



SOMMAIRE

Chroniques éditoriales

Eden abyssal, Homme post-industriel et Écologie médicale. <i>Patrick Sautreuil</i>	101
L'acupuncture bouge ! <i>Denis Colin</i>	103

In memoriam

Christian s'en est retourné. <i>Pierre Dinouard</i>	107
In memoriam Christian Rempp.	108

Etudes traditionnelles

Système lymphatique et acupuncture. <i>Bernard de Wurtemberg</i>	115
Un synopsis clinique des syndromes chinois. <i>Jean-Pierre Fossion</i>	122
Traduction des termes de la MTC : diagnostics et syndromes. <i>Xie Zhufan - Pierre Dinouart-Jatteau</i>	131
Réponse à «Réponses à "Des tableaux cliniques sans clinique" ?». <i>Pierre Dinouart</i>	136
Le vent pirate dans la pathogénie des maladies auto-immunes. <i>Bruno Esposito</i>	137

Etudes cliniques

Douleurs de névromes d'amputation et Acupuncture. <i>Patrick Sautreuil, Anne Lassaux, Philippe Thoumie, Marc Piquemal, Besma Missaoui</i>	144
Acupuncture et neuroprotection : quel rôle pour l'érythropoïétine ? <i>Marc Petitpierre</i>	156

Recherches

Amputation de membre, névrome douloureux, acupuncture antalgique, bio-différence de potentiel électrique et cristallographie du sang. <i>Marc Piquemal, Patrick Sautreuil</i>	162
---	-----

Lettres à la rédaction

Medec 2007. <i>Olivier Goret</i>	171
Acupuncture et Médecine traditionnelle en cardiologie - Etude bibliométrique. <i>Claude Pernice</i>	174

Pratique en Auriculothérapie

Apport de l'Acupuncture Auriculaire dans le traitement des Scolioses Juvéniles Idiopathiques Evolutives. Premiers résultats. <i>Monique Mimgam</i>	177
--	-----

Attention, c'est déjà arrivé ! Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

Acupuncture abdominale et longues aiguilles : danger ! <i>Jean-Marc Stéphan</i>	180
---	-----

Acupuncture vétérinaire

Le clavier dorsal : un jeu de points d'acupuncture utiles au diagnostic pour le vétérinaire néophyte. <i>François Gonneau</i>	184
---	-----

Reportage

Lettre d'Asie, Phnom Penh <i>Lucile Thibaud</i>	189
---	-----

Formation

Les <i>jing jin</i> , Méridiens Tendino-Musculaires ou Muscles des Méridiens. <i>Jean-Marc Stéphan</i>	191
--	-----

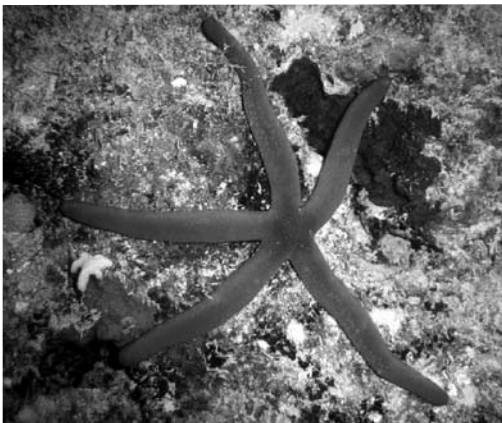
Agenda

197

Livres reçus

199

Etoile de mer 海星



Cette étoile de mer bleue, *Linckia laevigata*, photographiée dans la passe en S de Mayotte, par – 30 m est belle comme un caractère : comme 大 (*da*, Ricci 10210), grand, auquel elle ressemble ou comme 人 (*ren*, Ricci 5546), personne humaine, qui aurait retrouvé ses bras et danserait la farandole à la façon de Matisse. Cette ophiidiastéridé aurait pu, tout autant que les traces de pas d'oiseau sur le sable ou les craquelures d'écailles de tortues être à l'origine de l'écriture chinoise. La traduction du terme français « étoile de mer » en chinois est 海星, *haixing*. Dans l'idéogramme 海 (mer), on retrouve la mère 母 (*mu*) et ses deux seins nourriciers stylisés : l'homophonie des termes français est transcrite dans le terme chinois. Avec étoile, 星, on peut admirer l'acuité visuelles, à l'œil nu des Chinois de l'antiquité : au-dessus, c'est le soleil 日 (*ri*), au-dessous, c'est naître 生 (*sheng*), c'est à dire naissance d'un soleil, ce que confirme l'astronomie moderne.

Cette 海星 aussi une des nombreuses manifestations dans la nature d'une structure à symétrie pentaradiée, qui se décline pour nous dans les 5 Mouvements, 五行 (*wuxing*). Elle a, comme la plupart des astérides, une étonnante capacité de régénération : si on coupe une branche de l'étoile, elle repousse. Ce n'est malheureusement pas le cas pour les mammifères et les êtres humains amputés.

D^r Patrick Sautreuil

Patrick Sautreuil

Eden abyssal, Homme post-industriel et Écologie médicale



Le Ciel (*tian*, 天), la Terre (*di*, 地), mais aussi la Mer (*hai*, 海).
Un autre Monde.

Les mers des tropiques offrent de magnifiques panoramas sous-marins. Une algue unicellulaire d'un centième de mm et un polype, par milliers, par millions, par milliards, créent les coraux aux cent formes imbriquées. L'algue apporte au polype oxygène et nourriture et absorbe ses déchets dont le dioxyde de carbone. Les coraux abritent de nombreux poissons, juvéniles ou adultes. Dans les coraux « corne de cerf », on assiste au ballet des chromis bleu-vert : quand on s'approche, en une fraction de seconde, dans un même mouvement, le banc se regroupe dans les ramifications du corail. Si on s'éloigne, une lente et prudente « dilatation » se produit. On se rapproche, nouvelle « contraction ». Le jeu peut se répéter à l'infini. Quel mystérieux mécanisme régit le synchronisme de leurs mouvements ? Un signal électromagnétique !

Toutes les formes de vie sont d'une infinie variété : algues, récifs, coquillages, mollusques, crustacés, vertébrés ... Eden aquatique ! Les parures des poissons du récif sont somptueuses : poisson papillon, ange empereur, poisson cocher, diagramme oriental, chirurgien... D'autres, aux formes étranges, poisson scorpion, poisson pierre, sont presque invisibles et très dangereux [1].

En descendant le long de la pente récifale, on rencontre poulpes, spongiaires, gorgones, corail noir, mérours, murènes, raies, requins...

En équilibre dans l'eau, comme les astronautes dans le vide spatial, on se laisse dériver avec le courant, dans un *wuwei*, 无为, un « non agir » contemplatif de la beauté de la vie sous-marine tropicale, de sa richesse, de sa diversité et de l'intrication de ses différentes formes de vie. L'harmonie apparente cache une lutte permanente pour la survie : prédateurs pour les uns, proies pour les autres, tous maillons d'une chaîne alimentaire.

Vers les abysses, inaccessibles au plongeur autonome, évoluent des créatures encore plus étranges, certaines bioluminescentes, microscopiques ou immenses, belles ou hideuses, dont beaucoup restent à découvrir [2].

Cette luxuriance est fragile. Les activités humaines et le réchauffement climatique menacent les mers et ses habitants. « El niño » en 1998 a décimé par blanchissement 50 à 80 % du corail de l'Océan Indien. L'abondance et la diversité laissent place à des champs de corail mort, vides de toute forme de vie [3].

Depuis la révolution industrielle du XIX^e siècle, la concentration du dioxyde de carbone dans l'air a été multipliée par deux : grave perturbation de l'énergie du ciel ! [4]. Sa concentration dans l'eau de mer augmente parallèlement et l'acidification qui en résulte modifie la fixation du calcium par le plancton, source de vie océane... L'augmentation de la température de l'eau de mer et la variation de la concentration du sel modifient aussi la puissance des courants d'échanges thermiques et de nutriments entre les pôles et les tropiques, entre la profondeur et la superficie des océans, menaçant les écosystèmes.

Les déchets industriels, les métaux lourds (un kilogramme de mercure dans le foie d'une baleine !), la concentration des substances toxiques (pesticides, insecticides...) dans les chaînes alimentaires, menacent l'homme de ne plus pouvoir consommer le poisson de haute mer, qui se situe en fin de chaîne (le thon par exemple !), à moins que ce soit la sur-pêche qui en ait raison. Les plastiques sont une autre menace : morts par occlusion des tortues marines et des dauphins qui confondent plastiques flottant entre deux eaux et méduses.

La chimie a aussi de bon côtés, le médicament par exemple. L'Homme industriel et post-industriel a développé une pharmacopée efficace. À ce point que la première réponse aux excès - hypercholestérolémie, hypertension, hyperuricémie, hyperglycémie... - est

volontiers un médicament plutôt que des restrictions et des modifications du mode de vie ou d'alimentation. Mais le médicament ne traite pas tous les maux. Les douleurs de névromes d'amputation, par exemple, résistent souvent aux antalgiques les plus puissants. Une aiguille d'acupuncture locale apporte un soulagement, pour plusieurs jours, semaines ou mois. Quel mécanisme intervient dans ce soin ? Le même que celui qui commande les chromis et tous les bancs de poissons : un signal électro-magnétique ! Créant un court-circuit au niveau des tissus traversés, l'aiguille d'acupuncture rééquilibre l'accumulation d'électricité locale. Cela est très bien montré par la mesure de l'évolution des Bio-DDP par Marc Piquemal au cours de séances d'acupuncture antalgique chez deux de mes patientes amputées. Mobilisant les énergies électro-magnétiques du corps sans apport chimique, l'acupuncture est un modèle d'écologie médicale.

D^r Patrick Sautreuil

MPR, Ministère de la Défense, Fontenay/Bois

Praticien Attaché, Hôpital Rothschild, Paris

Professeur Associé, Kansai College of Oriental Medicine, Osaka, Japon

Président de l'A.S.M.A.F.-E.F.A.

✉ : patrick.sautreuil@cegetel.net

PS : Le cliché d'étoile de mer en couverture est dédié à mes amis Yunsan Meas, Yves Rouxville et Pierre Dinouart, médecins acupuncteurs - plongeurs sous-marins, et à tous les lecteurs d'A&M qui pratiquent ce sport.

Références

1. La Mer Rouge et l'Océan Indien, Steven Weinberg, Éd. Nathan, Paris, 2005.
2. Abysses, Claire Nouvian Fayard, Paris, 2006.
3. Planète MERS, Voyage au cœur de la biodiversité marine, Laurent Ballesta, Pierre Descamps Éd. Michel Lafon, Neuilly/Seine, 2005.
4. Une vérité qui dérange (An inconvenient truth), Al Gore, film documentaire, Paramount, 2006.

Denis Colin

L'acupuncture bouge !



Un diplôme d'état

Ce 14 février 2007, accueillir le Ministre de l'Éducation Nationale Gilles de Robien à « l'ancienne » Faculté de Médecine de Paris, pour l'annonce officielle de la création de la *Capacité en Acupuncture* a été un grand moment pour l'avenir de l'acupuncture en France.

Notre formation universitaire a été promue au rang de diplôme de l'État français, au cours d'une réunion où ont été présentés quelques éléments d'explication sur le contenu traditionnel et les bases scientifiques de l'acupuncture, ainsi que son enseignement théorique et pratique organisé à Paris 13, valant pour toutes les universités associées dans l'actuel DIU.

Cet événement a été souligné « d'historique » par son excellence Zhao Jin-Jun Ambassadeur de Chine en France, en réponse à l'annonce de cette création et de la signature d'accords franco-chinois sur l'enseignement et la recherche en Médecine Traditionnelle Chinoise. Le Ministre a été très intéressé par la démonstration pratique d'un TD sur les points et leur puncture.



Des étudiants de l'université Paris 13 de diverses années des DIU d'acupuncture et d'acupuncture obstétricale ont montré comment ils s'entraînaient à la manipulation des aiguilles avec des boîtes présentant la texture et la résistance de la peau, comment ils s'entraînaient à dessiner sur la peau les trajets des méridiens et les points avec des crayons de couleur à maquillage, et enfin, comment devant les lombalgies d'une femme enceinte « sujet » de la démonstration clinique les points étaient puncturés.

法国设计针灸文凭 教育部出马推广中国传统医学

中国网 | 时间：2007-02-16 | 文章来源：中新网



高蓝医生向德罗比安部长和赵进军大使展示不同规格的银针。(记者肖飞摄)

Monsieur l'Ambassadeur, connaisseur de la Médecine Traditionnelle Chinoise, a commenté nos explications au Ministre en soulignant que les acupuncteurs fran-

çais étaient respectés en Chine et que les échanges qui pourront s'opérer entre les deux pays seront un enrichissement mutuel.

Qu'apporte la Capacité par rapport au DIU ?

Cette question récurrente de tous les milieux est venue aussi bien des acupuncteurs que des médias médicaux et des médias grand public et mérite une réponse détaillée.

La première réponse concerne le programme, qui sera modifié dans sa forme et augmenté en contenu.

□ Pour la la forme, il est apparu que la présentation des cours de 2^e et 3^e années du DIU à Nantes constituait une expérience très satisfaisante en supprimant l'enseignement « sec » de la sémiologie, pour l'intégrer dans un exposé global comme nos bonnes vieilles questions d'internat : signes, diagnostic et diagnostics différentiels, traitements.

□ Pour le contenu, le programme intégrera des modules qui ne figurent pas dans l'actuel DIU comme l'initiation à la méthodologie et à la recherche, ou comme les principes et méthodes simples de diététique chinoise préventive...

La seconde réponse concerne la durée de vie du diplôme : un diplôme d'université a pour durée de vie celle de l'universitaire « directeur » qui le prend en charge et/ou de la bonne volonté d'un conseil d'université chargé de renouveler l'enseignement tous les 3 ou 4 ans. Si le directeur cesse son soutien à l'enseignement (départ à la retraite par exemple...) ou que le Président d'université et le Doyen s'y oppose (cela s'est produit à Toulouse) le diplôme n'est plus délivré et il disparaît.

Diplôme d'Etat, la durée de vie de la Capacité apporte une pérennité dans la délivrance du diplôme puisqu'elle est inscrite dans les programmes de l'Etat français.

