

EL DIAFRAGMA

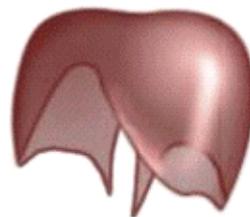
(Carl P. McConnell, D.O.)

En el trabajo 'La Mecánica y la Filosofía', el Doctor Still hace referencia a los trastornos estructurales del diafragma como las causas importantes, en términos osteopáticos, de las lesiones en vasos que pasan a través de este tejido. El Doctor Hazzard, en su trabajo sobre 'La Práctica', presenta un estudio instructivo de la osteopatía en el diafragma. El diafragma es una de las estructuras más importantes del cuerpo. Está fisiológicamente activo en cada momento del día y de la noche. El aspecto abdominal en su totalidad del cuerpo, pecho, abdomen y pelvis depende de su extensiva relación estructural.

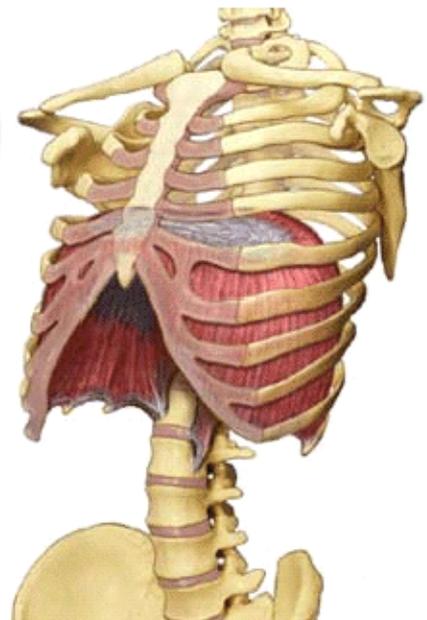
En la aplicación terapéutica de la ciencia de osteopatía, ha habido una tendencia a pasar por alto o descuidar este campo extensivo. Cada rama de la ciencia se aplica tanto aquí como en cualquier otro aspecto. Ni mucho menos se propone descuidar de la zona espinal, más bien darle mayor valor a la relación importante de otras partes del cuerpo. Primero veremos algunas características generales que relacionadas con el apoyo y actividad diafragmático. Estos comentarios son de Keith:

Los músculos desde la apertura superior del tórax hasta el suelo del perineo aumentan y disminuyen durante cada respiración, para mantener una capacidad respiratoria equilibrada y fluctuante de la cavidad corporal. 'cada órgano dentro de la cavidad corporal se mece con la marea respiratoria.' Se ve claramente la importancia que tiene la relación anatómica y fisiológica del pecho y las vísceras abdominales para una respiración completa. Tras la muerte, una autopsia revela como el diafragma representa una fase completa de expiración, y la elasticidad de los pulmones asegura la contracción de las cavidades pleurales al sumo extremo fisiológico.

