nivel de aceptación de 0,50 para los puntos algicos-articulares y de 0,65 para los puntos viscerales y de las algias faciales y cefálicas), y agruparlos en diferentes áreas acupunturales representativas de diversos órganos, funciones o regiones anatómicas, modificación de las áreas acupunturales definidas en anteriores trabajos del Instituto F. Olóriz (Sánchez-Montesinos, 1985; Suarez Aleman, 1986). Estas áreas las hemos agrupado en tres grandes grupos, áreas representativas de afecciones algicas, representativas de afecciones viscerales y representativas del psiquismo en general.

3°. La distribución metamérica de las áreas acupunturales representativas de afecciones algicas se explica por una acción predominante sobre el sistema nervioso somático periférico. Para las áreas acupunturales representativas de afecciones orgánicas, solamente la acción sobre un sistema nervioso vegetativo periférico explicaría la distribución de estas áreas en los miembros y en la cabeza, de fundamento semejante a la metameria del tronco; su acción se efectuaría a través de las ricas redes periarteriales. Por último, la acción de los puntos psíquicos precisa de un sistema de influencia general del sistema nervioso vegetativo. La distribución de las áreas viscerales y psíquicas llama la atención sobre la riqueza de este sistema vegetativo periférico en las zonas distales de la superficie corporal, lo que hace pensar en una relación psicósomática especial de gran interés fisiológico y clínico.

4°. Los meridianos surgen inicialmente de una ordenación longitudinal y topográfica de los puntos acupunturales dibujados sobre la superficie corporal. Los diversos componentes existentes en los meridianos tradicionales se deben de comprender como una diferente forma de definir un único trayecto, compuesto por un recorrido superficial y un recorrido profundo.

5ª. Al ver en la sección transversal de las extremidades el signo del Tao, comprenderemos el nombre tradicional de los meridianos, sus distintas asociaciones (meridianos acoplados, los seis grandes meridianos y las tres cuplas) y la posición de los meridianos en el círculo energético. Todo ello a partir de la distribución de los puntos de los diferentes meridianos en aquellas. La ausencia de puntos propios en las extremidades de los meridianos medios Tou Mo y Jenn Mo, los hace extra-ordinarios.

6ª. Con el objeto de explicar la acción terapéutica de los diversos puntos comprendidos en los diferentes meridianos, nacen los conceptos de: zona anatómica de tránsito superficie-profundidad, recorridos profundos, áreas reflejas acupunturales de funciones o regiones anatómica, conexiones de tránsito y de referencia terapéutica. Todos estos conceptos son definidos de acuerdo a una pura y simple, aunque atenta y minuciosa, observación corporal, y en consonancia con las ideas filosóficas reinantes en el momento del nacimiento de esta técnica médica; de esa observación se deducen las conexiones clínicas, mientras que de la segunda, lo hacen las conexiones tradicionales energéticas. Con los anteriores conceptos se explica la aparente inexplicable inclusión de los puntos no propios en la descripción tradicional de los diferentes meridianos.

7. Las zonas anatómicas de tránsito se encuentran situadas, con una lógica aplastante, en la base de los apéndices corporales (las extremidades y el cuello), en huecos u orificios próximos a la cavidad central abdómino-torácica (hueco supraclavicular, axilar, inguinal y ano); su asignación a los diferentes meridianos está de acuerdo con la distribución de sus puntos en los miembros. Los recorridos profundos de los diferentes meridianos explican las funciones corporales influenciadas por sus puntos, ordenadas según la topografía de sus manifestaciones reflejas superficiales. Las áreas reflejas acupunturales o tradicionales son el dibujo superficial de los diversos órganos o funciones internas y están compuestas por los puntos existentes en dichas zonas. Las conexiones de tránsito y de referencia terapéutica se precisan cuando los meridianos no transcurren, respectivamente, por las zonas anatómicas de tránsito y las áreas reflejas que interesan, sirviéndoles de unión a ella. Por último, las conexiones clínicas dan explicación a una serie de fenómenos secundarios surgidos con la práctica de la técnica; las conexiones tradicionales energéticas son precisas para amoldar la técnica acupuntural a las ideas filosóficas reinantes en el ambiente oriental.

8a. Respetuosos con esta milenaria técnica, debemos conservar conceptos y creencias tradicionales, compaginarlas y comprenderlas bajo la luz de los nuevos hechos, como hemos realizado en el último apartado "Visión global de los meridianos", siempre entendiendo que la base fundamental de los meridianos se encuentran en sus puntos constituyentes y en la acción terapéutica de los mismos.