Si dans l'avenir, le concept de Capacité Médicale devait disparaître des formations médicales, ce ne serait pas « purement et simplement », mais dans une transformation sous la forme d'un Master (Christian Rempp étudie la question à Strasbourg) ou d'un

DESC, qui avait été proposé par la Conférence des Doyens, mais qui ne pouvait être mis en place du fait de l'absence de lieux de stages pouvant accueillir des étudiants pour un minimum de deux semestres sur les quatre de la formation pratique.

D'autre part, un des obstacles majeur rencontré dans les négociations tarifaires ou dans les groupes de travail des recommandations clinique de la Haute Autorité de Santé, était l'affirmation de bonne (ou plus souvent de mauvaise) foi que premièrement nous n'avions pas de preuves scientifiques de notre efficacité, deuxièmement que notre pratique n'était pas reconnue. Avec un diplôme d'Etat, constitué à la suite d'une demande appuyée par un vote à la quasi unanimité de la Conférence des Doyens de Médecine, après qu'ils aient eu un exposé sur l'état des recherches scientifiques en acupuncture, la création de la Capacité représente une reconnaissance « opposable » aux diverses institutions.

Dès la parution au journal officiel de l'arrêté de création de la Capacité, nous prendrons rendez vous auprès de l'ordre national des médecins pour qu'il reconnaisse ce diplôme, comme ils l'ont fait pour le DIU.

Ainsi, aucune institution ni aucune personnalité ne peut plus dire que notre pratique n'est pas reconnue, car nous avons acquis un statut tant aux yeux du public médical et du « grand public » que vis à vis des institutions étrangères européennes et surtout chinoises.

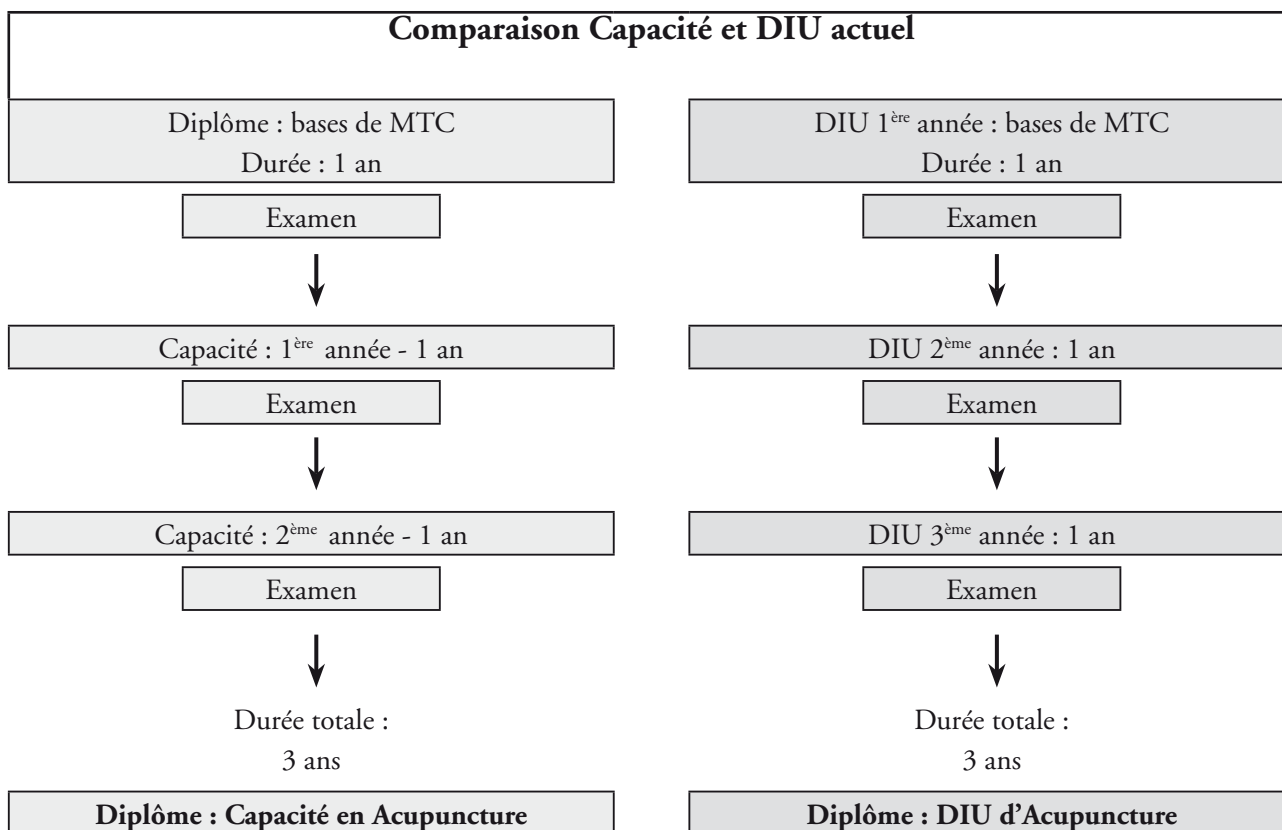
Quant aux preuves scientifiques, grâce au travail considérable du GERA pour constituer la base de donnée, nous avons commencé l'an dernier au Medec, avec les difficultés que vous savez, à communiquer sur l'existence des publications scientifiques et nous avons enfoncé le clou cette année au même Medec pour présenter les ECR et les recherches fondamentales en acupuncture.

Avec ces deux éléments fondamentaux, nous pourrons « attaquer » une nouvelle partie avec la CCAM afin de redonner à notre acte la rétribution qu'il mérite.

Comment se fera l'enseignement ?

Le DIU comportait trois années de formation.

Statutairement la Capacité n'en comporte que deux. Le choix s'est imposé de faire correspondre les deux



dernières années du DIU aux deux années de la capacité, et de prévoir une année de préparation correspondant à la première année du DIU et au programme du probatoire de la Capacité.

Par ailleurs des stages pratiques seront organisés pour apporter la formation clinique indispensable à une connaissance minimale de notre exercice médical.

L'évolution des mentalités devraient nous permettre d'obtenir des postes de PH et de Maître de Stage normalement rétribués.

Et pour ceux qui ont déjà le DIU ou son équivalent ?

Les formations DIU/Capacité restant similaires, mais augmentée de quelques éléments pour la Capacité, la validation des acquis reposera sur un principe qui semble convenir à tout le monde, mais qui est encore à maturer, celui d'une mise à niveau en méthodologie, diététique etc... sous forme de deux ou trois séminaires (nombre

sous réserve), dont les attestations de présence à la totalité des formations prévues permettra – sans examen – d'obtenir la validation des acquis et le diplôme.

Compte tenu de l'importance du nombre des praticiens et de leur répartition nationale, chaque coordonateur d'enseignement d'une université délivrant la Capacité aura pour mission de se mettre en rapport avec le conseil départemental ET régional de l'ordre des médecins pour faire une campagne d'information, et pour collecter les dossier de validation selon des modalités qui sont encore à mieux définir.

Une nouvelle page de notre histoire est écrite

Les contrats passés par le Ministère des Affaires Etrangères et par le Ministère de l'Education Nationale avec les autorités chinoises, vont nous permettre d'élargir nos horizons, d'une part grâce à des échanges de professeurs, d'autre part grâce à l'organisation de stages fran-

co-chinois pour les étudiants et surtout par la mise en place enfin possible de recherches financées par l'Etat, c'est précisément un des sens des accords signés entre la France et la Chine.

D^r Denis Colin
Secrétaire Général du CFA-MTC
Au nom de l'APEMECT (Association pour la Promotion
Européenne de la Médecine Chinoise Traditionnelle)

In memoriam

Pierre Dinouart-Jatteau

CHRISTIAN s'en est retourné.

À 59 ans, Christian REMPP, Président du CFA-MTC, a été emporté après avoir vainement lutté contre une longue et terrible maladie.

Nous sommes pleins de chagrin et de regrets de n'avoir pu suffisamment lui dire combien nous l'estimions, combien nous l'aimions, combien nous avions besoin de lui. Il a été unificateur et propagateur de cette Médecine Traditionnelle Chinoise à laquelle il a consacré toutes ses forces. Il l'a payé du prix de sa vie et du prix de souffrances physiques et morales.

Je le connaissais depuis plus de trente ans et, bien que discrètes, notre amitié et notre estime réciproques étaient solides. Quand je fus choisi comme Membre exécutif (Qualification Working Committee) de la W.F.A.S. (World Federation of Acupuncture and moxibustion Societies) pour l'Europe, sous la Vice-Présidence de Jean-Marc Kespi, je suis passé un jour, à mon tour, Vice-Président pour l'Europe. C'est Christian que j'ai proposé pour me succéder au poste de Membre exécutif. Ne pouvant pas participer au III^e Congrès mondial de la WFAS au Japon en 1993, c'est Christian qui

m'a proposé, par amitié, de lire ma Communication à ce Congrès. Devenu Vice-Président à son tour, il s'est, dans cette instance aussi, dépensé sans compter.

Grâce à son énergie, le CFA-MTC est devenu un lieu de travail et de rencontre national, puis international francophone. C'est lui qui avait souhaité que je sois élu au poste de Vice-Président du CFA-MTC, ce qui m'a amené à le remplacer lors de notre récente réunion fin avril.

Notre communion spirituelle et les pensées positives orientées vers lui ont montré quelle union nous unissait en pensant à lui.

Nous ne devons pas l'oublier et pour honorer sa mémoire il nous faut poursuivre les nombreuses tâches auxquelles il s'était attelé.

Que sa famille et ses amis trouvent en ses lignes le témoignage des très sincères condoléances des membres du CFA-MTC.

Pierre Dinouart-Jatteau

Vice-Président du CFA-MTC (Collège Français d'Acupuncture et de Médecine Traditionnelle Chinoise).



Christian Rempp au congrès de la Faformec à Clermont-Ferrand en 2002.

Notre confrère et ami Christian Rempp a franchi le « miroir des ombres ». Nous adressons à sa famille et à ses proches nos très sincères condoléances.

Parmi les images fortes de sa carrière de médecin acupuncteur, soulignons la qualité de son accueil à Strasbourg pour la réunion annuelle de la FAFORMEC (2004) et son implication dans *Acupuncture Sans Frontières*. Il a contribué à développer, avec les Sages Femmes de sa région, l'utilisation de l'Acupuncture en gynéco-obstétrique et a écrit en 1995 un livre qui fait toujours office de référence dans le milieu : « La Pratique de l'acupuncture en obstétrique ». Cette spécificité dessine ce que devrait être l'Acupuncture en Occident : une spécialité validée dans les spécialités. L'enseignement de ce domaine concerne maintenant d'autres régions comme Paris, Nîmes, Rouen et Lille. Souhaitons qu'à Strasbourg, un de ses élèves reprenne le flambeau. Le travail d'Acupuncture Sans Frontières à Madagascar est une autre facette des activités de Christian (présenté dans *Acupuncture & Moxibustion* Vol 4(1), 2005, éditorial de Christian, article de Jean Pierre Guérin). Dans un contexte socio-culturel différent, l'acupuncture - moxibustion se révèle un outil de soin remarquable, facile à transplanter quand

il est adapté à ceux qui vont l'employer. Dans un pays aux ressources dérisoires, des aiguilles chinoises et des bâtons de moxas font merveille. En montrant l'efficacité de l'Acupuncture dans deux contextes aussi distincts - hospitalo-universitaire en Alsace et brousse des hauts plateaux malgaches - Christian Rempp a puissamment contribué à son rayonnement. Par ailleurs, Christian s'était investi dans de très nombreuses activités : Président de la société savante d'acupuncture (Collège Français d'Acupuncture), Vice-président de l'AFA (Association Française d'Acupuncture), Vice-Président du 5^{ème} et 6^{ème} comité exécutif de la WFAS (World Federation of Acupuncture-moxibustion Societies), et aussi Rédacteur en Chef de la revue *Acupuncture & Moxibustion*. Ainsi Christian, par sa grande capacité de travail, aura collaboré à l'évolution de l'acupuncture vers une meilleure intégration dans le système de santé actuel.

D^r Patrick Sautreuil, D^r Jean-Marc Stéphan (au nom de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France –Ecole Française d'acupuncture : ASMAF-EFA)

Beaucoup d'entre nous, du CFA et de tous les groupes que tu fréquentais, auraient souhaité t'accompagner pour ton dernier voyage et soutenir tes proches dans la peine de ton départ et le chagrin des souffrances qu'ils t'ont vu subir sans pouvoir te soulager. Nous ressentons tous leur tristesse et nous partageons leur émotion, avec eux nous inclinons une dernière fois vers toi... Nous avons partagé quelques secrets de vie à différents moments de notre existence, souvent parallèle, et je garde en mémoire notre longue conversation au congrès de Strasbourg au cours de laquelle se mêlaient émotions, amitié sincère, et projets multiples. Nos visions étaient parfois divergentes, parfois un peu solitaires, mais pour l'essentiel, nous avions les mêmes buts, les mêmes espoirs, les mêmes volontés à insuffler pour donner la pleine mesure de ce que nous considérons d'une valeur inestimable : la Médecine Traditionnelle Chinoise. Elle nous unissait dans notre vie professionnelle, dans notre vie spirituelle, et participait pleinement à notre développement personnel. Tu as déployé bien des efforts pour mettre en place les enseignements universitaires d'acupuncture et d'acupuncture obstétricale, pour diriger le Collège Français d'Acupuncture

et pour agir à la reconnaissance de notre pratique. Nos cheminements ont été récemment si proches dans des voies que nous aurions dû explorer cote à cote, que des informations incomplètes et un défaut de communication ont produit une friction brutale et inattendue. Mais ta capacité au dialogue a su prendre le dessus, toute notre connivence a été retrouvée, avec notre amitié sans tache. Juste avant ta dernière intervention chirurgicale d'avril, ce fut la dernière fois que nous avons pu échanger de vive voix, tu pensais être parmi nous pour l'AG du CFA et nous avons passé une heure magnifique au téléphone, pour parler de la vie, de nos vies, et de tant de questions concernant l'acupuncture qui te motivaient, tes projets ne manquaient pas... Sache que nous prolongerons ton élan créatif et le ferons vivre en y associant toutes les idées de développement de la Médecine Traditionnelle Chinoise que tu espérais pour notre communauté d'acupuncteurs. L'Eternel Orient qui te fascinait tant est désormais ta demeure, l'ombre a laissé la place à la Lumière, tes *Qi* ont retrouvé l'Unité, et pour le maillon que tu as été dans notre grande chaîne d'union, ta place sera toujours présente. Tu nous manqueras, c'est sûr. Adieu mon ami.