Diafragma



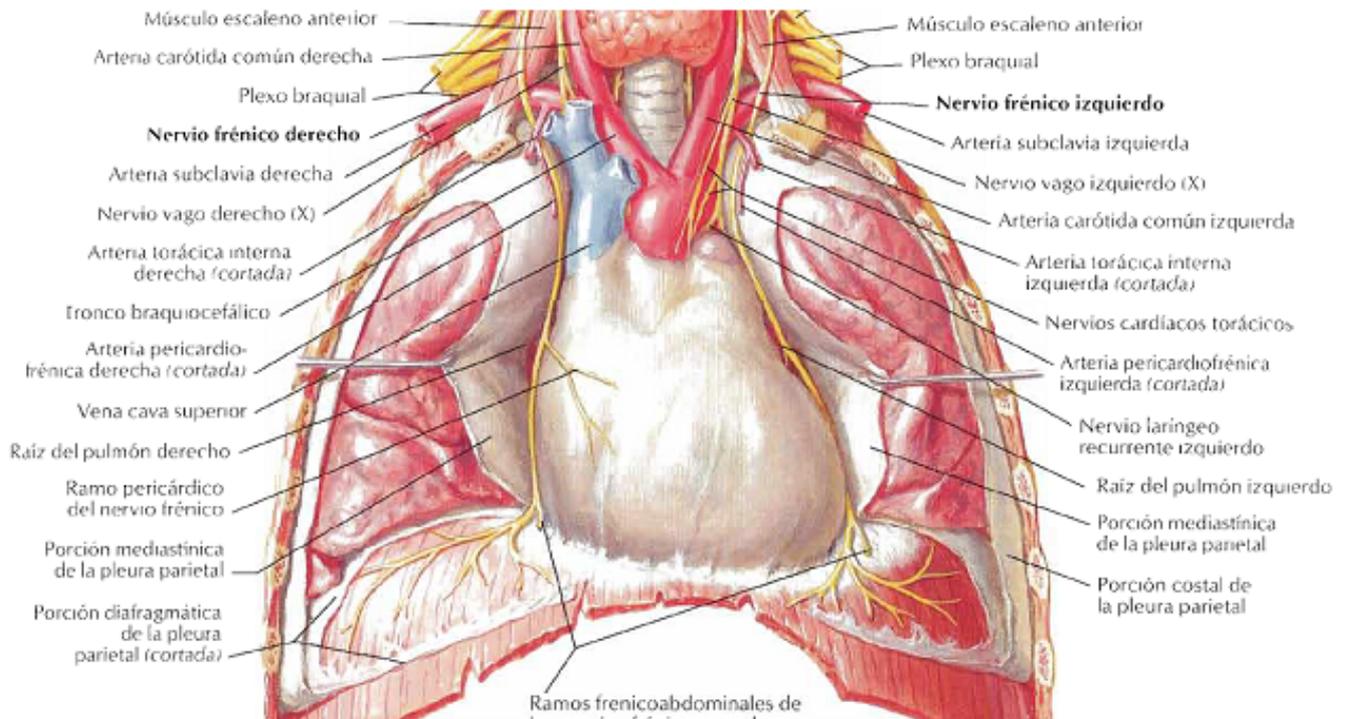
El diafragma tiene forma de paracaídas



Bien sujetos al aspecto abdominal del diafragma están el hígado, el bazo, el estomago y los riñones. Todos los órganos y tejidos del abdomen se mueven con la respiración, con la excepción de la raíz del mesenterio que está fija delante del 12º dorsal y 1º lumbar entre los pilares del diafragma. La raíz del mesenterio es el hilio de la cavidad peritoneal, el centro alrededor del cual se efectúan los movimientos respiratorios de los órganos abdominales. El pliegue del duodeno y el yeyuno y parte del páncreas se mantienen siempre en posición.

Hay tres soportes principales del diafragma. Primero está el apoyo abdominal proveído por los músculos espiratorios, mayormente aquellos que mantienen sujeta la víscera contra las cavidades del diafragma. Segundo, el apoyo torácico del pericardio, corazón, grandes vasos y pulmones que directamente o indirectamente fijan su superficie superior a la estructura en el

fondo del cuello y en toda la pared torácica. Tercero, el apoyo costillar, las extremidades abdominales de las seis costillas inferiores, niveles largos y móviles mantenidos en posición por su articulación pasiva con la columna y la concentración activa de la membrana externa intercostal de músculos. Además, cada uno es imprescindible, y el deterioro de uno conllevará al fallo correspondiente de los otros dos.



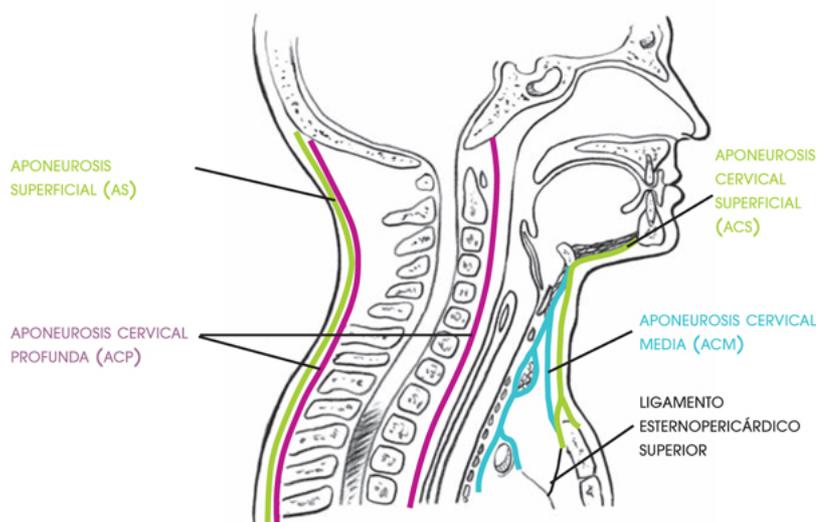
Por lo tanto, dice Keith, se ha instruido que ' la parte del diafragma entre las pleuras donde descansa el corazón, y la parte atravesada por la vena cava inferior, el esófago y la aorta, están casi inmóviles y de poca importancia respiratoria. Si mantenemos este punto de vista, es difícil explicar de manera satisfactoria el porque las fibras de los dos pilares (o cruces) del diafragma, que constituyen más de la quinta parte del músculo total, asciendan verticalmente para pegarse a la zona pericárdica del diafragma, y manden fibras al pericardio, envainando fuertemente la vena cava inferior para adherirse a esta zona; en realidad, la inserción de las fibras de las cruces se extiende a todas las estructuras del mediastino pero especialmente en tres partes: primero, el corazón mismo; segundo, la raíz pulmonar; tercero, los grandes vasos y tejidos fibrosos en la apertura superior del tórax. Así, durante cada respiración, las cruces, desde su origen firme en las 1ª, 2ª y 3ª vértebras lumbares, ejercen una fuerza en atraer hacia abajo las estructuras del mediastino y por consecuencia, bajando los soportes sobre los cuales depende el soporte central del diafragma. La contracción activa de las cruces es el factor más importante en la producción de la condición de la ptosis visceral.

Cada practicante osteopático conoce bien el gran porcentaje de casos de incompetencia abdominal que hay y también conoce los resultados excelentes que se pueden conseguir a través de la corrección de las inervaciones espinales, con una atención a las costillas inferiores hundidas y ajuste y tratamiento directo del abdomen. Esta teoría de Keith aclara más aun el problema, haciendo énfasis de la gran importancia de la respiración espiratoria forzada con la retracción del abdomen y de la atención cuidadosa al posible desarrollo de malformaciones en el adolescente.