9a. Entendemos el recorrido de los meridianos como único, en parte superficial (formado por sus puntos propios) y en parte profundo (conjunto de funciones orgánicas influenciadas por sus puntos constituyentes y con el eje director del sistema nervioso vegetativo periarterial). Sistematizamos una serie de conceptos, que presentados de forma ambigua y desordenada en las descripciones tradicionales (zona anatómica de tránsito superficie-profundidad, áreas reflejas acupunturales, conexiones de tránsito, de referencia terapéutica y clínica), dan explicación a fenómenos observados en el individuo normal o patológico, en la práctica de la técnica y a la acción terapéutica de los diversos puntos. Igualmente, presentamos una forma didáctica de comprender el meridiano como un trayecto lineal que transcurre a través de un determinado conjunto de áreas acupunturales representativas, quedando explicada la acción terapéutica de cada uno de sus puntos significativos.

B I B L I O G R A F I A .

ABBATE, D. et al. (1980). β -endorphin and electroacupuncture. Lancet, 2, 1309.

ABRAMS, G.M. et al. (1982). Neuropeptides and their role in pain and analgesia. Acupunct. Electrother. Res., 7, 105-121.

AKIL, H.; RICHARSON, D.E.; BARCHAS, J.D. (1978). Enkephalin-like material elevated in ventricular cerebrospinal fluid of pain patients after analgetic focal stimulation. Science, 201, 463-465.

ALVAREZ-SIMO, E. (1973). Tratado de acupuntura. 1^a ed., Paris, Ed. Maisonneuve. 622 págs.

AMENTA, F. et al. (1983). The autonomic innervation of the vasa nervorum. J. Neurol. transm., 58, 291-297.

ANDREW, A. (1970). The origin of intramural. III. The "vagal" source of enteric ganglio cells. J. Anat., 107, 327-336.

ANDREW, A. (1971). The origin of intramural ganglia. IV. The origin of enteric ganglia: a critical review and discussion of the present state of the problem. J. Anat., 108, 169-184.

BALLUS PASCUAL, C. (1982). Transtornos psicofisiológicos. En: Rozman, C. Medicina Interna. Barcelona, Ed. Marín S.A., vol.II, pp. 258-259.

BARCIA SALORIO, D. (1982). Medicina psicósomática y medicina antropológica. En: López-Ibor Aliño, J.J.; Barcia Salorio, D.; Ruiz Ogara, C.. Psiquiatría. Barcelona, Ed. Toray S.A., vol. II, pp. 1202-1223.

BARTOCCI, C. et al. (1981). Agopuntura e micromassaggio nel trattamento dell'enuresis notturna idiopatica. Minerva Med., 72, 2237.

BAUDUIN, H. et al. (1983). Brève revue du mode d'action de la stimulation acupuncturale dans son effet analgésique. Act. Belg. Med. Phys., 6, 11-19.

BERLANT, S.R. (1986). Pressure-induced paresthesiae-associated hypalgesia and the origin of acupuncture. Am. J. Acupunct., 14, 29-42.

BLOOM, W.; FAWCETT, W. (1978). Tratado de Histología. 7ª ed., Barcelona, Ed. Labor. 1041 págs.

BODNER, G. et al. (1983). Pneumothorax as a complication of acupuncture in the treatment of bronchial asthma. Ann. Allergy, 51, 401-403.

- BONDI, N.; ALBO, R. (1981). Dismenorrea. Trattamento con agopuntura di 40 casi venuti alla nostra osservazione. Nota clinica. Minerva Med., 72, 2227-2230.
- BORSARELLO, J. ; DURO, A; LAVILLE-MERY, CH. (1973). Bioenergetique et Medicine Chinoise. Paris, Ed. Maisonneuve, S.A. I: 302; II: 383; III: 372.
- BORSARELLO, J. (1982). Manual de Acupuntura. 1ª ed., Barcelona, Ed. Toray-Masson. 166 págs.
- BOSSUT, D.F. et al. (1983). Plasma cortical and beta-endorphin in horses subjected to electro-acupuncture for cutaneous analgesia. Peptides, 4, 501-507.
- BOSSY, J. (1974). Les niveaux neurologiques des analgésies ou l'inhibition étage des influx douloureux. L'acupuncture, 39, 13-25.
- BOSSY, J. (1979). Les neurotransmetteurs et les endorphines dans l'acupuncture. Méridiens, 47-48, 101-124.
- BOSSY, J. (1981). Formation réticulaire et acupuncture. Méridiens, 55-56, 73-93.
- BOSSY, J. (1984). Atlas anatómico de los puntos de Acupuntura. 1ª ed., Barcelona, Ed. Masson S.A. 127 págs.

BOSSY, J. (1985). Bases neurobiológicas de la reflexoterapia. 1ª ed., Barcelona, Ed. Masson S.A. 135 págs.

BRETSCHNEIDER, F. et al. (1976). Electrical skin resistance: an aid in the finding of acupuncture points. Bull. Coord. Coun. Bioch. Onderz., 9, 33-37.

BRODAL, A. (1981). The autonomic nervous system. En: Neurological anatomy in relation to clinical medicine. 3ª ed., Oxford, Oxford University press, pp. 699-787.