D^r Denis Colin

Secrétaire Général du CFA-MTC

Au nom de l'APEMECT (Association pour la Promotion Européenne de la Médecine Chinoise Traditionnelle)

Je tiens à exprimer en ces quelques mots, au nom de tous les membres de la FAFORMEC, l'immense chagrin et la profonde tristesse de notre communauté médicale suite au décès de Christian. Nous perdons un Ami cher. Un grand Monsieur de l'acupuncture nous quitte. Très sincères condoléances à sa famille.

D^r Henri Yves Truong Tan Trung

Secrétaire FAFORMEC

Devant ce drame, auquel nous nous préparions malheureusement ces derniers jours, je tiens à exprimer, au nom des membres de l'AFA, l'immense tristesse qui nous envahit après la disparition de Christian. Christian était vice-président, et membre du CA de l'AFA, et nous apprécions tous son dynamisme et son amitié. Sa disparition est une grande perte pour l'AFA en particulier, et

pour l'acupuncture en général, lui qui s'était tellement totalement investi dans la défense, la reconnaissance et le développement de notre pratique. Très sincères condoléances à sa famille.

D^r Gilles CURY

secrétaire général de l'AFA



Christian au congrès de la Faformec à Lyon en novembre 2005

Avec la disparition de Christian Rempp, l'Association française d'acupuncture ne perd pas seulement son premier vice-président, mais un ami. Ami, il l'a été pour beaucoup d'entre nous et tout particulièrement pour ceux qui ont eu la chance de pouvoir le côtoyer pendant plus de trente ans. Nous apprécions sa gentillesse, sa curiosité, son humour et sa convivialité. Nous partageons avec lui nos connaissances, nos stratégies et nos espoirs. Que n'a-t-il lutté pour faire connaître, reconnaître et diffuser cette acupuncture qui nous passionne tous ! Très engagé dans tout ce qu'il faisait, il n'hésitait pas à prendre sa voiture pour venir le soir à un conseil d'administration de l'AFA à Paris et à repartir, celui-ci terminé, pour rentrer à Strasbourg dans la nuit. Il était sur tous les fronts : à l'AFA où il dirigeait le centre de Strasbourg, à l'Université où il enseignait et coordonnait le DIU, à l'hôpital pour un travail interdisciplinaire en gynéco-obstétrique, en clientèle privée pour soulager les malades, en obstétrique avec les sages-femmes à qui il dispensait un enseigne-

ment, à Florence où il donnait des cours, à Madagascar avec Acupuncture sans frontières pour soigner les plus démunis, au CFA qu'il présidait pour défendre l'acupuncture vis-à-vis des pouvoirs publics, sans parler des congrès qu'il organisait (les journées européennes dans les années 1990, le congrès de la Faformec à Strasbourg), de ses interventions unanimement appréciées dans les séminaires et congrès de l'AFA, de la représentation de la France à la WFAS (World federation of acupuncture societies) où il faisait partie du comité exécutif, de ses nombreuses publications dans la revue française d'acupuncture, de ses ouvrages sur l'obstétrique, etc. Tel était Christian, qui comme un héraut, selon l'expression de Jean-François Ménard, criait l'acupuncture sur tous les toits. Nous avons perdu l'un de nos plus ardents défenseurs. Que sa mémoire soit honorée parmi nous !

D^r Gilles Andres

Président de l'AFA

Je m'associe à tous les membres du CFA qui se sont exprimés pour à mon tour dire ma grande tristesse suite au décès de Christian. Je présente toutes mes condoléances à sa famille en mon nom et au nom du CFA.

D^r Jean-Luc Gerlier

Trésorier du CFA-MTC

Nous demandons à tous nos confrères en général et aux acupuncteurs en particulier d'avoir un instant de recueillement pour accompagner le passage à l'Orient éternel de notre ami Christian. Que sa famille soit assurée de nos soutiens fraternels pour passer ces moments difficiles. Pour tout taoïste, la mort n'est qu'un passage vers l'éternel et l'immortalité. Nous ressentons la disparition de Christian Rempp avec d'autant plus de peine qu'il avait tenu à fédérer des individualistes. Il avait créé le CFA, mais c'est aussi lui qui a eu l'idée, avec son ami Mr Guy Mazars, de la collection «Médecines d'Asie-Savoirs Pratiques», aux éditions Springer Verlag France. Par esprit d'ouverture, il nous avait informés dès avril 2004 de son souhait qu'existe une monographie sur l'Auriculothérapie au sein de cette collection. Adieu, Christian, et merci.

D^r Yunsan Meas, Dr Yves Rouxville

Pour la Commission d'acupuncture auriculaire de la FAFORMEC

Au nom de tous mes confrères acupuncteurs espagnols du SAME et de l'ACMAS, nos plus sincères condoléances pour le décès du Dr Christian Rempp.

D^r Rafael Cobos Romana

Pour la Société d'acupuncture Médical d'Espagne (SAME) et l'association scientifique des Médecins acupuncteurs de Séville (Espagne) ACMAS

C'est avec profonde tristesse que nous apprenons le décès de notre confrère Christian REMPP.

Grande figure de l'acupuncture française, il était Président du CFA (Collège Français d'Acupuncture) et Vice-président de l'AFA (Association Française d'Acupuncture). Nous l'avions reçu plusieurs fois à Bruxelles. Ses séminaires avaient obtenus de vifs succès. Je garderai le souvenir d'un ami d'une très grande gentillesse. L'acupuncture perd un grand monsieur.

D^r Paul LAUWERS

Pour l'Association Belge des Médecins-Acupuncteurs /ABMA/BVGA

Au nom de l'équipe de la commission neuroscientifique Belge, je présente mes sincères condoléances à l'Association Française d'Acupuncture et au Collège Français d'Acupuncture, ainsi qu'à la famille du regretté confrère, le Dr Christian Rempp.

D^r Jean Pierre Fossion

Commission neuroscientifique Belge de l'ABMA/BVGA

L'AGMA (Association genevoise des médecins acupuncteurs) a appris avec une très grande tristesse le décès du D^r Christian Rempp. Nous avons eu la chance de le recevoir deux fois à l'occasion de notre congrès annuel et nous avons pu apprécier son humanité, sa générosité et la grande qualité de son travail de recherche. C'est un véritable Ami qui s'en est allé prématurément et il va cruellement manquer dans tout le monde de l'acupuncture. Nous adressons nos chaleureuses pensées et toute notre sympathie à la famille de Christian ainsi qu'à l'AFA.

D^r Bernard de Wurstemberger

Pour le comité de l'AGMA

Je garderai toujours le souvenir des moments d'exception que j'ai pu partager avec Christian lorsque nous

représentations l'acupuncture française dans les réunions de la WFAS à Séoul, à Rome et à Lisbonne. C'est dans ces moments d'ambassade que l'on pouvait le mieux se rendre compte du travail de notre regretté ami pour promouvoir aux Quatre Orientes la spécificité de l'acupuncture médicale française et assurer son rayonnement au plus loin. Tous les délégués des différentes nations appréciaient son écoute, ses propositions toujours porteuses d'une abondance de projets d'avenir, et sa convivialité dans les moments de détente du soir, où les échanges sont les plus fructueux. Notre pays et sa communauté d'acupuncteurs perdent un grand ambassadeur et un grand militant, un vrai ministre des affaires étrangères. J'ai prévenu la WFAS du décès de notre ami, qui avait succédé à Jean Bossy pour l'une des vice-présidences de la Fédération Mondiale des Sociétés d'Acupuncture. Christian Rempp a tout donné dans ses multiples combats de son chemin de Vie, pour les pays en voie de développement, pour l'enseignement, pour la nomenclature et la reconnaissance officielle de notre art.

Il nous laisse son exemple au CFA qu'il avait voulu créer et qu'il présidait. Que sa famille et ses amis soient assurés de notre profonde sympathie. Qu'il « rentre » en paix lui qui aidait à « sortir » ! Qu'il puisse vagabonder librement dans le Ciel !

D^r Pascal Beaufreton
Au nom de la FMC RDAO

En mon nom personnel et au nom de tous les membres de la SAMP, j'adresse mes sincères condoléances à la famille de Christian Rempp. Il est certain qu'il s'agit d'une grande perte pour le monde de l'Acupuncture et que nous devons continuer son combat pour être dignes de tout ce qu'il nous a laissé. Nous renouvelons en particulier toutes nos amitiés aux membres de l'AFA.

D^r Jean-Pierre Dartigues
Président du SAMP

L'image de Christian restera gravée à jamais dans nos mémoires comme celle d'un acupuncteur passionné et autodidacte, qui n'aura toute sa vie eu de cesse d'affron-

ter toutes les autorités qui font obstacle à notre spécialité et de développer bien au-delà de nos frontières cette acupuncture qui fut sa passion. Il y a perdu beaucoup d'énergie et si l'au-delà l'a emporté, c'est un peu dans ses combats pour défendre l'acupuncture. Il était sur tous les fronts et sa perspicacité lui a permis d'atteindre des objectifs inespérés dans le domaine de l'Obstétrique en particulier. Rendons lui donc un chaleureux hommage et associons-nous à la douleur de sa famille. Je garderai en mémoire notre collaboration presque affective pour le Congrès de la Faformec de Strasbourg 2003 qu'il a organisé et pour la revue « Acupuncture & Moxibustion » pour laquelle je lui envoyais des articles sur les essais contrôlés randomisés en obstétrique qu'il continuait à rédiger malgré sa maladie. Adieu Christian et sois en paix où que tu sois.

D^r Olivier Goret
Président du Gera



Christian en Camargue, un lendemain de congrès AFERA...

C'est cette image-là que nous souhaitons conserver dans nos cœurs, car avec le compagnon de travail reconnu et aimé de tous, nous avons surtout perdu un véritable ami avec lequel les moments de détente ont souvent

gravé d'inoubliables souvenirs. Nous voulons dire à sa famille et à ses proches toute notre affliction.

D^r Daniel Deroc

Au nom de tous les membres de l'AFERA

Bien triste nouvelle qui nous touche tous et je vous assure au nom de l'AMAC notre profonde tristesse. Il nous manquera en tant qu'acupuncteur, c'est évident, mais surtout en tant qu'ami depuis de nombreuses années.

D^r Paul Lepron

Au nom de l'AMAC

Je suis profondément attristé par cette nouvelle. Christian Rempp était un des fers de lance de l'acupuncture en France, doté d'une énergie et d'une combativité peu communes, j'ai admiré l'homme et sa vivacité d'esprit. Il va nous manquer. Au nom de l'AMARRA, j'adresse toutes mes condoléances à sa famille.

D^r Patrick Baudin

Au nom de l'AMARRA

We are so sad to inform the news about the death of Dr.Christian Rempp. We are in the state of shock and grieve. We already expressed condolence to the family of Dr.Christian Rempp and his close friends, on behalf of the secretariat of World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies.Prof. Deng Liangyue, president of WFAS, also sent his condolence letter by fax. By the way, we uploaded a few condolence letters in memory of Dr.Christian Rempp on our website special column in Chinese and English. If you'd like to express your sadness, please e-mail us.We will convey them to the family of Dr Christian Rempp. Looking forward your reply. Best regards.

Ms. Song li

Executice Vice-Secretary in secretariat of
World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies
WFAS

I was deeply saddened to hear the news about the sudden death of Dr Christian Rempp. Please allow me to extend my condolence to Dr Christian

Rempp's family on behalf of World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS). We are in the state of shock. I was Impressed by Dr Christian Rempp's spirit and honesty, and he was such an entertaining and supportive person to be around. I am lucky enough to be able to work "With Dr Christian Rempp for the better development of the world acupuncture course. Dr Christian Rempp was the member of fourth Executive Committee of WFAS, Vice-president of fifth and sixth Executive Committee and also worked as the Deputy-Director of WFAS Intemational Acupuncture Qualification Exam Committee. During his service in WFAS, much contribution was made to facilitate the global acupuncture development and legislation. His death is a great loss to WFAS and world acupuncture field. Iwould like to send the condolence to the family of Dr Christian Rempp.

Prof. Deng Liangyue

President of World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies

I am very sad to hear that Christian Rempp, vice president of the Sixth Executive Commitee of WFAS, passed away. We lost a great man and a good friend. Dr Christian Rempp was the member of fourth Executive Committee of WFAS, Vice-president of the fifth and sixth Executive Committee and also worked as the Deputy-Director of WFAS International Acupuncture Qualification Exam Committee. During his service in WFAS, much contribution was made to facilitate the global acupuncture development and legislation. I knew Christian for about ten years. We are worked together closely in WFAS and I always deeply admired his attitude and knowledge of acupncture and TCM and his strong efforts to spread the knowledge of TCM worldwide. On behalf of the secretariat of World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies, I expressed my condolence to the family of Dr. Christian Rempp. On WFAS website we set a special column in memory Dr. Christian Rempp. If you know him well and also will express your condolence to his family, to his friends, please write to the Secretariat of WFAS. We

will together memorize Dr. Rempp and convey your sadness and condolence. Sincerely yours.

Prof. Shen Zhixiang
Secretary-general of WFAS

Au nom du GLEM (Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales) dont je suis le vice-président, j'exprime notre profonde tristesse à cette disparition. Je me joins aux voix du GLEM pour présenter tout notre soutien au CFA, à l'AFA, à sa famille et à la grande famille des acupuncteurs et auriculothérapeutes.

Dr Michel Marignan
Au nom du GLEM

Je vous exprime en mon nom et au nom de notre fédération PEFCTCM tous mes regrets pour cette triste nouvelle. J'ai beaucoup de respect pour tous les médecins français qui étudient et pratiquent une acupuncture de haut niveau. Je pense que le travail du Dr Rempp en montre un bon exemple.