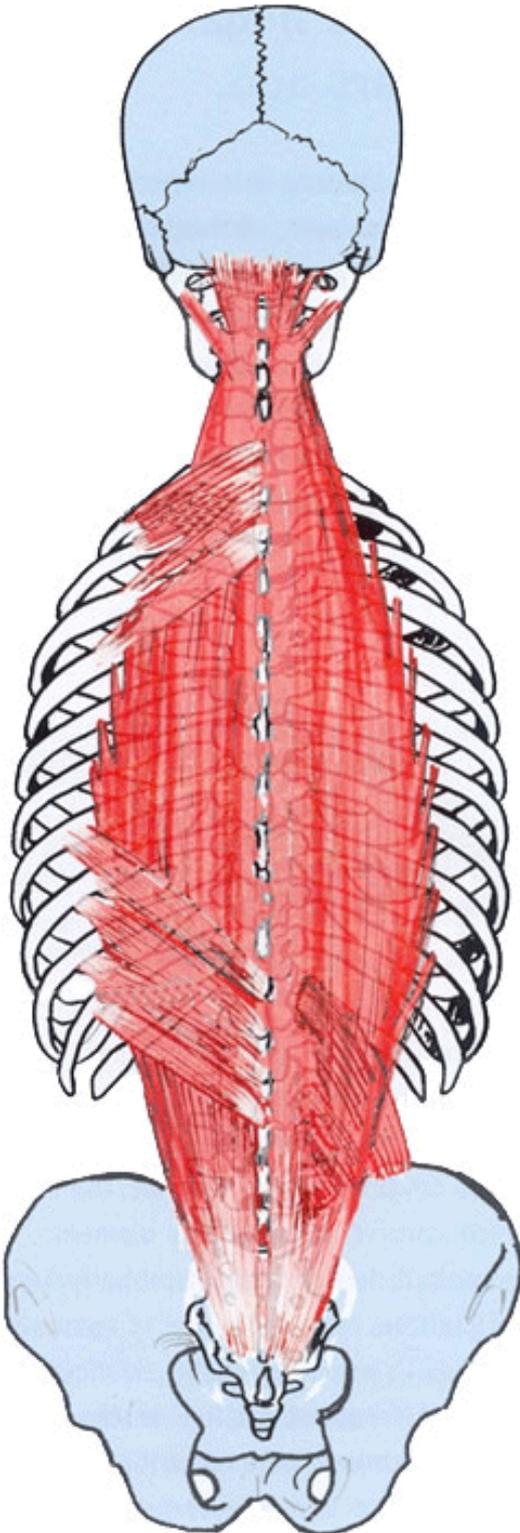
Según Keith, la adhesión del pericardio al diafragma en el hombre es una adaptación a su postura erguida u ortógrada. Es un soporte muy eficaz contra la ptosis de la víscera. El reflejo mesenterio o posterior de la pleura mediastínica, sujeta suavemente el esófago, la tráquea y corazón, permitiendo de esta manera la extensión anterior de este mesenterio torcido dorsal con cada respiración. La cohesión del pericardio al diafragma con la evolución de la postura erguida aumenta la carga. Debido a la falta de flexibilidad del ápex y la pared posterior, la expansión tiene ser inferior, anterior y hacia fuera, moviendo todo el pulmón y facilitando la respiración, permitiendo el pulmón expandirse de manera equilibrada, mientras el corazón y los pulmones se mantienen en posición relativa. La elasticidad y extensibilidad de la tráquea facilitan el descenso de la raíz pulmonar.

Un aspecto interesante para el terapeuta osteopático surge de la descripción de la causa de la ocurrencia corriente de la curvatura anterior en la zona cervical en estos casos de ptosis visceral. Las estructuras del mediastino que sostienen la parte central del diafragma en la apertura superior del tórax y el fondo del cuello, se prolongan hasta el manubrio del esterno, las extremidades interiores de las clavículas, la membrana suprapleural (fascia de Sibson), el primer conjunto de costillas y los tubérculos anteriores de las apófisis transversas cervicales. El primer conjunto de costillas en ptosis no está sólo situado en oblicuo, pero muchas veces inclinado inferiormente en la unión de cuello y torso. Keith dice que la curvatura de la zona cervical se debe probablemente a una tensión de tirantez en los soportes mediastínicos por un fallo en los soportes costales y abdominales del diafragma. Para el osteópata, esta explicación da en parte la respuesta pero parece que la curvatura y el pecho plano superior que se observa a menudo en estos casos, es para compensar en parte la cifosis prevalente en el dorsal inferior, en parte debido a la retracción del soporte de una desviación dorsolumbar fisiológica, y por otro lado como resultado de un debilidad muscular, además de ser la zona cervicodorsal un punto anatómicamente débil.