BURNSTOCK, G. (1979). Autonomic innervation and transmission. Br. Med. Bull., 35, 255-262.

CABALEIRO GOAS, M. (1974). Sobre el concepto general de la "Medicina Psicosomática". Folia Neuropsiquiátrica, 9, 149-161.

CANTON, G.; PONTIGNY, J. (1974). Résultats de mesures de biopotentiels cutanés et leurs variations physiologiques et physiopathologiques. Méridiens, 25-26, 43-56.

CAO, X.D. et a' (1983). Inhibition of sympathetic nervous system by acupuncture. Acupunct. Electrother. 8, 25-35.

CARETTE, M.F. et al. (1984). Traitement d'une crise d'asthme par acupuncture. Rôle probable dans la survenue d'un pneumothorax avec évolutions vers un état de mal astmatique. Rev. Pneumol. Clin., 40, 69-70.

CARR, V. et al. (1985). Electrodermal activity in patients with chronic pain: implications for the specificity of physiological indices in relation to psychopathology. Psychophysiology, 22, 208-217.

CLEMENT-JONES, V. et al. (1980). Increased beta-endorphin but not met-enkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture for recurrent pain. Lancet, 2, 946-949.

CROLEY, T.E. (1986). Electrical acupuncture point conductance in the living compared to that in the dead. Am. J. Acupunct., 14, 57-60.

CURRAN, W.J. (1981). Law-medicine notes: Acupuncture, the practice of medicine, and right to demand medical services. N. Engl. J. Med., 305, 439-440.

CHANG-HIANG-TUNG (1974). Integrative action of thalamus in the process of acupuncture for analgesia. Am. J. Chin. Med., 2, 1-39.

CHANG, S.T. (1979). El libro completo de la Acupuntura. 1ª ed., México, Ed. El Manual Moderno, S.A. 228 págs.

CHAPMAN, C.R. et al. (1980). Evoked potential assessment of acupunctural analgesia: attempted reversal with naloxone. Pain, 9, 183-197.

CHAPMAN, C.R. et al. (1981). Naloxone fails to reverse pain thresholds elevated by acupuncture: acupuncture analgesia reconsidered. Pain, 16, 13-31.

CHAPMAN, C.R. (1985). Acupuncture analgesia. Pain, 21, 309-310.

CHEN, G. et al. (1982). The role of the human caudate nucleus in acupuncture analgesia. Acupunct. Electrother. Res., 7, 255-265.

CHEN, G.B. (1980). Acupuncture anesthesia in neurosurgery. Am. J. Chin. Med., 8, 271-282.

CHEN, G.B. et al. (1984). A study of acupuncture anesthesia in surgery on the anterior cranial fossa. J. Tradit. Chin. Med., 4, 189-196.

CHEN, Y.Q. et al. (1984). The use of needling Zusanli in fiberoptic gastrosopy. J. Tradit. Chin. Med., 4, 91-92.

CHEN, Z.L. et al. (1984). The effect of acupuncture in 300 cases of acute lumbar sprain. J. Tradit. Chin. Med., 4, 93-95.

CHENG, T.O. et al. (1985). Subacute bacterial endocarditis following ear acupuncture. Int. J. Cardiol., 8, 97.

CHOAIN, J. (1957). La "voie rationnelle" de la médecine chinoise. Lille, Ed. S.L.E.L. 257 págs.

CHOU, J. et al. (1984). Action of peptidase inhibitors on methionine 5-enkephalin-arginine 6-phenylalanine-7 (YGGFMRP) and methionine 5-enkephalin (YGGFM) metabolism and on electroacupuncture antinociception. Pharmacol. Exp. Ther., 230, 349-352.

CHRISTENSEN, P. A. et al. (1984). Acupuncture and bronchial asthma. Allergy, 39, 379-385.

DELMAS, A. (1976). Vias y centros nerviosos. 7ª ed., Barcelona, Ed. Toray-Masson, S.A. 298 págs.

DENTON COOLEY, et al. (1983). ¿Hacia dónde va la medicina?. Revista Consulta, 200, 18-21.

DIAS, P.L. et al. (1982). Effects of acupuncture in bronchial asthma: preliminary communication. J. R. Soc. Med., 75, 245-248.

DIAS, P.L. et al. (1984). Minilaparotomia under acupuncture analgesia. J. R. Soc. Med., 77, 295-298.

DOMINGUEZ, A. et al. (1985). Hepatitis viral tipo B transmitida por la acupuntura: presentación de 5 casos. Med. Clin., 84, 317-319.

DOWSON, D. I.; LEWITH, G.T.; MACHIN, D. (1985). The effects of acupuncture versus placebo in the treatment of headache. Pain, 21, 35-42.

DUPLA, B. et al. (1983). Acupuncture et lombosciatique à la phase aigue. Etude en double aveugle de trente cas. Sem. Hosp. Paris, 59, 3109-3114.