Zhu Miansheng

Hommages à titre personnel

Soyez assurés de toutes mes condoléances. Transmettez à la famille mes pensées attristées. Sincèrement

Violette Corfdir-Belkassem

J'ai été attristée d'apprendre cette nouvelle. Il fut un président sympathique, actif, et plutôt suractif même d'après ce que j'ai pu saisir de sa vie bien remplie. Ce n'était pas facile pour lui pendant des années, il était miné par trop de choses semble-t-il, je me joins à vous tous pour lui rendre hommage et lui dire merci pour tout ce qu'il a accompli de son vivant, il a aidé beaucoup de gens à passer des épreuves difficiles. Il leur a apporté toute sa connaissance, sa force, son énergie et son amour pour son prochain... Il n'a pas été récompensé comme on pouvait l'espérer pour lui et il ne vivra pas une retraite oisive... Je le connaissais peu, mais l'image qu'il m'a donnée était celle d'un homme bon.

Dr Nelly Carosi

Condoléances à la famille et meilleurs souvenirs de son action.

Dominique Pianel

Comme vous tous je suis extrêmement touché par le départ de Christian. C'était un homme de grande valeur, passionné, sans lequel le CFA n'existerait pas. En cet instant, je pense surtout à ses proches, à tous ceux qui l'aiment, et qui regrettent un peu, peut être, tout le temps qu'il nous a consacré et dont ils n'ont pu profité avec lui. Pour tout cela et l'humanité qui était la tienne, merci Christian.

Dr Philippe Castera

Nous venons de perdre un être intelligent, humain et généreux. Il continuera à m'accompagner. Je pense particulièrement à ses proches auxquels j'adresse mes sincères condoléances.

Dr Florence Phan-Choffrut

Je ne connaissais le Dr Rempp que de nom et à travers son ouvrage en obstétrique. La disparition d'un praticien réputé laisse toujours un instant de confusion dans nos cœurs. Veuillez transmettre à sa famille et à ses proches mes tristes condoléances.

Frédéric Breton

Merci de nous avoir prévenu, c'est une bien triste nouvelle, c'est la perte d'un ami et d'un défenseur de l'Acupuncture française.

Dr Claude Apchain

Bien triste nouvelle, en effet. Nous sommes de tout cœur avec sa famille.

Dr Anita Bui et Dr Jean-Claude Dubois

Grande tristesse ! J'ai voué une très grande estime à Christian. Toutes mes condoléances à sa famille.

Dr Bernard Maire

A mon tour et avec une émotion sincère, je m'associe au deuil qui frappe l'Acupuncture Française. Christian

Rempp a scellé dans une pierre blanche indélébile le parcours de notre compétence. Il restera à tout jamais marqué dans nos mémoires. Je présente à toute sa famille mes plus sincères condoléances.

D^r David Alimi

Toutes mes sincères amitiés à la famille de Christian qui était un Grand Monsieur de l'Acupuncture avec la gentillesse et son côté humble. Je me souviens des discussions à Clermont-Ferrand avec lui...

Son combat est le nôtre, celui de la reconnaissance de notre spécificité. Continuons Ensemble ce combat.

D^r Michel Faure

Nous avons beaucoup échangé, Christian et moi, sur l'opportunité du système L.M.D. Christian avait la vision européenne. Sans remettre en cause les acquis

récents, puisse cette vision perdurer au sein du C.F.A malgré sa disparition. Adieu à notre ami, condoléances à sa famille.

D^r Jean Louis Vicq

Le temps qui passe ne revient pas, encore un Ami qui nous quitte dans la fleur de l'âge après tant de services rendus à la société, à l'acupuncture. Hommages à Christian, condoléances attristées à sa famille.

D^r Khanh Nguyen-Trong

Bien sûr son nom était très connu dans le monde des acupuncteurs... je ne le connaissais pas personnellement... Nul doute qu'une de nos « grandes pointures » vient de disparaître.

D^r François-Xavier Roch

Bernard de Wurstemberger

Système lymphatique et acupuncture

Résumé : Réflexion sur le système lymphatique avec le langage de la médecine traditionnelle chinoise : parenté frappante entre l'organisation topographique du système lymphatique et le trajet de certains méridiens ou encore la localisation de groupes ganglionnaires. Les fonctions du système lymphatique (nutrition, défense et équilibre liquidien du corps) rappellent le système des trois réchauffeurs (énergies *rongwei* et métabolisme des liquides organiques). *Chongmai*, rein, vessie, points barrières au niveau du cou et points fenêtres du ciel sont impliqués dans les fonctions du système lymphatique : l'acupuncture pourrait avoir une action intéressante dans les cas de déficience du système lymphatique. **Mots-clé :** système lymphatique - lymph - ganglion lymphatique - trois réchauffeurs - *chongmai* - rein - vessie - points barrières - points fenêtres du ciel.

Summary: There are similarities between the occidental lymphatic system and traditional chinese medicine: the topographic organization of the lymphatic vessels is compared to the network of meridians and lymph nodes; *chongmai*, kidney, urinary bladder as numerous points in the neck are implicated in the functions of lymphatic system (nutrition, defense, metabolism of liquids). Acupuncture could be useful in the treatment of deficiency of the lymphatic system. **Keywords:** lymphatic system - lymph nodes - *chongmai* - kidney - urinary bladder - barriers - points windows of heaven.

Comment la médecine traditionnelle chinoise pourrait-elle intégrer dans sa dialectique la physiologie du système lymphatique ainsi que les troubles de son fonctionnement ?

Si la médecine occidentale a bien décrit l'anatomie et les fonctions du système lymphatique, elle peine cependant à trouver des outils thérapeutiques efficaces pour des problèmes aussi importants que la nutrition des cellules ou la défense de l'organisme contre des agressions extérieures.

La médecine traditionnelle chinoise, pour sa part, ne parle pas de système anatomique, mais elle s'attache avant tout à définir des fonctions, la thérapie découlant de la compréhension de ces fonctions. À ce propos, il est frappant de souligner l'analogie entre le système lymphatique responsable de l'apport nutritif et des défenses de l'organisme et le système d'entretien de la médecine traditionnelle chinoise qui assure les mêmes fonctions par l'intermédiaire de l'énergie *rong* (nutritive) et de l'énergie *wei* (défensive).

Il a paru intéressant de chercher à savoir si le système lymphatique, tel qu'il est décrit par la médecine occidentale, pouvait bénéficier d'une meilleure compréhension avec un autre regard, celui de la médecine traditionnelle

chinoise. L'organisation topographique du système lymphatique fait étrangement penser au trajet de certains méridiens, les points d'acupuncture représentant les ganglions disséminés le long du réseau des vaisseaux lymphatiques. L'idée n'est, bien sûr, pas de faire coïncider un ganglion avec un point d'acupuncture, mais plutôt de voir si les zones de concentration ganglionnaire (en particulier celles de l'aîne, de l'abdomen et du cou) correspondent à des systèmes énergétiques chinois, impliqués (ou non) dans le bon fonctionnement du système lymphatique. Une telle « occidentalisation » de l'acupuncture, largement débattue voire combattue, peut être intéressante dans la mesure où elle nourrit le vaste débat des médecines complémentaires et où elle offre des perspectives thérapeutiques prometteuses.

La littérature sur le système lymphatique en médecine traditionnelle chinoise est particulièrement pauvre, il s'agit donc ici d'une approche générale qui nécessiterait un approfondissement ultérieur si les constatations faites devaient confirmer l'hypothèse de départ.

Regard occidental sur le système lymphatique

- intermédiaire pour l'approvisionnement constant des cellules du corps en substances nutritives (via les

vaisseaux chylifères), en complément du système sanguin ;

- défense de l'organisme contre les infections (par les globules blancs présents dans le liquide interstitiel et par les cellules immuno-compétentes produites dans les ganglions lymphatiques) ;
- « éponge » absorbant le liquide interstitiel, afin d'éviter les œdèmes, réserve de plasma en cas d'hémorragie.

Le système lymphatique fait partie intégrante du système circulatoire, il n'est pas une entité indépendante. Il constitue un système de transport secondaire dont le réseau de vaisseaux est beaucoup plus dense que le système veineux et artériel. Les vaisseaux lymphatiques sont situés dans la même gaine que les veines et les artères, et le sens de circulation lymphatique est exclusivement efférent.

Les cellules du corps « baignent » dans environ 10 litres de liquide interstitiel qui contient en même temps les éléments nutritifs nécessaires au métabolisme cellulaire et des déchets (débris cellulaire, toxines, grosses particules, bactéries).

La lymphe interstitielle est un exsudat du plasma sanguin constituant le milieu interne nourricier des cellules :

- liquide incolore et transparent,
- provient du sang veineux (réseau capillaire artérioveineux) et retourne au sang veineux (veines sous-clavières gauche et droite),
- même composition que le sang (sauf globules rouges et plaquettes),
- semblable au plasma sanguin, en plus dilué (seulement 5% de protéines),
- une partie plasmatique (protéines, électrolytes, glucose, cholestérol, fer, hormones, etc.), une partie corpusculaire (globules blancs, macrophages, lymphocytes),
- recueille les particules trop volumineuses (débris cellulaires, particules grasses, etc.) qui sont captées par les capillaires lymphatiques et transportées dans le système lymphatique.

Une partie du plasma sanguin filtre à travers les parois capillaires et va apporter aux cellules du corps les substances nutritives essentielles ainsi que des globules blancs assurant une intervention immédiate en cas d'infection.

On comprend que ce liquide, une fois son rôle nutritif et défensif accompli, ne peut retourner dans le système veineux : chargé de déchets et de toxines, il risquerait d'empoisonner l'organisme.

Le réseau des vaisseaux lymphatiques va donc permettre de transporter ce liquide interstitiel vicié, devenu lymphe, dans les ganglions lymphatiques afin de le « détoxifier ».

Notons qu'il existe des vaisseaux lymphatiques profonds (drainant les organes profonds et en particulier le chyle provenant de l'absorption digestive) et des vaisseaux lymphatiques superficiels (drainant les membres et la surface du corps).

Contrairement à la circulation du sang dans le système vasculaire (5 litres de sang transitent par le cœur chaque minute), la circulation lymphatique est à basse pression et à très bas débit (environ 1 litre de lymphe par jour circule dans le réseau lymphatique).

La métaphore « *le sang est le TGV, la lymphe le train de banlieue et les ganglions lymphatiques les gares* » illustre bien ces caractéristiques circulatoires.

Il est à noter : que la circulation de la lymphe est ralentie pendant le sommeil, l'inactivité, le froid, la fatigue et le stress, qu'elle est accélérée dans les cas d'augmentation de l'activité cellulaire, lors des contractions musculaires et dans tout état inflammatoire et infectieux.

Le débit peut dans ces conditions atteindre jusqu'à 15 litres par jour.

La circulation de la lymphe, qui doit s'effectuer dans le sens contraire de la gravité (sauf pour la tête et le cou), est principalement assurée par les contractions des muscles, le péristaltisme intestinal et la respiration. Des valvules empêchent le reflux et les espaces entre les valvules, appelés lymphangions, sont animés de 5 à 10 contractions par minute.

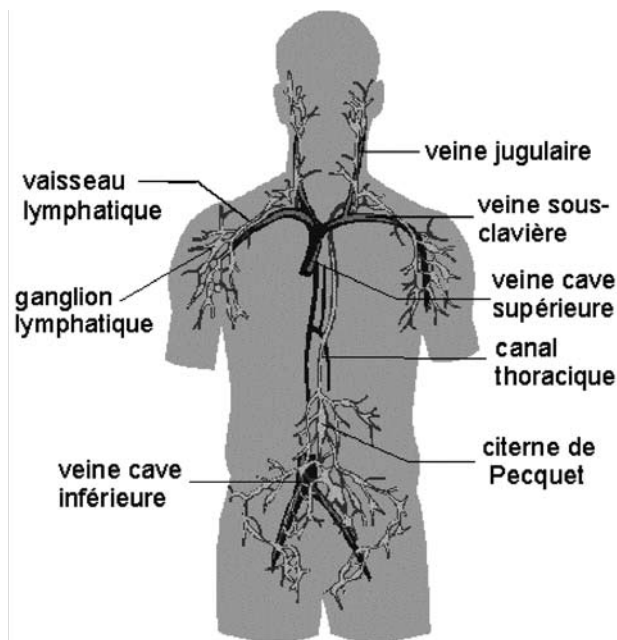


Figure 1. Topographie du système lymphatique

On constate une asymétrie de la circulation lymphatique :

- le canal thoracique achemine la lymphe des membres inférieurs, des cavités abdominale et thoracique, du membre supérieur gauche et de la partie gauche du crâne à la veine sous-clavière gauche ;
- la grande veine lymphatique achemine la lymphe du membre supérieur droit et de la partie droite du crâne à la veine sous-clavière droite.

Quant à la fameuse citerne de Pecquet, elle n'est présente que chez 10 à 20 % des individus et elle n'est en fait qu'une dilatation située à un niveau variable du canal thoracique.

Les ganglions lymphatiques, au nombre de 500 à 1000 chez l'adulte et de la taille d'un petit pois, sont les principaux filtres périphériques de l'organisme et permettent d'épurer la lymphe de ses composants anormaux (particules inertes, microbes, cellules dégénérantes ou cancéreuses).

Ils jouent également un rôle fondamental dans la défense immunitaire du corps grâce à l'intervention sur place ou à distance des lymphocytes qu'ils contiennent.

C'est dans les ganglions lymphatiques qu'a lieu la présentation de l'antigène et la production d'anticorps (lymphocytes B) ou la production de lymphocytes T

à mémoire.

D'autres organes lymphoïdes appartiennent également au système lymphatique et ont un rôle dans la filtration, dans la production ou dans le stockage de lymphocytes :

- la rate (organe lymphoïde important dans les processus immunitaires et dans la destruction des vieux globules rouges),
- les amygdales pharyngées, laryngées, linguales et palatines (anneaux de tissu lymphoïde défendant l'organisme contre les infections : anneau de Waldeyer),
- végétations adénoïdes (captent virus et microbes pour défendre l'organisme mais ont l'inconvénient, chez l'enfant surtout, de grossir lors des infections),
- plaques de Peyer (amas de cellules lymphatiques que l'on trouve dans l'intestin grêle et qui pourraient jouer un rôle dans le fonctionnement du système immunitaire),
- le thymus (son activité et sa taille sont maximales au cours de la puberté, avant d'involuer à l'âge adulte. Le thymus joue un rôle très important dans la mise en place du système immunitaire chez l'enfant en assurant la maturation des lymphocytes T).