Así resume los soportes torácicos del diafragma: 'Se observa que todas la estructuras dentro del tórax, el corazón, los grandes vasos, el pericardio, el mediastino y las fascias cervicales, el mesenterio dorsal del tórax y de los pulmones, ayudan a sujetar el diafragma a las paredes del tórax y cuello.' Esto explica la carga torácica del diafragma en las estructuras durante la contracción diafragmática. Aunque los soportes pasivos son importantes, la contracción diafragmática es el factor activo en la ptosis. El diafragma es un auténtico músculo digástrico compuesto de dos segmentos, un segmento dorsal o espinal, que comprende las cruces y fibras arqueadas que se originan en la última vértebra dorsal y las primeras tres lumbares superiores, y los ligamentos arqueados, un agrandamiento de la vainas de los músculos de las psoas y cuadrado lumbar; estas fibras expanden y terminan en el tendón central desde el cual suben la mayoría de las fibras del



segmento costal. Las fibras costales descienden, se distribuyen y se introducen en las extremidades ventrales de las seis costillas inferiores, no con frecuencia en la duodécima. 'Por eso, el origen espinal e inserción costal de los músculos casi coincidan entre sí. Simultáneamente la inserción del músculo cuadrado lumbar, que representa una continuación anterior de la membrana de donde se desarrollan las fibras de la cruce, también experimenta una extensión correspondiente hacia fuera y sujeta el origen de las fibras arqueadas al ilion.



El efecto del diafragma sobre las vísceras abdominales a la hora de inspirar depende de dos factores: Primero, la oposición que ejerce los músculos de las paredes abdominales con el descenso de las vísceras; segundo, la movilidad de las seis costillas inferiores. 'Si los músculos de la pared abdominal ejerce una oposición fuerte al descenso de las vísceras, entonces el contenido abdominal ya no sirve como pistón respiratorio sino como fulcro respiratorio sobre el cual se apoya el diafragma y desde el cual ejerce su fuerza en los puntos de inserción de las seis costillas inferiores (donde los fascículos costales del diafragma se introducen). Al contraerse, tiende a elevar toda la caja torácica sobre el fulcro abdominal'; este tipo de respiración se denomina torácica. En cambio, si las paredes y vísceras abdominales ceden bajo la presión del diafragma, entonces la fuerza de la contracción se dirige hacia fuera, animando a los intercostales externos a elevar la caja torácica, pero a empujar hacia abajo la víscera abdominal que sirve como pistón respiratorio; este tipo de respiración se denomina abdominal. En ambos casos, puede haber desplazamiento visceral, debido a la acción en el segmento espinal de atraer hacia abajo. La presión del pistón del diafragma constituye el factor etiológico muy importante.

Con el segmento costal es lo contrario, porque la dirección de la acción de las fibras costales depende de la posición de las costillas. 'La dirección de los fascículos costales del diafragma no corresponde del todo al eje de la costillas sobre la cual actúa, aunque al terminar la inspiración son casi iguales. Por motivos prácticos se puede considerar las seis costillas inferiores como índices del eje sobre el cual actúan las fibras costales del diafragma. Por lo tanto, cuando las costillas están con un ángulo leve del horizontal en el recién nacido, las fibras costales se concentran casi en el eje de la costilla, y atraen hacia delante la víscera dentro de la cavidad del diafragma contra la pared interior del abdomen.' En el adulto, estas costillas ocupan una posición media entre el horizontal y el vertical, ya que a un ángulo de diez a veinte grados se

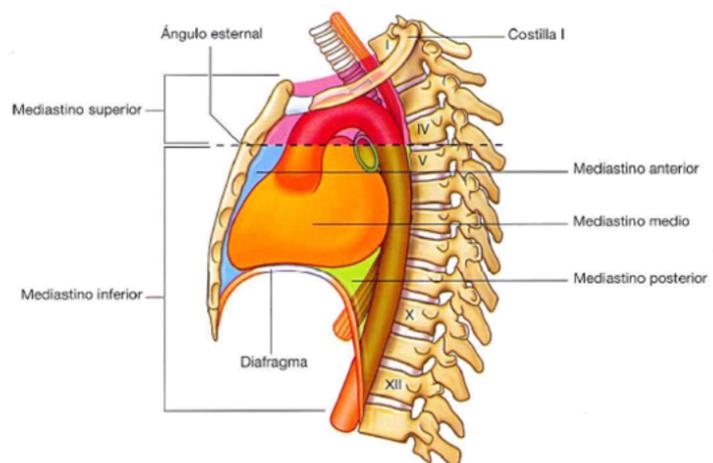
hunden. El hundimiento de las costillas se acompaña de una alteración correspondiente en la dirección de las fibras costales del diafragma y hay una tendencia de empujar las vísceras más hacia abajo y fuera. Cualquier condición que comprime la zona de la cintura causaría ptosis. Entonces, la acción de las fibras costales del diafragma se hace más verticalizada en la dirección de su eje y naturalmente el efecto sobre el anclaje visceral es mayor. Por lo tanto, debido a la innervación debilitada o reducida de los músculos de esfuerzo espiratorio, las paredes abdominales, el cuadrado lumbar y serrato posterior inferior, y por la aproximación de los segmentos espinales y costales del diafragma con un aumento en oblicuo de las costillas, resultan los rasgos característicos de una laxitud visceral y diafragmática, hombros encorvados y pecho superior aplanado. Pueden incluir también las tendencias o factores heredados o adquiridos.