ENGELBAST, J.M. et al. (1981). The treatment of pain by acupuncture. The riddle of acupuncture and the place of the acupuncture in the pain-team. Act. Anaesthesiol. Belg., 32, 33-43.

ERNST, M. et al. (1985). Sympathetic vasomotor changes induced by manual and electrical acupuncture of the "Hoku" point visualized by thermography. Pain, 21, 25-33.

FAN, S.G. et al. (1982). GABA: antagonistic effector on electroacupuncture analgesia and morphine analgesia in the rat. Life Sci., 31, 1225-1228.

FERNANDEZ, F.A. (1977). Tratado general de Acupuntura China. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires, Ed. Científico-Técnica América. 427 págs.

FLOREZ BELEDO, J. (1981). Una hermosa historia sobre el dolor. Lección inaugural curso académico 1981-82. Santander, Ed. Universidad Santander. 46 págs.

FUNAKOSHI, K. et al. (1980). Neurophysiological demonstration of an acupuncture point in man. Am. J. Chin. Med., 8, 367-369.

GALOCZY, C. et al. (1982). Hépatite B sur acupuncture. Rapport de sept cas. Act. Gastroenterol. Belg., 45, 224-230.

GAO, L.D. et al. (1983). Electro-acupuncture anesthesia in pituitary adenoma extirpation. Chin. Med. J., 96, 469-474.

GIRAUDEAU, J.D. (1984). Analgésie opératoire et acupuncture. Agressologie, 25, 1193-1195.

GONZALO, L.M. (1979). La acupuntura en el tratamiento del dolor. 1ª ed., Pamplona. Ed. Universidad de Navarra S.A. 195 págs.

GUIRAO, M. (1982). Bases para una anatomía de la acupuntura. Rev. Soc. Esp. Med. Acupunt., 6, 4-12.

GUYTON, A.C. (1986). Textbook of medical physiology. 7th ed., Philadelphia, Ed. Saunders Company. 1056 págs.

HADDEN, W.A. et al. (1982). Spinal infection caused by acupuncture mimicking a prolapsed intervertebral disc. A case report. J. Bone Joint Surg., 64, 624-626.

HALEK, J. et al. (1982). Problems of measuring resistance in active points on the sky. Fysiater. Reumatol. Vestn., 60, 258-266.

HAN, J.S. et al. (1982). Enkephalin and β -endorphin on mediator of electroacupuncture analgesia in rabbits: a antiserum microinjection study. Adv. Biochem Psychopharmacol., 33, 369-370.

HAN, J.S. et al. (1982). Neurochemical basis of acupuncture analgesia. Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol., 22, 193-220.

HAN, J.S. et al. (1984). Met-enkephalin-Arg 6-phe 7-like immunoreactive substances mediates in the periaqueductal gray of the rabbit. Brain Res., 322, 289-296.

HAN, J.S. (1985). Acupuncture analgesia. Pain, 21, 307-308.

HE, L. et al. (1981). Caudate nucleus and acupuncture analgesia. Acupunct. Electrother. Res., 6, 169-182.

HE, L. (1981). Effect of iontophoretic etorphine and electroacupuncture as nociceptive responses from nucleus lateralis anterioris of thalamus in rabbits. Acupunct. Electrother Res., 6, 151-157.

HE, L. F. et al. (1983). Activity of opioid peptidergic system in acupuncture analgesia. Acupunct. Electrother Res., 8, 257-266.

HENNEGHIEN, C. et al. (1984). A new iatrogenic pathology: pneumothorax after acupuncture. Rev. Pneumol. Clin., 40, 197-199.

HUARD, P.; MING WONG (1971). La medicina china. En: Lain Entralgo, P. Historia Universal de la Medicina. 1ª ed., Barcelona, Salvat, vol. I, pp. 159-195.

HYVARINEN, J.; KARISSAN, M. (1977). Low Resistance skin points that may coincide with acupuncture loci. Mect. Biol., 55, 88-94.

IASNETSOV, V.V. et al. (1980). Influence of morphine and reserpine on the experimental effect of electrostimulation of biologically active points. Farmakol. Toksikol., 43, 161-164.

IRIKI, A. et al. (1980). Difference in effects of electro-acupuncture and morphine on thalamics-evoked responses in ventrolateral complex and the posterior nuclear group after tooth pulp stimulation in the rat. Arch. Oral. Biol., 25, 697-699.

ISU, I. et al. (1985). Spinal cord and root injuries due to glass fragments and acupuncture needles. Surg. Neural., 23, 255-260.

JAKOUBEK, B. et al. (1982). Changes of electrodermal properties in the "acupuncture points" on men and rats. Physiol. Bohemoslov., 31, 143-149.