Le système lymphatique en médecine traditionnelle chinoise

La physiologie occidentale du système lymphatique évoque différents organes de la MTC. Le Rein, chargé de l'équilibre liquidien du corps, de la filtration des déchets, de la décision de conservation ou d'élimination des liquides. La Vessie prend en charge les territoires liquidien (liquide interstitiel-lymphe), la transmission des informations, la répartition liquidienne. *Chongmai* se charge de la distribution des éléments nutritifs et défensifs dans tout l'organisme. Les points Fenêtres du ciel permettent l'activation du système lymphatique au niveau cervical, première ligne de défense de l'organisme. Les Points barrières permettent la stimulation-déblockage de la circulation lymphatique au niveau des articulations des membres.

Le « système rénal »

Le système lymphatique appartient sans doute au « système rénal », au mouvement de l'Eau : le Rein reçoit et

emmagine les énergies essentielles des 5 organes et des 6 entrailles, il régit le bas et l'interne quand le Poumon régit le haut et l'externe. La fonction de détoxification et d'épuration des ganglions lymphatiques est dévolue en médecine traditionnelle chinoise au Rein : il assure la filtration des liquides organiques et c'est lui qui « décide » ce qui doit être conservé et ce qui doit être éliminé.

La Vessie

Le rôle ministériel de la Vessie est la gestion des « territoires liquidiens », elle régit donc les liquides interstitiels et la lymphe, elle les répartit dans tous les espaces du corps. Œdèmes et ascite signent une déficience du système rénal. De nombreuses caractéristiques, tant topographiques que fonctionnelles donnent à penser que le *chongmai* est intimement lié au système lymphatique.

Chongmai

Le *chongmai* est la Mer des méridiens, il est aussi la Mer du Sang. Son origine, comme pour le *renmai*, se trouve dans la profondeur du bas-ventre. Son trajet est d'autant plus intéressant qu'il correspond topographiquement aux voies lymphatiques [1,2,3].

Trajet du *chongmai* : à partir du bas-ventre, il atteint la superficie au point *qichong* E30, point de départ du *chongmai* (zone où se concentrent de nombreux ganglions lymphatiques) et, à partir de ce point, le *chongmai* se divise en 5 branches :

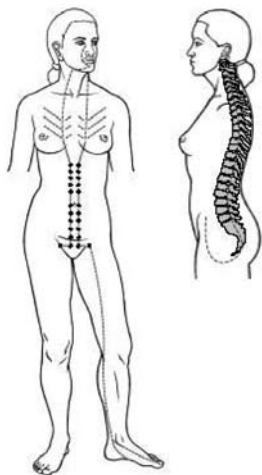


Figure 2. Trajet de *chongmai*.

2 branches montantes :

- du point *qichong* E30, le trajet passe entre les méridiens de Rein et d'Estomac jusqu'à l'ombilic où il se joint au point *henggu* R11 (à 0,5 *cun* de l'ombilic) ;

- du point *henggu* Rn11, le *chongmai* passe successivement par les points *dahe* Rn12, *qixue* Rn13, *siman* Rn14, *zhongzhu* Rn15, *huangshu* R16, *shangqu* Rn17, *shiguan* Rn18, *yindu* Rn19, *tonggu* Rn20 et *youden* Rn21. (le trajet du canal thoracique et de la chaîne ganglionnaire suit à peu près le même cheminement) ;

- du point *youden* Rn21, le *chongmai* atteint le milieu du thorax au point *tanzhong* VC17, lieu où s'attache l'énergie originelle *yuanqi*, et se disperse (relation avec l'abouchement du système lymphatique aux 2 veines sous-clavières : ?) ;

- le *chongmai* se termine dans les fosses nasales postérieures (relation avec l'anneau lymphatique de Waldeyer comprenant les différentes amygdales et les végétations adénoïdes : ?).

2 branches descendantes :

- le *chongmai* descend du point *qichong* E30 le long du méridien du Rein jusqu'à son point *luo*, *dazhong* Rt4, puis se ramifie dans tout le pied.

1 branche postérieure :

- le *chongmai* traverse le bas-ventre à partir du point *qichong* E30 et remonte sur la face postérieure des cavités abdominale et thoracique, le long de la colonne vertébrale (relation avec la chaîne ganglionnaire pariétale et postérieure du thorax et de l'abdomen : ?).

Fonctions du *chongmai* : dans le terme *chongmai* est comprise une notion de « marcher droit, vite et de façon impétueuse et vigoureuse » : c'est la voie qui s'assure que toute la circulation est correcte et qu'elle est dirigée dans toutes les régions du corps. Le *chongmai* régule, gouverne, supervise, administre le Sang et l'Energie, il est non seulement Mer du Sang mais également Mer des méridiens.

L'Estomac, en charge des renouvellements des Essences et du *qi* par l'assimilation digestive, est incapable, par lui-même, d'en assurer la gestion et la distribution. Le Rein reçoit et emmagasine les énergies essentielles des 5 organes et des 6 entrailles et c'est le *chongmai* qui reçoit les influences et le Sang des 12 méridiens. Ces éner-

Tableau I. Les points fenêtres du ciel.

	Ganglions lymphatiques	Action générale	Symptômes
VC22	Chaîne jugulaire antérieure	Contrôle la sortie du <i>yin</i> et du <i>yang</i> du tronc.	Point de sortie de l'énergie <i>wei</i> : adénites-adénopathies, affections thyroïdiennes (Basedow), tumeurs (sein-cerveau) (?), infections laryngées.
VG16	Zone occipitale	Libère la surface, régit l'endocrâne.	Lieu de concentration de l'énergie <i>wei</i> , Mer des moelles.
P3	Ganglion huméral superficiel	Irrigation de la tête par l'énergie.	Bi violents du membre supérieur.
MC1	Zone de la chaîne mammaire externe	Irrigation de la tête par le Sang.	Adénopathies axillaires, infections respiratoires et mammaires.
V10	Zone occipitale	Fait descendre le <i>yang</i> de la tête vers le tronc et le membre inférieur.	Troubles de la cicatrisation.
E9	Chaîne jugulaire interne	Favorise passage du <i>yang</i> du tronc vers la tête, harmonise Sang et Energie.	Fièvre, accumulation d'énergie <i>wei</i> dans la poitrine, allergies, affections thyroïdiennes, infections laryngées.
IG17	Zone parotidienne	Gouverne la sortie du <i>yin</i> du tronc vers la tête.	Fièvre, refroidissements, infections dentaires. LS 75 : « <i>secouer la poussière</i> ».
IG16	Zone jugulaire externe	Régit l'ouverture de l'Homme sur le monde.	Problèmes d'orifices : parole, vision, ouïe, respiration, défécation.
TR16	Zone jugulaire externe	Régit l'action du monde sur l'Homme (surtout la tête).	Point des orifices sensoriels, fièvre (plénitude de <i>yang</i> -vide <i>yin</i>). LS 75 : « <i>enlever ses vêtements</i> ».
GI17	Zone jugulaire externe	Relie l'Homme avec le Ciel, favorise l'expression de l'Homme dans le monde (parole).	Adénopathies.

gies sont distribuées dans tout l'organisme jusqu'à ses moindres recoins, en utilisant toutes les voies du système des méridiens (méridiens principaux et secondaires, système des *luo*, méridiens distincts). Le *chongmai* unit les étages du système des Trois Réchauffeurs.

De plus, il assure le passage du Ciel antérieur au Ciel postérieur, permettant ainsi le renouvellement perpétuel de la vie. Le Foie participe également aux fonctions du *chongmai*.

Points Fenêtre du Ciel

Les ganglions lymphatiques du cou peuvent être mis en relation avec les points fenêtres du Ciel dont les fonctions sont de relier tronc et tête et de défendre l'organisme contre des agressions extérieures, ce qui précisément rappelle une des principales fonctions du système lymphatique occidental. Au nombre de 10, les Fenêtres du Ciel relient le tronc à la tête (Ciel de l'Homme) et l'Homme au Ciel. Elles régissent donc les relations à l'intérieur de l'Homme et les relations de l'Homme avec le monde extérieur. Une de leurs principales fonc-

tions, au même titre que le système lymphatique, est de filtrer les facteurs d'origine externe agressant le corps.

De plus, les Fenêtres du ciel influencent la circulation du Sang et de l'Energie permettant la nutrition et la défense dans toutes les régions situées à l'intérieur du crâne [4]. Les liens topographiques et physiologiques entre Fenêtres du Ciel et réseau lymphatique de la région du cou sont particulièrement frappants. L'intérêt serait de comprendre comment ces Fenêtres du Ciel s'intègrent dans le « système lymphatique chinois », de manière à avoir un regard global sur l'organisation du corps en matière de nutrition et de défense.

Points barrière

Qu'en est-il des relations entre ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux et système énergétique chinois ?

Le système ganglionnaire inguinal et axillaire, drainant essentiellement les vaisseaux lymphatiques des membres inférieurs et supérieurs et des régions thoraciques hautes, pourrait correspondre aux points barrières dont le rôle est de faciliter le passage des souffles *yin* et *yang*

Tableau II. Les points barrières.

Sortie (du tronc vers les extrémités)		Articulations	Entrée (des extrémités vers le tronc)	
<i>yang</i>	<i>yin</i>		<i>yang</i>	<i>yin</i>
GI9 + GI8	<i>xi</i> = MC7	Poignet	<i>xi</i> = IG6	<i>xi</i> = P6
TR13	<i>xi</i> = C6	Coude	<i>xi</i> = TR7	<i>xi</i> = C6
IG11	P2	Epaule	GI15, IG13, GI9	MC2
E39	<i>xi</i> = F6	Cheville	<i>xi</i> = V60	<i>xi</i> = Rt8
VB33	<i>xi</i> = R5	Genou	<i>xi</i> = VB36	<i>xi</i> = Rn5
V29	Rt12	Hanche	E31	F11, F10, F7

entre les extrémités et le tronc : ils vont donc participer au drainage lymphatique des extrémités.

Les ganglions lymphatiques inguinaux et axillaires évoquent également un problème de barrières, c'est ainsi que par exemple un lymphœdème des membres inférieurs répondra souvent de manière spectaculaire à la puncture des points barrières de la hanche (F11 et E31).

Points pouvant avoir une action sur le système lymphatique

- action sur le Rein : Rn2, 3, 7, V23, VB25, VG4
- action sur la filtration rénale : MC9, V39, 40, IG6, Rn2, 3, 5, 7, 8 ;
- action sur la Vessie : E28, V28, VC4 ;
- métabolisme de l'eau : Rt7, V22-27-28 ;
- action sur la voie des eaux : E28, P1-5, GI6, Rn14, TR6, VC6 ;
- production de liquides : V21, VC12, P7 ;
- abaissement des liquides : Rn27, P7 ;
- augmente des liquides du corps : Rt7 ;
- diminue les liquides du corps : VC9 ;
- séparation des liquides purs et impurs : VC9, V35 ;
- points du retour veineux : Rt5, 6, 10, E32, 36, F3, V55, 56 ;
- *chongmai* : Rt4, E30-36, Rn11 à 15 ;
- Mer du Sang : V11, E37, 39 ;
- fenêtres du ciel : voir tableau I ;
- points barrières : voir tableau II.

Discussion

Le système lymphatique, voie de dérivation de la circulation artério-veineuse destinée à débarrasser l'organisme

de ses déchets, à introduire les éléments nutritifs et défensifs nécessaires au fonctionnement cellulaire et à réguler l'équilibre liquidien du corps, n'existe pas comme tel en médecine traditionnelle chinoise, les Chinois ne connaissant pas l'existence des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. La comparaison entre système lymphatique et méridiens d'acupuncture s'arrête donc à une ressemblance topographique, les voies lymphatiques étant visuellement superposables au trajet des méridiens de Rein, d'Estomac et surtout de *chongmai*. Les fonctions du système lymphatique peuvent cependant être expliquées par la médecine traditionnelle chinoise et plusieurs éléments pourraient amener l'acupuncture à être un outil thérapeutique utile dans le traitement d'affections impliquant le système lymphatique. C'est dans le liquide interstitiel qu'arrivent les énergies destinées à la nutrition et à la défense du corps, par l'intermédiaire du système des méridiens sous l'égide du *chongmai*, qui en assure la distribution partout. Ces énergies nutritives et défensives de l'organisme proviennent du système d'entretien, garant de la production, de la transformation et du transport des énergies *rong* et *wei* dans le système des méridiens et dans les *zang* et les *fu*.

Le « système rénal », Rein et Vessie, assure le bon fonctionnement des voies de l'eau dans l'organisme :

- la fonction de détoxification, d'épuration, revenant en médecine occidentale au système ganglionnaire lymphatique, est assurée en médecine traditionnelle chinoise par le Rein, filtre et décideur ultime de ce qui doit être conservé et éliminé ;

- la Vessie régit les territoires liquidiens du corps et leur répartition, on peut penser qu'il s'agit tant des liquides interstitiels baignant toutes les cellules du corps que de la lymphe, chargée de déchets cellulaires, de toxines et d'éventuels microbes.

Les points barrières, assurant le passage des souffles *yin* et *yang* aux différentes articulations des membres supérieurs et inférieurs, peuvent être considérés comme des points de drainage lymphatique des extrémités.

Quant aux fenêtres du Ciel, sous l'égide de *chongmai*, elles garantissent le passage des énergies nutritives et défensives dans les régions situées à l'intérieur du crâne.

On peut postuler qu'elles activent directement le système lymphatique : situées pour la plupart au cœur du réseau ganglionnaire cervical, elles constituent la première ligne de défense contre des agressions par des facteurs pathogènes externes.

Ce travail n'est qu'une première approche, il s'agira à l'avenir d'examiner en détail les points proposés pour confirmer les hypothèses avancées.



Dr Bernard de Wursterberger,
8, chemin du Rossignol
CH-1253 Vandœuvres

☎ 079 658 53 79 ☎ 022 750 11 13

✉ bpb@bluewin.ch

Références :

1. Tremino San Emeterio D. Etude comparative du système lymphatique et des points d'acupuncture. Mémoire d'acupuncture : Bordeaux 2, 1983.
2. Dumitrescu IF, Amoyel J. Les effets immunologiques de l'acupuncture. Encyclopédie des médecines naturelles. Paris: France; IB-2a 12, 1989.
3. Bernard-Linères C. Anatomie comparative de la vascularisation de la face et des méridiens et de leurs points d'acupuncture. Thèse, 1981.