Para poder apreciar el mecanismo diafragmático, póngase de pie erguido, expire el aire de los pulmones y active la fuerza de los músculos respiratorios. Esto suele reestablecer la normalidad fisiológica de las curvaturas, elevar y retraer el diafragma, elevar las vísceras a una posición más normal y relativa, y aumentar el perfil superior del tórax.

La inclinación anormal de la pelvis es generalmente secundario en estos casos, pero no siempre. Los hombros encorvados se deben también a un cambio compensatorio de la columna vertebral, aunque la debilidad física y mala postura son factores frecuentes; de igual forma el pecho superior aplanado. En casos más agudos, parece razonable que el gran esfuerzo tirante de los segmentos espinales, las cruces, desde su origen inmóvil del lumbar superior hacia arriba a través del tendón central hacia los órganos y vasos del pecho superior y las vértebras cervicales, sea un factor de valor práctico. Es una demostración de la víscera abdominal y torácica y su relevancia en la corroboración corporal en términos lineales y transversos.

UN CAMPO EXTENSIVO

De nuevo, póngase a fruncir los labios como silbar (sin inhalación previa) y exhalar lentamente, y simultáneamente elevar y retraer todo el abdomen. Requiere un poco de destreza. Note el efecto en la configuración corporal - la elevación del lado ventral entero del cuerpo, mejoría en la curvatura fisiológica de la inclinación de la columna y la pelvis, los hombros más derechos, y el porte erguido de la cabeza - literalmente un cambio que afecta cada órgano y tejido en el cuerpo. No hay nada nuevo en esto, sólo que requiere práctica para ser efectivo.



Es un mecanismo poderoso que reúne muchos componentes, cuyas estructuras están sujetas a una variedad de lesiones que son descuidadas con frecuencia. Los efectos se notan no solamente en las personas con el abdomen péndulo, pecho aplanado y hombros encorvados, sino en aquellas con mucha barriga, infecciones bronquiales, amígdalas inflamadas,

articulaciones artríticas de rodilla y pies planos. Nadie cuestiona si los defectos posturales, costumbres perniciosas, etc., están entre las causas de las lesiones vertebrales. ¿Por qué considerar solamente el mecanismo espinal? ¿Por qué no considerar también eliminar ciertas cargas del corazón, abriendo el arco aórtico, aumentando la capacidad del mediastino, animando el drenaje linfático de la cabeza y la circulación a los pechos, y estimulando los conductos del receptáculo Chyli y del tórax utilizando métodos no menos osteopáticos que aquellos relacionados con los nervios espinales? La mecánica estructural de la osteopatía comprende el organismo completo – no sólo una parte. La ingenuidad osteopática debería afinar las innumerables aplicaciones terapéuticas.

El mecanismo espinal no es el único susceptible a lesiones, y debido a sus ramificaciones extensivas, se incluye en la patología de muchos trastornos. Las lesiones específicas que estudiamos aquí son heridas sufridas por los soportes debido al desuso, los hábitos y los cambios en la estructura esquelética. Estos incluyen los factores adquiridos y también los desarrollados. Mucho depende del panorama global de la estructura y función. Hay muchas de las aplicaciones detalladas aquí que se le ocurrirán al terapeuta osteopático.



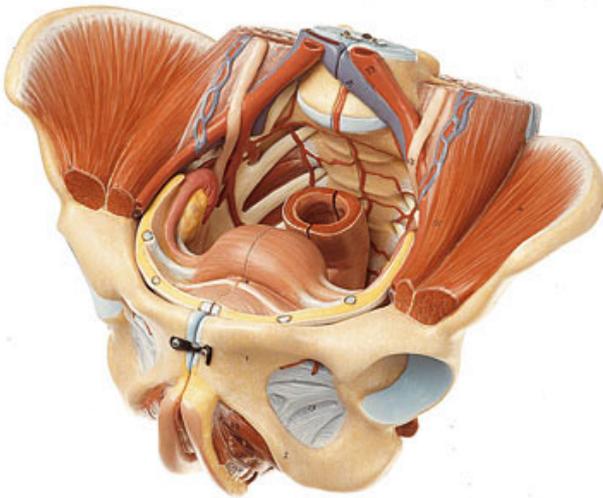
Empleando de los principios de osteopatía aplicados a la anatomía, el efecto fisiológico en el hígado, páncreas, bazo, y riñones se nota con frecuencia. Se ha demostrado especialmente en el hígado y el bazo. La eliminación de la tensión anormal de los vasos y los ganglios, mejorando el drenaje, y estimulando las funciones normales son prácticas muy favorables. Los resultados no son solamente los que siguen la estimulación de las zonas, sino

también los efectos de la terapia de ajuste que se obtienen. El mecanismo defectuoso se corrige estructuralmente. Complementa sustancialmente la terapia espinal de reajuste con el refuerzo detallado de medidas similares de corrección. Contempla la segmentación entera como una unidad fisiológica, la región relacionada con los órganos como un mecanismo recíproco acondicionador, y el cuerpo entero como un organismo concatenado.