JEFFERYS, D.B. (1983). Acupuncture needles as a cause of bacterial endocarditis. Br. Med. J., 287, 326-327.

JIANG, Y.G. et al. (1984). Clinical observation on acupuncture treatment of 106 cases of trunk-sciatica. J. Tradit. Chin. Med., 4, 183-185.

KISER, R.S. et al. (1983). Acupuncture relief of chronic pain syndrome correlates with increased plasma met-enkephalin concentrations. Lancet, 2, 1394-1396.

KNEZEVIC, W. et al. (1985). Peripheral autonomic surface potencial. A quantitative technique for recording sympathetic conduction in men. J. Neurol. Sci., 67, 239-251.

KNORRING, L. et al. (1970). Pain perception and endorphin levels in cerebral fluid. Pain, 5, 359-365.

KOBOZEZ, V.S. (1980). Change in the evoked activity in the median center of the thalamus during stimulation of the dorsal raphe nucleus and acupuncture points. Dokl. Akad. Nauk. SSSR., 255, 242-245.

KROPP, R. et al. (1983). Accidental pneumothorax following injections and acupuncture in the thoracic region. Med. Welt., 34, 1143-1144.

LAFONT, J.P.; BROUSSARD, P. (1984). Césariennes sous acupuncture (à propos de 46 cases). Agressologie, 25, 1141-1143.

LAIN ENTRALGO, P. (1978). Historia de la Medicina. 1ª ed., Barcelona, Ed. Salvat, S.A. 722 págs.

LATARJET, M.; RUIZ LIARO, A. (1983). Anatomía Humana, 1ª ed., Vol. I, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana S.A. 979 págs.

LAVIER, R. (1968). Vade-mecum d'acupuncture symptomatique. Paris, Ed. Maloine S.A. 340 págs.

LAZORTHES, J. (1971). Sistema nervioso periférico. Descripción. Sistematización. Exploración. 1ª ed., Barcelona, Ed. Toray-Masson, S.A. 391 págs.

LE TOUARIN, N.M. (1980). The ontogeny of the neural crest in avian embryo chimaeras. Nature, 286, 663-669.

LEBARBIER, A. (1975). L'Acupuncture pratique. 1^{re} ed., Paris, Ed. Maisonneuve. 510 págs.

LEE, D.C. et al. (1982). The autonomic effects of acupuncture and analgesic drugs on the cardiovascular system. Am. J. Acupunct., 10, 5-30.

LEE, G.T. (1974). A study of electrical stimulation of acupuncture Locus Tson-Saun-Li (ST-36): on mesenter microcirculation. Am. J. Chin. Med., 1, 53-56.

LEE, M.H.; ERNST, M. (1983). The sympatholytic effect of acupuncture as evidenced by thermography: a preliminary report. Orthop. Rev., 12, 67-72.

LEE, M.O. (1975). Cardiovascular effects of acupuncture at Tsusanli (ST-36) in dogs. J. Surg. Res., 18, 51.

LEE, T.N. (1978). A treatise on acupuncture meridians. Am. J. Acupunct., 6, 283-288.

LEFEVRE, J. et al. (1984). Effets d'une électrostimulation acuponcturale sur l'analgésie per et post-opératoire au cours de la chirurgie du rein. Agressologie, 25, 1231-1236.

LEWENBERG, A. (1986). Treatment of chronic headache with and acupuncture/antidepressant combination. Am. J. Acupunct., 14, 47-49.

LEWITH, G.T.; MACHIN, D. (1983). On the evaluation of the clinical effects of acupuncture. Pain 16, 111-127.

LEWITH, G.T. et al. (1983). Acupuncture compared with placebo in post-Herpetic pain. Pain, 17, 361-368.

LI, S.J. et al. (1982). The implication of central serotonin in electro-acupuncture tolerance in rat. Sci. Sin., 25, 620-629.

LIPTAK, V. (1982). Psychotherapeutic aspects of acupuncture. Med. Klin., 77, 40-44.

LOCKHART, R.D.; HAMILTON, G.F.; FYFE, F.W. (1965). Anatomía Humana. 1ª ed., México, Ed. Interamericana S.A. 695 págs.

LOH, L. et al. (1984). Acupuncture versus medical treatment for migraine and muscle tension headaches. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 47, 333-337.

LOLAS STEPKE, F. (1984). La perspectiva psicósomática en Medicina. Santiago de Chile, Ed. Universitaria. 256 págs

LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1976). Los equivalentes depresivos. 2ª ed., Madrid, Ed. Paz Montalvo. 287 págs.

LOPEZ SANCHEZ, J.M. (1986). Resúmenes de Patología Psicósomática. Granada, Ed. Circulo de Estudios Psicopatológicos. 300 págs.

LOPEZ SOLER, M. (1984). Desarrollo del Sistema Nervioso Autónomo de las vísceras pelvianas del hombre. I.- Plexo pélvico. An. Desar., 28, 129-146.