Notes

- 1 Dessoutter B. Merveilleux vaisseaux. Montpellier: Sauramps médical; 1996.
- 2 Larre C, Rochat de la Vallée E. The eight extraordinary meridians. Cambridge: Monkey press; 1997.
- 3 Andres G, Barry-Malembits J, Berger G, Guillaume G, Kespi JM, Mach C, Teboul-Wang B. Les méridiens extraordinaires. Paris: Guy Trédaniel éditeur; 1997.
- 4 Kespi JM. L'Acupuncture. Paris: Maisonneuve; 1982.

Jean-Pierre Fossion

Un synopsis clinique des syndromes chinois

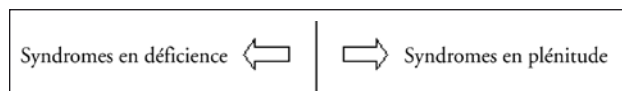
Résumé : Nous présentons dans ce premier article un organigramme élémentaire des syndromes chinois de base avec leurs transformations. Ce synopsis clinique va servir de support pour les paradigmes neuroscientifiques actuels dans les futurs articles de cette série. **Mots-clés :** stagnation du *qi* du Foie - Feu du Foie - Vent - déficience du Sang et du *yin* - déficiences *yang-qi* - Feu-plein - Phlegme Froid - Phlegme Chaud.

Summary: We present in this first article an elementary flow chart of Chinese syndromes with their transformations. This clinical synopsis will serve to support the existing scientific paradigms of the future articles of this series. **Keywords:** stagnant *qi* of the Liver - Liver-Fire - deficiency of Blood and *yin* - deficiencies of *yang-qi* - full Fire - Phlegm-Cold - Phlegm-Heat.

Introduction

Nous présenterons dans une série d'articles des équivalences de paradigmes neuroscientifiques récents en psychobiologie qui se rapprochent le plus possible des principes d'action des syndromes chinois, bien qu'elles ne seront jamais identiques. L'avantage de cette comparaison se trouve dans le fait que des protocoles futurs pourront emprunter ces paradigmes occidentaux actuels, et dès lors, reproductibles en laboratoire. Les articles qui suivront vont développer ces notions en détail, cet article-ci concerne l'établissement d'un synopsis clinique qui formera la base de référence (tableau VIII).

Nos recherches se rapportent aux syndromes de base comme l'indique *Chen Kai Yan* [1]. A gauche nous grouperons dans cet article les syndromes chinois en déficience, à droite ceux en plénitude.



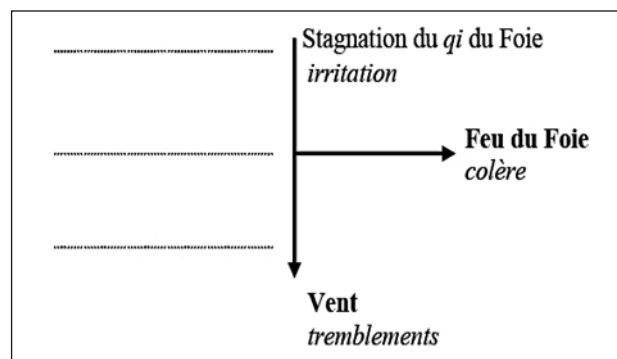
« Transformations » ou les affinités apparentées entre les syndromes

La notion de transformations (*qi hua*) entre le *yin* et le *yang*, entre le *qi* et le Sang, entre l'activité fonctionnelle

des organes et des entrailles, a été décrite dans le *suwen*, comme l'indique explicitement Bernard Auteroche et Giovanni Maciocia [2,3]. Par ces transformations la différenciation des syndromes contient d'innombrables exemples de pathologies combinées [4,5].

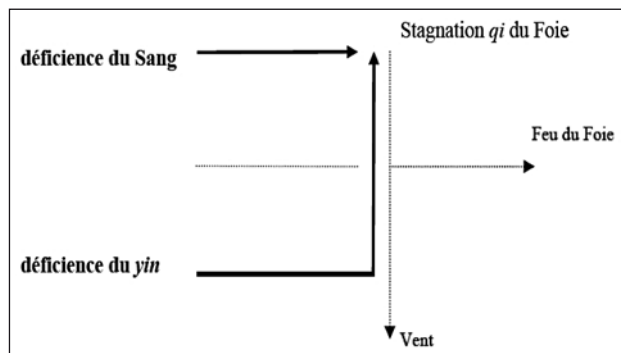
Dans le tableau I nous présentons comme centre de référence « la Stagnation du *qi* » du Foie (irritation) qui peut se transformer en « Feu » du Foie (colère) et en « Vent » (tremblements). Ces trois syndromes sont considérés décrire des plénitudes. Bernard Auteroche décrit le *yang* du Foie qui devient Vent dans la rubrique « agitation interne du Vent du Foie » [2].

Tableau I. La stagnation du *qi* active le Feu, produit du Vent.



Le Sang et le *yin*, nourrissent le *qi* du Foie. Leur déficience provoque une stagnation du *qi* (tableau II).

Tableau II. Le Sang et le *yin* qui n'alimentent plus le Foie, font stagner le *qi*.



Dans le tableau III, nous soulignons que la Stagnation du *qi* du Foie (frustration) domine la Rate, épuisant le *qi* (décompensation psychologique). Si la déficience du *qi* de la Rate s'aggrave, elle entraîne la déficience du *yang-qi* de la Rate. Si la situation se détériore encore elle entraîne la déficience du *yang* des Reins (dépression majeure).

Le Foie qui domine la Rate se traduit par la vasoconstriction périphérique de la peau : la dissipation de la chaleur étant diminuée, cela entraîne une hypothermie distale ou acro-hypothermie. Le Foie qui s'est rebellé contre les Reins (parents), les a épuisés, ce qui résulte dans l'hypothermie centrale : la production de chaleur est diminuée. Bien sûr la déficience du *yang*

des Reins présente les deux types d'hypothermie : la production et la diffusion sont diminuées avec une vasoconstriction cutanée maximale pour retenir le peu de chaleur qui reste.

Les trois déficiences du type *yang-qi* ne sont pas trois pathogénies différentes, mais la même pathologie sous la régie de deux principes combinés qui présentent une gravité graduelle, à commencer avec la déficience du *qi* (mains et pieds froids) et se terminant avec la déficience du *yang* (Froid interne). La Rate représente la diffusion de la chaleur (par le *qi*) et les Reins représentent la production de chaleur (fonction *yang*). Les deux principes sont attaqués par le Foie qui domine la Rate (diffusion diminuée/ démotivation) et qui a épuisé les Reins (production diminuée/ désespoir). La déficience du *yang-qi* représente un stade intermédiaire. Remarquons que les Chinois n'ont jamais séparé le corps et l'esprit et ne connaissent pas de dualisme platonicien.

Le Sang nourrit le *qi*, le *qi* force le Sang à circuler dans les vaisseaux. Quand le Sang est en déficience, le *qi* stagne, quand le *qi* stagne, le Sang stagne également. Quand le Sang stagne, les organes ne reçoivent plus de Sang, quand ils ne reçoivent plus de Sang, il en résulte une déficience du Sang dans ces organes. Il y a un cercle vicieux qui s'installe (tableau IV).

Tableau III. Le Foie domine la Rate, épuise les Reins.

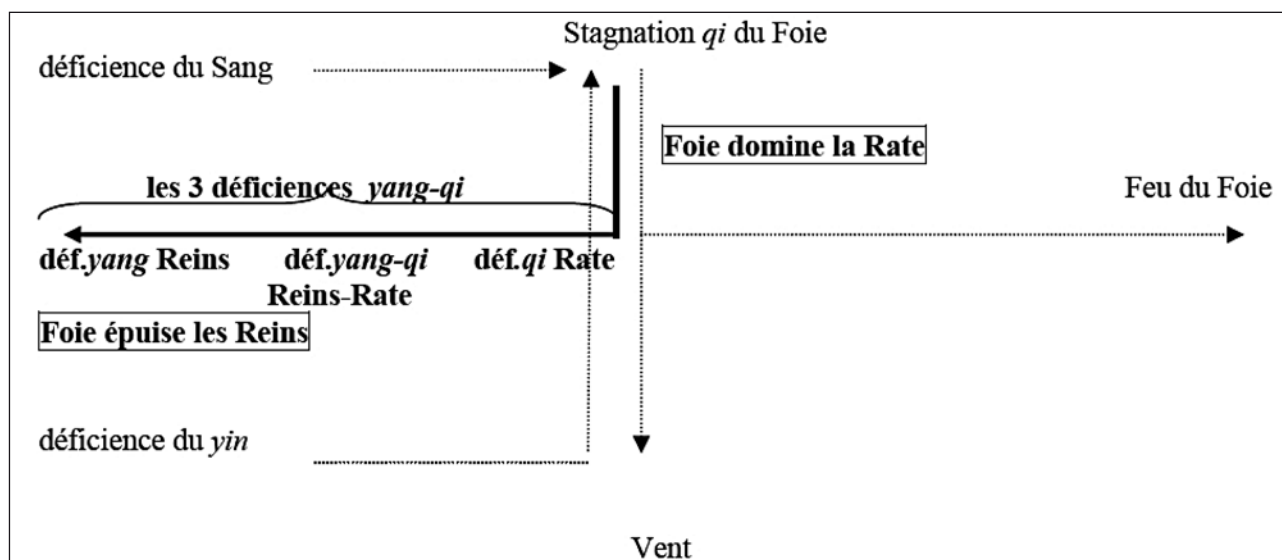
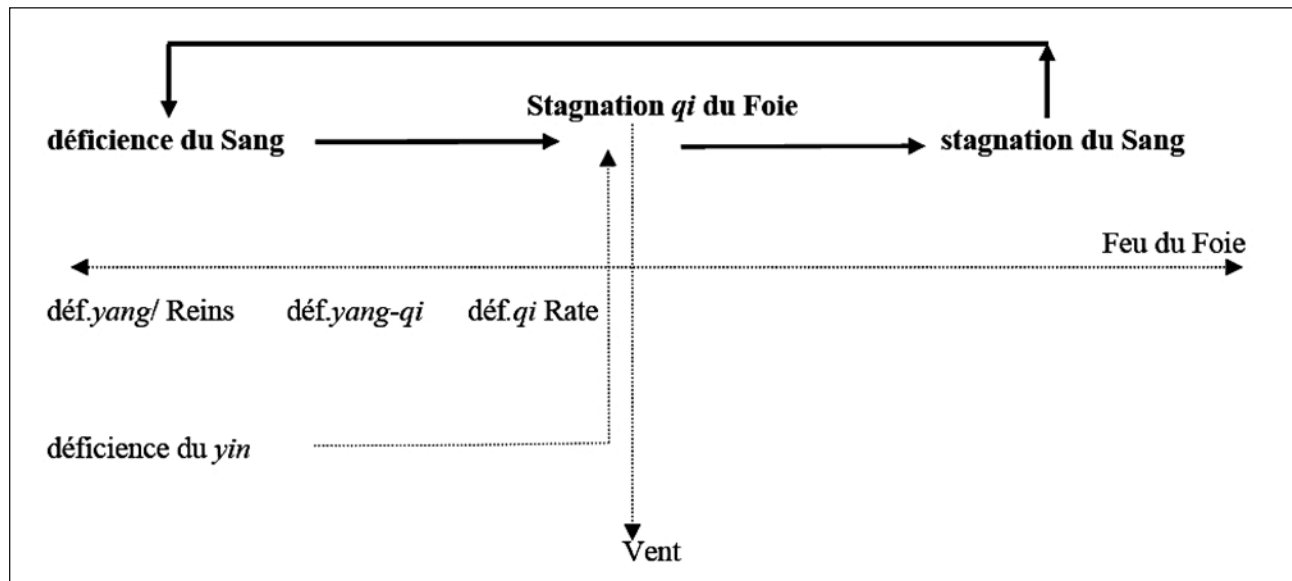


Tableau IV. Le Sang ne nourrit plus le *qi*, le *qi* ne pousse plus le Sang, le Sang n'entre plus dans les tissus.


La déficiency du *yang* provoque un Froid interne et forme le pôle de la Froideur. L'autre extrémité, celui du Feu, forme le pôle de la Chaleur. En terme de thermorégulation centrale, l'axe de la production de la chaleur est continu et progressif (tableau V).

La déficiency du *yin* entraîne une instabilité *yang* qui se libère en Feu-vidé ou ranime le Vent. Quand le Feu-vidé et le Feu-plein se surajoutent ils forment la montée du *yang* (tableau VI). La montée du *yang* du Foie a été décrite par Bernard Auteroche [2].