Las numerosas operaciones quirúrgicas del cuadrado superior derecho del abdomen es un reflejo sobre la ineficacia de muchas medidas terapéuticas. O, por lo menos, de las medidas aplicadas incorrectamente o incompletamente. La terapia espinal asegura muchos resultados excelentes. Pero esto es la aplicación de principios osteopáticos a sólo una parte del organismo vital. El reajuste de la columna es sólo una parte del mecanismo estructural. La parte restante a menudo se deja a sus propios recursos inherentes, que pueden ser, o no ser, suficientes para vencer la incapacidad estructural orgánica.

El trabajo de reajuste aquí es especialmente llamativo en sus resultados beneficiosos. El ajuste, reanimación y tonificación de estas partes mejora la posición y relación de las estructuras y órganos, lo cual provoca indudablemente una mejoría de su funcionamiento. El efecto en el drenaje del conducto biliar es especialmente evidente. Hay motivo para creer que

el efecto en el conducto pancreático es beneficioso. La reanimación del duodeno es claramente favorable para acelerar el proceso de recuperación de úlceras pépticas. El ligamento duodenal hepático está compuesto por vasos importantes, arteria, vena y conducto. La eliminación de tensión abdominal aquí es importante. El efecto sobre el mecanismo nervioso asociado es de igual valor. Las lesiones experimentales de la columna provocan 'la relajación del píloro y sus estructuras aliadas, asociadas con una patología relativamente básica de los tejidos, nervios y glándulas vasculares. Cuando se vuelvan crónicas tales condiciones, la normalización depende tanto de las medidas viscerales como las espinales. El trabajo de ajuste debería ser igual de específico en la columna como en la víscera.



No hay ningún órgano del abdomen o de la pelvis que no se pueda estimular con la mejoría del equilibrio estructural y fisiológico a través de las medidas directas de ajuste. La organización y postura corporal contribuyen a mantener su normalidad y capacidad. No sólo la posición relativa de un órgano es de importancia, sino el tono y la elasticidad de los tejidos de soporte son aspectos indispensables. Un dato a menudo olvidado es que el lado entero ventral del cuerpo funciona según la actividad diafragmática, como una sola unidad. Un estado desequilibrado de tensión pélvica, por ejemplo, puede dependerse fundamentalmente de la afonía

diafragmática. La lesión de un órgano puede ser la sécuela de un trastorno muy amplio. Las condiciones del equilibrio estructural, igual como las condiciones orgánicas químicas, dependen de muchos factores. Cuando se atrofian, el resultado constituye un estado pre-enfermizo. La diagnosis depende de buscar a fondo una clarificación exacta de las fuerzas activas. Las causas que predisponen los trastornos pélvicos y rectales son a menudo debidas en primer lugar a una tensión anormal en la estructura superior que afecta la inclinación pélvica y el equilibrio orgánico. Relacionado con esto son las lesiones de la columna que resultan de una postura defectuosa. Probablemente una sola parte lleva el peso de todas las tensiones en conjunto, una situación muy parecida a la de los efectos vertebrales en la mecánica corporal.

El útero, las trompas de Falopio y ovarios, el recto superior, el sigmoideo, el intestino ciego, el duodeno, el ligamento duodeno hepático y píloro, y los riñones son todos ejemplos de perturbaciones frecuentes, y constituyen un panorama mayor en términos patológicos. El primer requisito es de considerar globalmente el cuerpo entero, como una unidad completa y funcional, antes de intentar cualquier corrección local. Una terapia local debería ser concreta y definida, pero en consonancia con todos los factores etiológicos subyacentes.

Se aplican los mismos principios al pecho como al conducto respiratorio superior. El corazón, pulmones, pleuras, conductos torácicos, médula ósea costal, glándulas mediastínicas y estructuras relacionadas, vasos y nervios se permiten manipular hasta cierto punto al mejorar el tono y rango del diafragma y al aumentar la capacidad y postura pectoral, abdominal y pélvica, siempre y cuando la condición patológica no contradice el proceso.

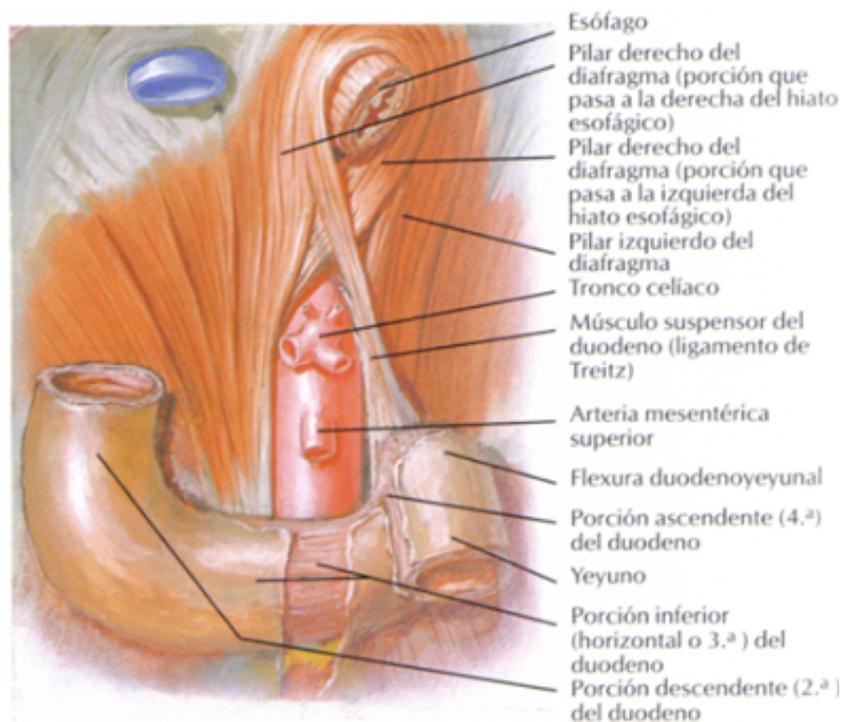
Las condiciones no remediadas de neumonía, infiltración de las glándulas mediastínicas por la gripe, anemia costogénica y la estasis linfática en el pecho y cabeza pueden mejorarse notablemente. La potencia del remedio no es menuda. Hay que ejercer cuidado en su uso. Cuando indicado, es una medida de gran valor, si realizada con destreza.