LOY, T.T. (1983). Treatment of cervical spondylosis. Electroacupuncture versus physiotherapy. Med. J. Aust., 2, 32-44.

LUCENTE, M.J. et al. (1982). Acupuncture and the Law: a rebuttal. N. Engl. J. Med., 306, 1115-1116.

MACDONALD, A.J. (1983). Segmental acupuncture therapy. Acupunct. Electrother., 8, 267-282.

MACDONALD, A.J. et al. (1983). Superficial acupuncture in the relief of chronic low back pain. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 65, 44-46.

MAN, F. (1974). Acupuntura. 1ª ed., Barcelona, Ed. Powaire S.A. 154 págs.

MANAKA, E. (1958). Reseau de bonne conduction. Reveu de
Medicine Chinoise, 2, 121-127.

MARANON, G. (1961). Manual de diagnóstico etiológico.
11ª ed., Madrid, Ed. Espasa Calpe. 1200 págs.

MELZACK, R.; WALL, P.D. (1965). Pain mechanism: a new
theory. Science, 150, 971-979.

MENDELSON, G. et al. (1983). Acupuncture treatment of
chronic back pain. A double-blind placebo-controlled
trial. Am. J. Med., 74, 49-53.

MENSE, S. (1983). Basic neurobiologic mechanism of pain
and analgesia. Am. J. Med., 75, 4-14.

MONNIER, M. (1968). Functions of the Nervous Systems.
Vol I, Amsterdam, Ed. Elsevier Publishing Company. 671
págs.

MOREZ, J.B.; THIERREE, A. (1964). Le point d'acuponcture
et ses stimulations. Agressologie, 25, 1133-1135.

MYHAL, D. et al. (1981). Etude radio-isotopique de
l'effet de l'acuponcture sur la vascularisation
articulaire du genou. Union Med. Can., 110, 1046-1048.

NGUYEN, V.N. (1981). Patogenia y patologia en Medicina China (Tratamiento por acupuntura y masajes). 2 Vols., Madrid, Ed. Cabal. I: 406 págs.; II: 374 págs.

NIBOYET, A. (1963). Les points cutanés de base resistance à électricité et leurs correspondance avec les points et meridiens de L'acupuncture. Thésés de doctorat es sciences d'université, Aix-Marseille.

NOGIER, P.M. (1969). Traité d'auriculotherapie. Paris, Ed. Maisonneuve. 204 págs.

NOZDRACHEV, A.D. et al. (1983). Studies of electrical activity of the peripheral components of the autonomic nervous system in chronic experiments. J. Auton. Nerv. Syst., 9, 347-360.

OLIVERAS, J.L. et al. (1981). Implication des systemes serotoninergiques dans l'analgésie induite par stimulation électrique du certaines structures du tronc cérébral. J. Physiol., 77, 473-482.

OMURA, Y. (1976). Acupuncture, infra-red thermography and Kirlian photography. Acup. and Electrotherapet. Res. Int. 2, 43-86.

OMURA, Y. (1982). Effects of an electrical field and its polarity on an abnormal part of the body or organ representation point associated with a diseased internal organ, and its influences on the Bi-Digital O-Ring test (simple, non-invasive dysfunction localization method) and drug compatibility test. Part. I. Acupunct. Electrother. Res., 7, 204-246.

ORTS LLORCA, F. (1975). Anatomía humana. 5ª ed. vol. II, Barcelona Ed. Científico-Médica. 573 págs.

PANCHENKO, E.N. et al. (1982). Distribution of biopotentials at acupuncture points in various organic and functional diseases of the nervous system. Zh. Nevropatol. Psikhiatr., 82, 87-92.

PETAL, F.A. (1975). Galvanic Skin potential as a prediction of mental status, anxiety, depression and denial in acute coronary patients. J. Psychosom. Res., 19, 1-9.

PETRIE, J.P. et al. (1983). Acupuncture in treatment of chronic cervical pain. A pilot study. Clin. Exp. Rheumatol., 14, 333-336.

PLOSHCHANSKII, S.L. (1980). Acupuncture reflexotherapy in functional dysphonias. Vestn. Otorinolaringol., 5, 69-70.

PLUMMER, J.P. (1980). Anatomical Findings at acupuncture Loci. Am. J. Chin. Med., 8, 170-180.

POMERANZ, B. (1976). Naloxone blockade of acupuncture analgesia: endorphin implicated. Life Sci., 17, 1751-1762.

PONTIGNY, J. (1978). "Mesure et Méthodes". Les Biodifférences de potentiels électriques cutanés et leur rapport avec l'acupuncture. Méridiens, 41-42, 97-116.

QUAGLIA SANTOR, A. (1976). Meridiani, Circolazione Dell'Energia. Punti cinesi. Commenti. Minerva Med., 67/57, 3763-3767.