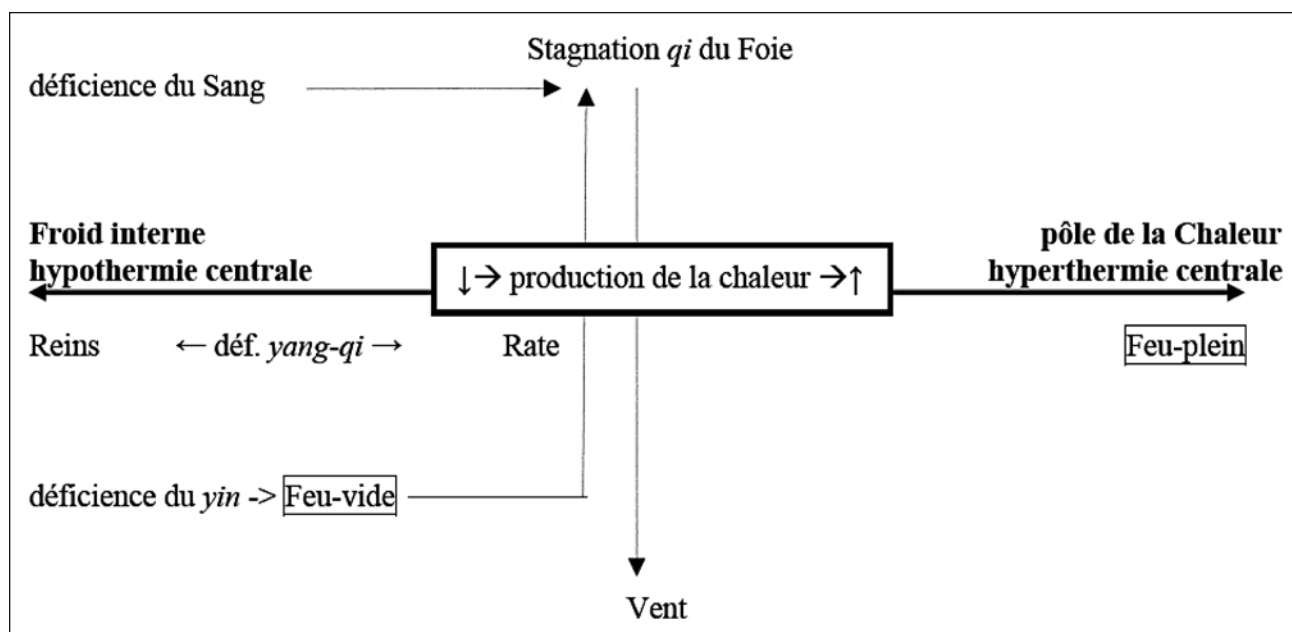
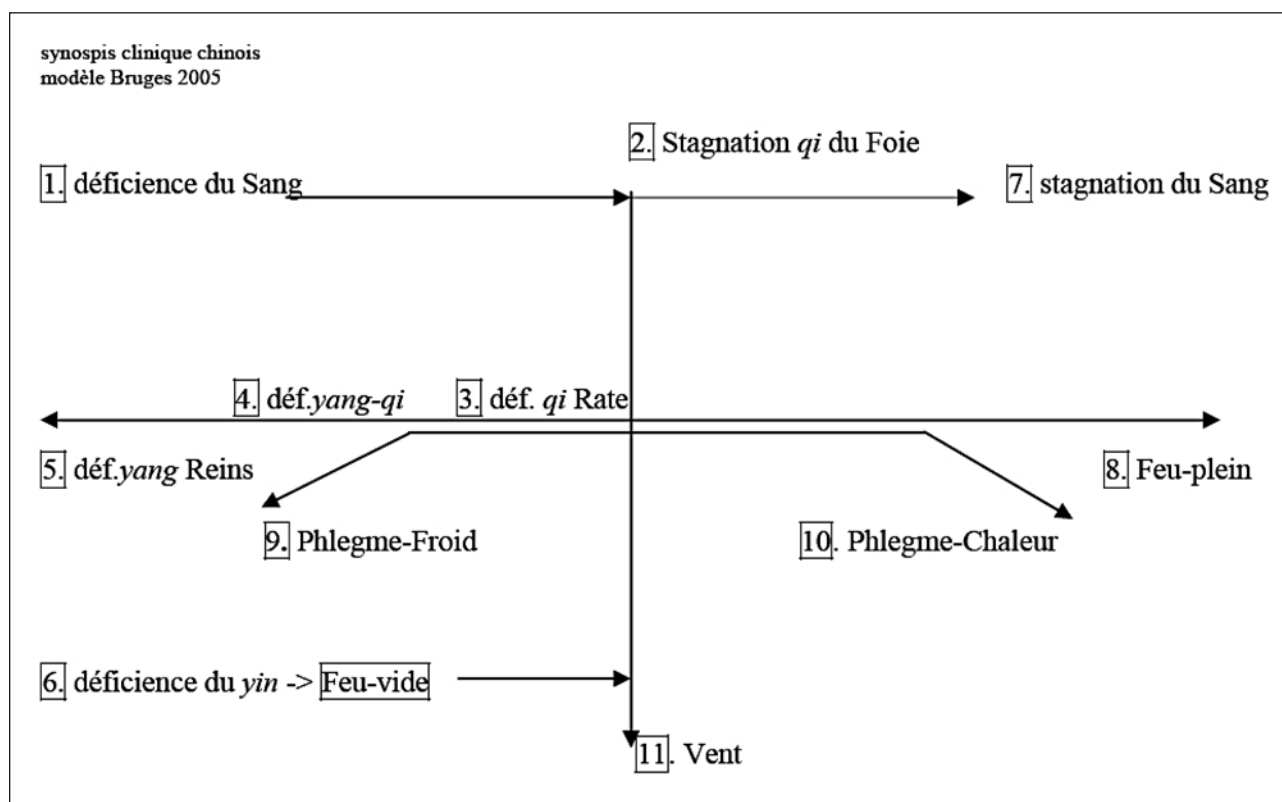
Tableau V. Le *Yang* produit la chaleur, distribue la chaleur.


Tableau VIII. Synopsis clinique chinois avec les syndromes majeurs.



exemple la différenciation entre la déficience du *yang* des Reins et le Phlegme-Froid d'un côté, et de l'autre côté la différenciation entre le Feu-plein et le Phlegme-Chaud (tableau VII).

Le tableau VIII contient notre synopsis clinique chinois avec les onze syndromes majeurs qui serviront de base pour développer un système cohérent à base neurophysiologique.

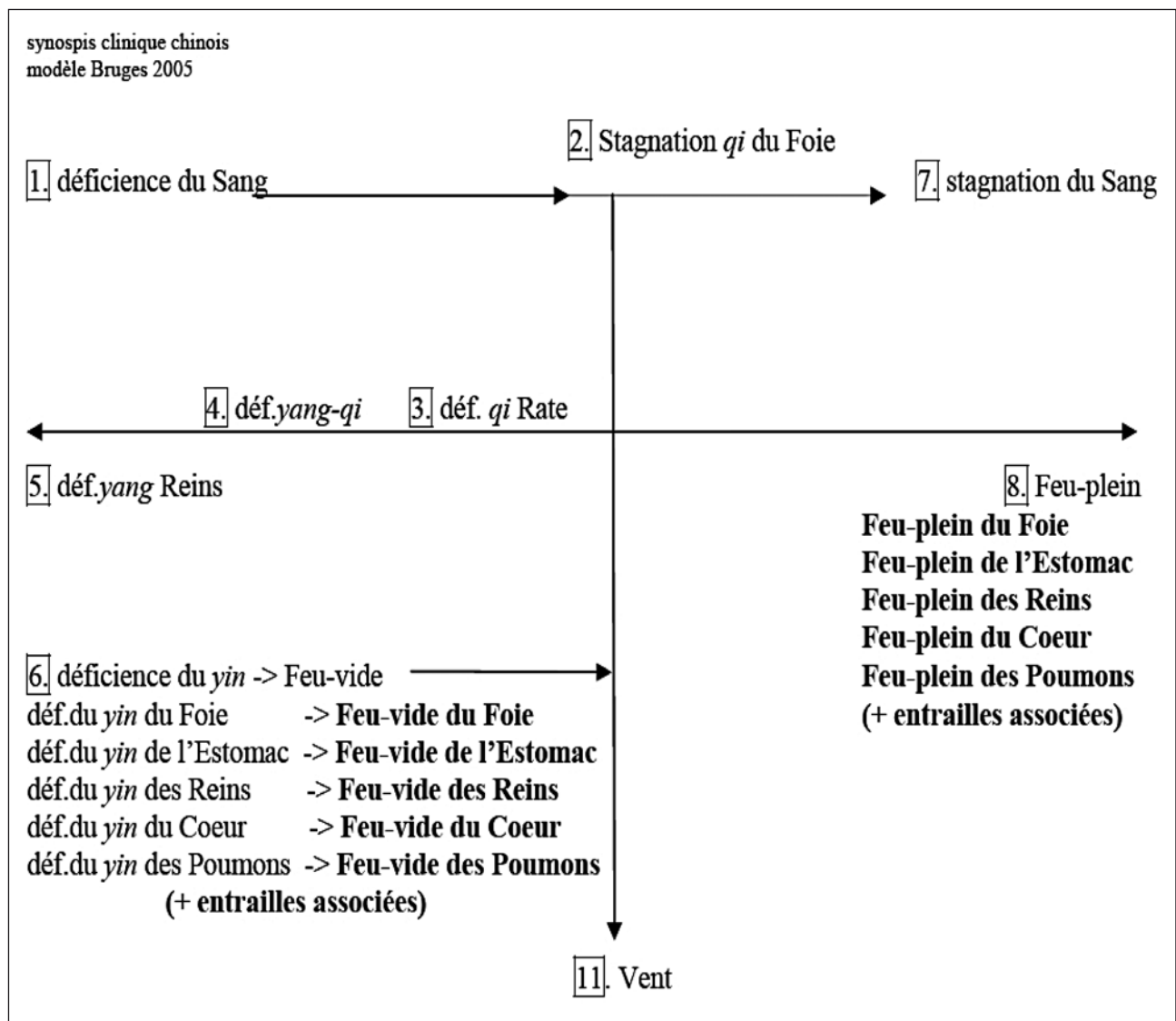
1. la déficience du Sang
2. la stagnation du *qi* du Foie
3. la déficience du *qi* de la Rate
4. la déficience du *yang-qi* de la Rate
5. la déficience du *yang* des Reins
6. la déficience du *yin*
7. la stagnation du Sang
8. le Feu-plein
9. le Phlegme-Froid
10. le Phlegme-Chaud
11. le Vent.

Les rapports de base de ces syndromes majeurs sont prêts pour imbriquer les paradigmes existants en neurosciences. En les appliquant au schéma de base la nature holistique des neurosciences se révélera, on l'espère ardemment (paradigmes neuroscientifiques).

Transformations vectorielles

Remarquons que, comme nous l'avons annoncé au début de l'article, tous les syndromes en déficience se trouvent à gauche et tous les syndromes en plénitude à droite. Remarquons aussi que le Feu-plein et la déficience du *yin* avec du Feu-vide regroupent chacun du Feu du Foie, de l'Estomac, des Reins, du Cœur, des Poumons et des entrailles associées, comme indiqué dans le tableau IX. Ces types de Feu peuvent se surajouter en provoquant la montée du *yang* comme nous l'avons déjà indiqué dans le tableau VI. Notre synopsis contient de ce fait 19 syndromes sans compter les combinaisons possibles des syndromes composés.

Tableau IX. Types de Feu-vidé et Feu-plein des organes.



Notre synopsis se prête également à combiner des syndromes, comme le Foie qui domine la Rate (tableau X). Ou se prête à construire des diagnostics compliqués comme par exemple :

une déficience du *yin* du Foie qui fait stagner le Qi du Foie, allume le Feu-plein du Foie et fait monter le *yang* (tableau XI). Il y a également des vecteurs convergents comme ceux qui ajoutent de la Chaleur dans le syndrome du Phlegme-Chaud (tableau XII). Les possibilités sont innombrables.

Les lignes de rapports entre syndromes combinés sont des vecteurs, que les Chinois appelaient « transformations ».

La synthèse entre les deux médecines est représentée par ces transformations vectorielles. Elles sont vectorielles parce que les trois « dimensions » sont présentes : direction, valence et intensité. Un substrat anatomique efférent innerve un tissu-cible par une arborisation terminale (direction). Le message est transmis par un neurotransmetteur qui donne une activation ou une inhibition (valence). Et l'intensité est également réglée par la quantité de neurotransmetteurs libérés par les synaptosomes dans les synapses (exocytose).

Le synopsis pourrait servir d'aide mémoire pour le praticien et d'anti-sèche pour l'étudiant en acupuncture !

Tableau X. Le Foie qui domine la Rate.

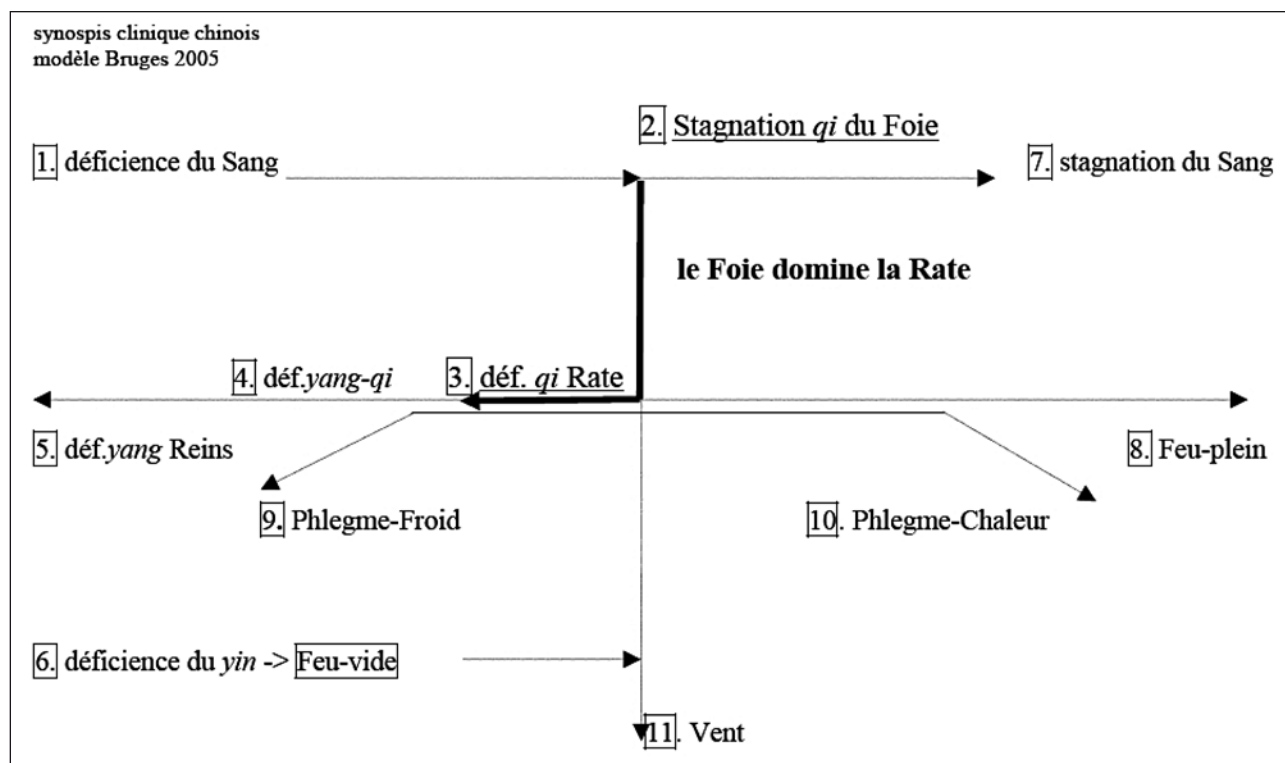


Tableau XI. La déficience du yin du Foie fait stagner le qi du Foie, à eux deux ils allument le Feu-plein du Foie et font monter le yang.