Sus principios se aplican a la conservación de la salud, al aumento la resistencia, al vencimiento de la estasis, además de las numerosas aplicaciones terapéuticas.

APLICACIONES TERAPEUTICAS

Obviamente, en un campo tan extensivo, tal como es el lado ventral del cuerpo, hay muchos aspectos del problema de la técnica, según la localización y naturaleza de la patología subyacente. Damos énfasis al diafragma porque ocupa una posición importante y única en relación a las numerosas funciones del cuerpo. La actividad sana depende de ello. El desuso parcial del diafragma está cargado con muchas posibilidades de carácter pre-enfermizo. Su condición y sus numerosas relaciones estructurales y funcionales pasan por alto. La normalización directa de estas estructuras constituye una medida potente en términos terapéuticos que es incalculable.

La terapia es mucho más que decirle al paciente que se mantenga erguido, ejerciendo y tonificando los músculos de la espiración forzada mientras el abdomen se eleve y se retraiga hacia dentro. Es más de instruirle a caminar y hacer ejercicios de gimnasia. Hay métodos generales para mantener y recuperar en salud. Pero además, hay muchas aplicaciones específicas que conciernen unas condiciones patológicas en concreto. Si alguno de los soportes diafragmáticos – parietal, torácico o costal – es defectuoso, inevitablemente hay deterioro de la estructura completa. Esto se refleja especialmente en la laxitud de las paredes abdominales, el aplanamiento y la rigidez del pecho, y un desplazamiento de las costillas inferiores. Una figura encorvada o agachada es una característica muy corriente. Por ser más que estudiado, no es necesario comentar más sobre este tema en concreto.



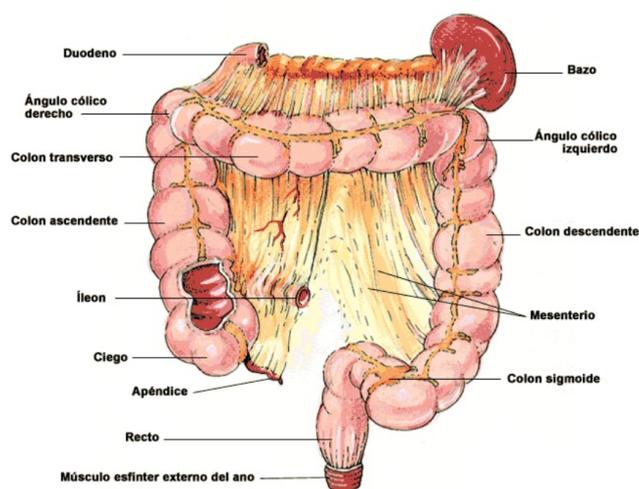
Los métodos específicos que claramente elevan y retraen el abdomen mientras el diafragma se redondea debido a la espiración forzada, que eliminan la rigidez pectoral y ensanchan la capacidad pectoral, y que elevan las costillas inferiores, son los efectivos con certeza. En casos selectivos, se debe de emplear esas medidas adicionales que estiran directamente las cruces, elevan y redondean el diafragma. El terapeuta puede colocar la yema del pulgar debajo del

arco costal y estirar el diafragma durante le espiración forzada. Esto descarga la tensión en las cruces y a menudo aumenta el límite diafragmático unos dos o tres centímetros más. El efecto tipo pistón sobre el organismo se acentúa. Se puede realizar mientras el paciente está en posición supina con los muslos flexionados; o en la postura rodilla-pecho. El esfuerzo debe de realizarse con lentitud y cuidado, y con respeto a la patología. Es mucho más efectivo que se imagina el novato. El mecanismo de redondear es muy poderoso.

Estos métodos son los básicos para mucho trabajo subsiguiente más detallado y localizado tal como elevar el duodeno en la parte más vinculada en el caso de ulcera péptica – en el punto enfrente del 2º o 3º lumbar al lado del colon ascendente. La elevación del duodeno se debe realizar con sumo cuidado mientras el paciente esta en la postura de rodillas al pecho. Una técnica correctamente realizada conlleva una mejoría consecuente. Se trata de elevar con cuidado y lentitud la parte más inferior del duodeno, que se demuestra sacular y esponjoso. El efecto en la extremidad proximal es bastante acentuado.