RABASSA, B. (1983). Aspectos sociológicos del dolor en España. En: El Dolor; Mecanismos básicos, neurofisiológicos y farmacológicos. Madrid, Fundación Intelectual de Ciencias del Hombre y Centro de Estudios MSD para el dolor, pp. 159-171.

RAGER, J. (1984). Les applications de l'acupuncture en urologie. Acta. Urol. Belg., 52, 622-627.

RAJANNA, P. (1983). Hypotension following stimulation of acupuncture point Fengchi (GB 20). J. R. Coll. Gen. Pract., 33, 606-607.

- REQUENA, Y. (1985). Acupuntura y Psicología. Madrid, Ed. Mil y una ediciones. 359 págs.
- ROBERTSON, M. (1981). Selection and induction in development of Autonomic Neurones. Nature, 289, 532-533.
- ROF CARBALLO, J. (1984). Teoría y práctica psicósomática. Bilbao, Ed. Desclee de Brouwer, S.A. 637 págs.
- ROF CARBALLO, J. (1985). Prólogo. En: López Sánchez, J.M. Resúmenes de Patología Psicósomática. Granada, Ed. Circulo de Estudios Psicopatológicos, pp. 7-12.
- ROMAGUERA, C. et al. (1981). Contact dermatitis from a permanent acupuntura needle. Contact Dermatitis, 7, 156-157.
- ROSENBLATT, S.L. (1982). The electrodermal characteristics of acupuntura points. Am. J. Acupunct., 10, 131-137.
- ROUSTAN, C. (1978). Traité D'Acupuncture. Bases Fondamentales. 1^{re} ed., Vol I, Paris, Ed. Masson. 207 págs.
- ROUSTAN, C. (1979). Traité D'Acupuncture Anatomie et Physiologie de L'Acupuncture. Les points. Vol 2, Paris, Ed. Masson. 306 págs.

ROUVIERE, H.; DELMAS, A. (1984). Anatomie Humaine. Descriptive, Topographique et Fonctionnelle. 12^e ed., Vol III, Paris, Ed. Masson. 784 págs.

SANCHEZ-MONTESINOS, J. (1985). Contribución a las bases anatómicas de la Acupuntura. Tesina de Licenciatura. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

SAUVAL, P., et al. (1984). Thermographie et acupuncture. Agressologie, 25, 1113-1115.

SCHJELDERUP, V. (1984). La nueva vieja medicina. Barcelona, Ed. Teorema, S.A. 254 págs.

SCHMID, E., et al. (1984). Inoculation hepatitis caused by acupuncture. Clinical cases studied over a 9 year period. Fortschr. Med., 102, 862-865.

SCHNEIDER, L.B. et al. (1984). Bilateral pneumothorax following acupuncture. Ann. Emerg. Med., 13, 643.

SEKHON, G.S. et al. (1982). Acupuncture channels, myth or reality. Chin. Med. J., 95, 912-914.

SHEDLETSKY, P. et al. (1984). The effects of ice massage applied over the "Ho Ku" acupuncture point in reducing spontaneous pain of endodontic origin. Can. Dent. Assoc. J., 50, 635-638.

SHENBERGER, R.M. (1977). Acupuncture meridians retain their identity after death. Am. J. Acupunct., 5, 357-361.

SLIWINSKI, J. et al. (1984). The effect of acupuncture on the clinical state of patients suffering from chronic spastic bronchitis and undergoing long-term treatment with corticosteroids. Acupunct. Electrother. Res., 9, 203-215.

SODIPO, J.O. et al. (1981). Acupuncture analgesia for upper gastrointestinal endoscopy: A lagos experience. Am. J. Chin. Med., 9, 171-173.

SODIPO, J.O. et al. (1981). Endorphins: Mechanism of acupuncture analgesia. Am. J. Chin. Med., 9, 249-258.

SOULIE DE MORANT, G. (1984). Compendio de la verdadera Acupuntura China. 1ª ed., México, Ed. Alhambra Mexicana S.A. 206 págs.

SOULIE DE MORANT, G. (1985). L'Acupuncture Chinoise. Paris, Ed. Maloine S.A. 1021 págs.

SPECIANI, A.; MILANI, L. (1983). Trattamento agopunturale di sindromi algiche e disfunzionali in soggetti sottoposti a grave stress. Interpretazione in chiave psicosomatica e alla luce della teoria dermatoneuromerica. Minerva Med., 74, 953-960.

STEINBERGER, A. (1981). The treatment of dysmenorrhea by acupuncture. Am. J. Chin. Med., 9, 57-60.

SUAREZ ALEMAN, G. (1986). Bases anatómicas sobre la distribución y significación de los puntos algicos acupunturales. Tesina de licenciatura. Granada, Facultad de Medicina.

SUN, A.Y. et al. (1985). Electroacupuncture alters catecholamines in brain region of rats. Neurochem. Res., 10, 251-258.

SUN, S.M. et al. (1984). The effect of electroacupuncture on the function of sympathoadrenal medulla. J. Tradit. Chin. Med., 4, 11-14.

SUSSMAN, D.J. (1976). Acupuntura. Teoría y Práctica. 3ª ed., Buenos Aires, Ed. Kier S.A. 497 págs.

TAKISHIMA, T. et al. (1982). The bronchodilating effect of acupuncture in patients with acute asthma. Ann. Allergy, 48, 44-49.

TESTUT, L.; LATARJET, A. (1978). Tratado de Anatomía Humana. 9ª ed., 2 Vols., Barcelona, Ed. Salvat S.A. II: 1237 págs.; III: 1142 págs.

TODA, K. (1982). Responses of raphe magnus neurons after acupuncture stimulation in rat. Brain Res., 242, 350-353.

TROCH, A. (1982). Stress y personalidad. Barcelona, Ed. Mender. 183 págs.

TSUNEKAWA, K. et al. (1970). Autonomic innervation of the blood vessels. Fluorescence histochemical studies on adrenergic innervation of the blood vessels. Saishin Igaku, 25, 2068-2089.

VALDES, M.; FLORES, T. (1985). Psicopatología del Stress. Barcelona, Ed. Bibliot. de Psicol. Psiqui. y Salud. 180 págs.

VERNEJOUL, P. et al. (1984). Approche isotopique de la visualisation des méridiens d'acupuncture. Agressologie, 25, 1107-1111.

VICENT, C.A.; RICHARSON, P.A. (1986). The evaluation of therapeutic acupuncture: Concepts and Methods. Pain, 24, 1-13.

VILLAR LANDEIRA, J.M. (1983). Historia de las clínicas del dolor. Estado actual. Jano, 561, 40-42.

WALL, P.D. (1972). An eye on the needle. New Scientist, 55, 129-131.

WALL, P.D. (1980). The substancia gelatinosa: A gate control mechanism set across a sensory pathway. Neurosci. 3, 221-224.

WATKINS, L.R.; MAYER, D.J. (1982). Organization of endogenous opiate and nonopiate pain control systems. Science, 216, 1185-1192.

WENHEN, Z. et al. (1981). Changes in levels of monoamine neurotransmitters and their main metabolites of rat brain electric acupuncture treatment. Int. J. Neurosci., 15, 147-149.

WEZABUDKIN, S.N. et al. (1982). Acupuncture in children with allergic lesions of the respiratory tract. Pediatrilia, 1, 51-52.

WILLIAMS, P.L.; ROGER WARWICK, R. (1985). Gray anatomy. Barcelona. Ed. Salvat S.A. Tom II. 1672 págs.

XU, B.R. et al. (1981). Observation on the effect of acupuncture treatment in 300 cases of primary trigeminal neuralgia. J. Tradit. Chin. Med., 1, 51-52.

YU, S.Z. et al. (1981). Studies on the phenomenon of latent propagated sensation along the channels. II. Investigation on the lines of LPSC on the twelve main channels. Am. J. Chin. Med., 9, 291-297.

ZANINI, F. et al. (1980). Validità della riflessoanestesia in campo chirurgico. Risultati di 105 applicazioni cliniche. Minerva Med., 71, 3723-3727.

ZANINI, F. (1983). Ruolo attuale dell'agopuntura in terapia antalgica. Minerva Med., 74, 961-967.

ZEMLAN, F.P.; CORRIGAN, S.A.; PFAFF, D. W. (1980). Noradrenergic and serotonergic mediator of spinal analgesia mechanism. Eur. J. Pharmacol., 61, 111-124.

ZHANG, A.Z. et al. (1980). Endorphins and acupuncture analgesia. Chin. Med. J., 93, 673-680.

ZHONG, Y.Q. (1984). A report of 49 cases of dysmenorrhea treated by acupuncture. J. Tradit. Chin. Med., 4, 101-102.

ZHOU, G.Z. et al. (1982). The relationship between the ontogenetic development of opiate receptors and acupuncture analgesia in rabbits. Acupunct. Electrother. Res., 7, 7-16.

ZHOU, S. et al. (1983). Subtotal gastrectomy in dogs under acupuncture anesthesia and related changes in the noradrenergic system. J. Tradit. Chin. Med., 3, 251-258.

ZHU, L.X. et al. (1984). Activation of nucleus raphe magnus by acupuncture and enkephalinergic mechanism. J. Tradit. Chin. Med., 4, 111-118.

ZHU, Z.X. (1981). Research advances in the electrical specificity of meridians and acupuncture points. Am. J. Acupunct., 9, 203-216.

ZHU, Z.X. et al. (1981). Studies on the phenomenon of latent propagated sensation along the channels. I. The discovery of a latent PSC and a preliminary study of its skin electrical conductance. Am. J. Chin. Med., 9, 216-224.