Sucede lo mismo con el drenaje del conducto biliar. Hay que asegurarse de un dominio pleno del campo de trabajo. La elevación, reanimación y drenaje de esto tejidos constituyen un arte, y depende sobre un conocimiento de las condiciones locales con respeto hacia la patología. Sin embargo, realizado con cuidado y con la atención necesaria de los elementos de fuerza y tiempo, se consiguen con frecuencia unos resultados excelentes. Si existe algún error, debería ser por hacer demasiado poco en la práctica. Hay mucha patología de esta zona que se puede tratar con éxito si detectada a tiempo.

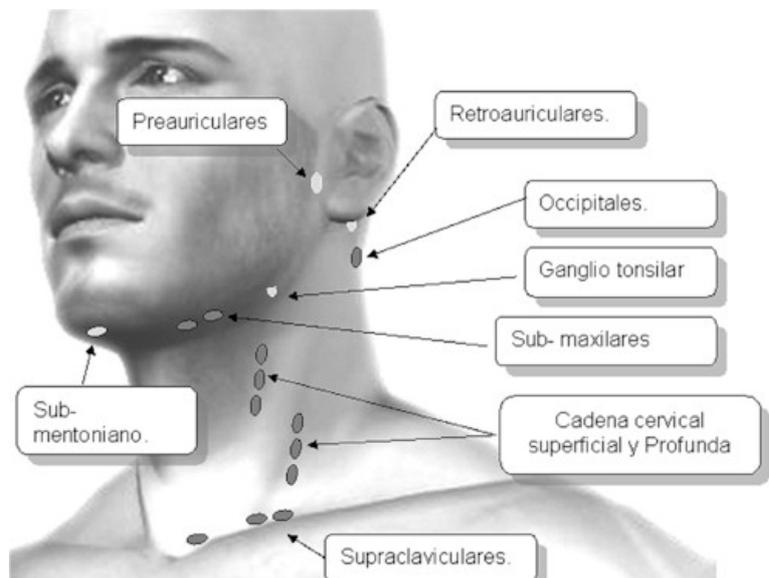
El intestino ciego y sigmoideo son otras zonas que requieren, con frecuencia, una atención especial. Aquí, como en otras partes, el trabajo debe de ser específico cuando requiere técnicas de eliminación, elevación y tonificación. Con el paciente en la postura con las rodillas al pecho, el terapeuta trata desde debajo del órgano y aplica una técnica de inhibición-liberación y de ajuste, no más allá de mitigar el sentido táctil. Varios otros métodos de manipulación local son a menudo eficaces. El factor fundamental es el grado de especificidad indicado, tal como en el trabajo de la columna.



Hablar a favor de una practica directa aquí o en otra zona no quiere decir que las lesiones se olviden. Tampoco quiere decir que el cuadro total de la enteróptosis se descuide, en vista de que muchas de estas condiciones locales son manifestaciones de una implicación amplia del lado ventral del cuerpo. Con frecuencia existe un grado de estasis y falta de tono por toda la víscera. No podemos olvidarnos de ello. No es que esta condición sea una enfermedad en sí, sino más bien una etapa en un proceso enfermizo que conduce a un trastorno determinado.

Los trastornos de la pelvis son numerosos. Probablemente los principios se hayan subrayado lo suficientemente para demostrar su importancia práctica en esta zona. No cabe duda que muchos tratamientos sean inútiles sencillamente por el hecho de haber descuidado de los factores preparatorios del desarreglo. El tratamiento local y quirúrgico para eliminar los síntomas son a menudo excusas débiles por haber descuidado las causas. El recto superior, la unión entre el colon pélvico y el recto, es otra zona que debería recibir una atención específica en el caso de verse afectado el recto. Se apreciará un estado de estasis, falta de tono y relajación, similar a las condiciones de intestino ciego y duodeno. Ciertos factores anatómicos, tal como el revestimiento mucoso despegado, pocas válvulas vasales, forman parte del cuadro. Un método beneficioso es de tratar la zona de unión a través de la pared abdominal enfrente del tercer segmento sacral, mientras el paciente esta en la postura de rodillas – pecho.

Pasamos a otra región ilustrativa de la terapia específica de la osteopatía en el lado ventral del cuerpo. Es la zona donde los linfáticos cervicales drenan a los conductos torácicos. El pecho superior aplanado, hombros encorvados y algún grado de curvatura cervical anterior son característicos del cuadro clínico. La deficiencia diafragmática es con frecuencia un factor contribuyente, debido a los soportes extensivos en el tórax. Es una parte del cuerpo que más se descuida. Una terapia de ajuste es invariablemente lo más indicado en todos los casos de infección respiratoria superior. La obstrucción linfática debida a la falta de relación entre la primera costilla, la clavícula y los músculos escalenos es muy probable. Los linfáticos asociados, de las zonas pectoral y axilar, también se ven afectadas. Desde un punto de vista patológica en la osteopatía, es una de las zonas del cuerpo afectados con más frecuencia.



(POR: Carl P. McConnell, D.O.)