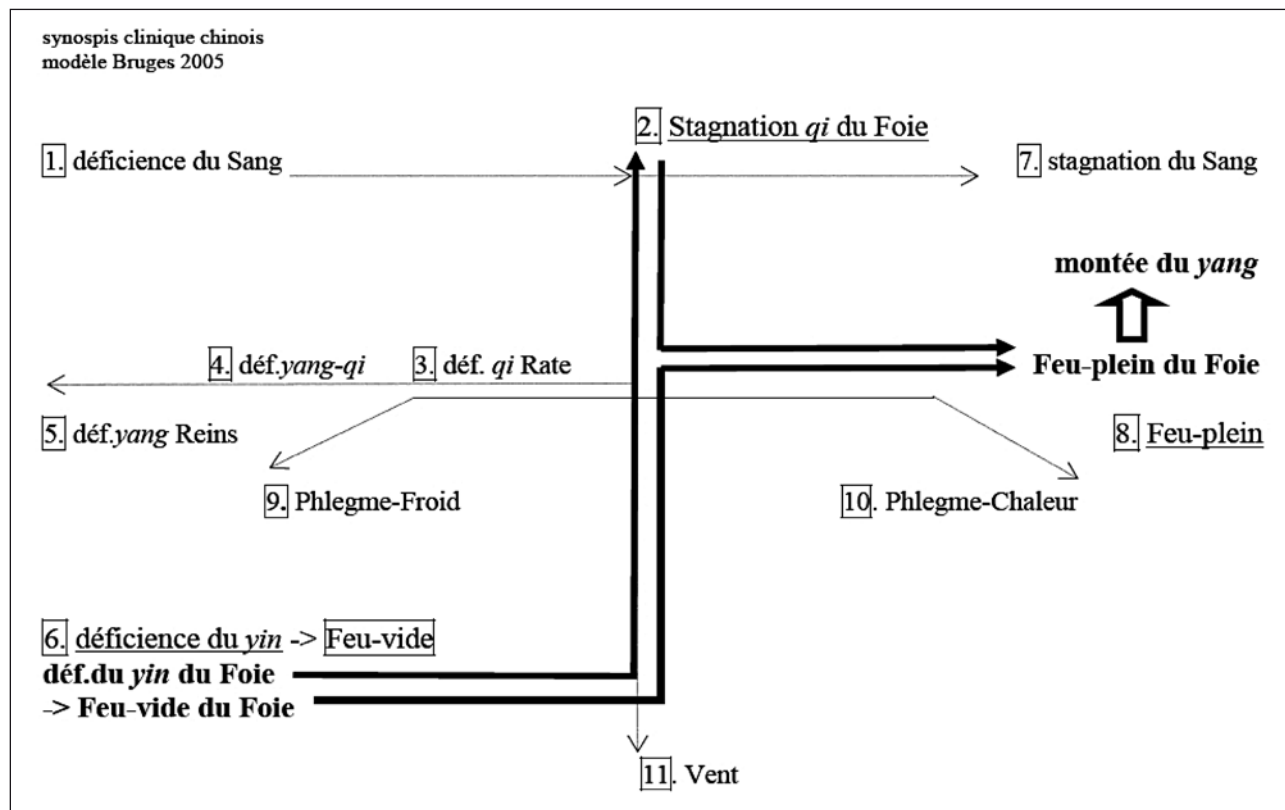
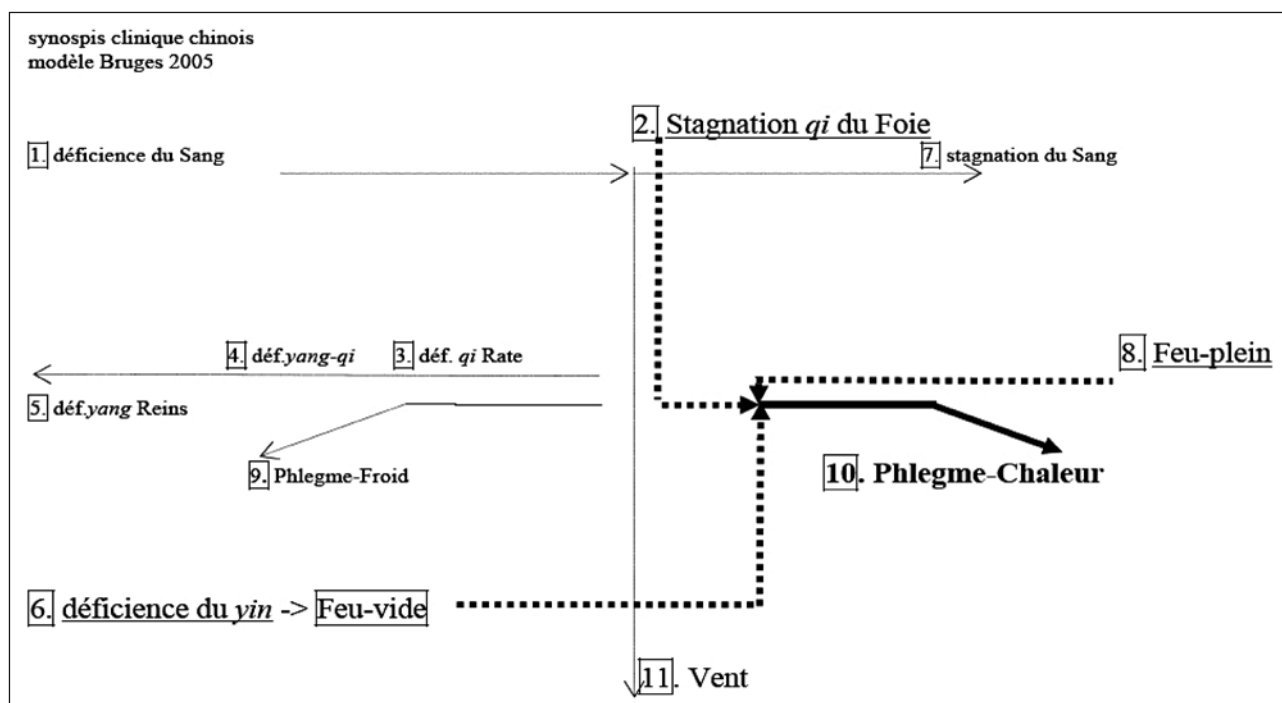
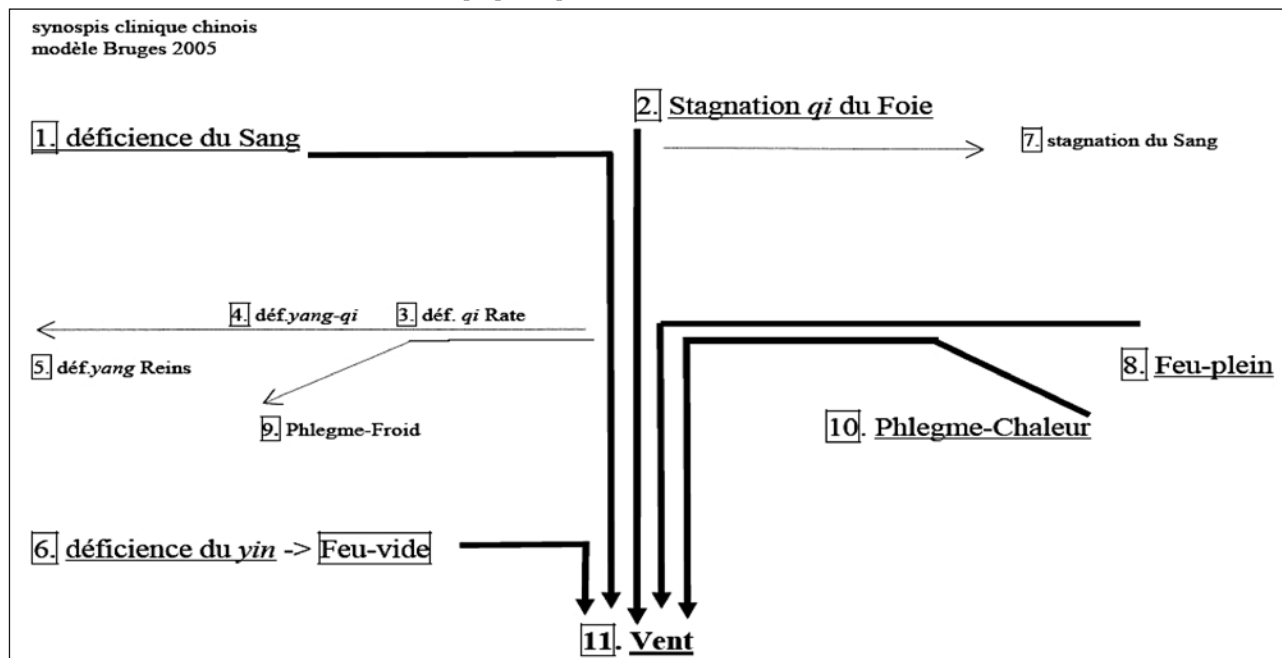


Tableau XII. Vecteurs convergents qui ajoutent de la Chaleur au syndrome du Phlegme-Chaleur.

Postulats chinois

Si les transformations vectorielles représentent des circuits neurophysiologiques supramédullaires différenciés, il y en aurait au minimum autant que la « physiologie » chinoise indique. Il y a par exemple

au minimum cinq transformations de base qui produisent du Vent (tableau XIII), il y a donc autant de circuits à postuler : même beaucoup plus, puisqu'il y a beaucoup de formes de Feu (tableau IX), qui devraient représenter autant de circuits.

Tableau XIII. Les transformations vectorielles qui provoquent du Vent.

Articles suivants

Ce premier article établit l'organigramme clinique chinois sur lequel les articles suivants en psychobiologie vont se greffer. Les lignes de rapports, vecteurs ou transformations, seront activées selon des principes que nous exposerons dans les futurs articles. Il y aura des substrats anatomiques à la fois comme point de départ et point d'arrivée de ces vecteurs. Un vecteur représente au minimum un circuit de neurotransmetteurs.

Conclusions

Nous proposons d'appeler, faute d'une meilleure dénomination, l'ensemble de tous les syndromes chinois et les principes constitutifs : « syndromologie chinoise », la connaissance et l'étude des syndromes chinois. Ce savoir mérite d'être comparé aux signes et symptômes qui apparaissent quand des substrats neuroanatomiques sont hypo ou hyperactivés et ainsi d'être agréé par les neurosciences. C'est ce que nous efforcerons de démontrer dans les articles suivants dans cette revue.



Dr Jean Pierre J. Fossion
Président de la Commission Scientifique
BVGA-ABMA/ Bruxelles
Président de la Commission d'Homologation
BVGA-ABMA/ Bruxelles
93, Jan Breydellaan - 8200 Brugge/ Belgique
✉ fossion5@netscape.net

BVGA : Belgische Vereniging van Geneesheren Acupuncturisten
ABMA: Association Belge des Médecins-Acupuncteurs
2, rue du Serpolet – 1080 Bruxelles
☎ 02 414 73 44

Références

1. *Chen Kai Yan*. Pathologie générale et diagnostic en Médecine Chinoise. Moulins-lès-Metz : Maisonneuve ; 1983.
2. Bernard Auteroche. Le diagnostic en médecine chinoise. Ed. Maloine, Paris, 1983.
3. Giovanni Maciocia. The foundations of Chinese Medicine. London: Churchill Livingstone; 1989..
4. *Xu Hengze*. Acupuncture treatment of common diseases based upon differentiation of syndromes. Beijing: The people's medical publishing house; 1988.
5. *Cheng Xinnong*. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign Languages Press; 1987.

Xie Zhufan

Traduction des termes de la MTC : diagnostics & syndromes

Dans un précédent numéro d'acupuncture et moxibustion [1], j'ai publié la recension d'un important ouvrage en anglais du Pr Xie Zhufan [2], Directeur Honoraire de l'Institut de Médecine Intégrée Chinoise et Occidentale de l'Université de Beijing. Cet ouvrage se présente comme un ensemble de propositions de traduction en anglais des termes techniques de la Médecine Traditionnelle Chinoise avec un classement thématique (théories fondamentales, diagnostic, thérapeutique, classiques médicaux). Chaque proposition est discutée et argumentée.

Pour argumenter sur les problèmes de choix de certains termes, je présente ci-dessous la traduction du chapitre concernant les diagnostics et plus loin, celle concernant les termes de syndrome. Comme dans la précédente traduction, j'ai essayé de restituer au mieux le texte et les traductions anglaises proposées transposées en français. Pour la transcription en *pinyin*, j'ai fait figurer les accents pour les tons.



D^r Pierre Dinouart-Jatteau,
7 place de Tourny, 33000 Bordeaux
☎ & ☐ 05 56 44 50 40
✉ pdinouar@numericable.fr
✉ pierre.dinouart@gmail.com

Références

1. Dinouart-Jatteau P. On the standard nomenclature of traditional medicine. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;4 (3):242.
2. Xie ZF. On the standard nomenclature of traditional chinese medicine. Beijing: Foreign Language Press; 2003:103-107.
3. Xie ZF. On the standard nomenclature of traditional chinese medicine. Beijing: Foreign Language Press; 2003:152-154.

Diagnostics [1]

Les termes utilisés pour les diagnostics en MTC, peuvent être classés en général en trois groupes : (1) termes reliés à l'examen diagnostique, (2) termes en relation à la différenciation des syndromes ou à l'identification des tableaux, et (3) les noms des affections. Avant d'aborder la nomenclature standard des termes appartenant à chaque groupe, discutons de quelques termes généraux utilisés dans les diagnostics.

Termes généraux de diagnostics

Chinois	Traduction anglaise (Xie Zhufan)	Traduction française (à partir de Xie Zhufan)
診斷學 [zhēn duàn xué] ¹	diagnostics	diagnostics
診斷 [zhēn duàn] ¹	diagnosis	diagnostiquer
診法 [zhēn fǎ] ²	diagnostic method	méthode de diagnostic
證 [zhèng] ³	syndrome	syndrome
證名 [zhèng míng] ³	syndrome name	nom du syndrome
證 [zhèng] ³	pattern	tableau
證候 [zhèng hòu] ³	syndrome manifestation	symptômes du syndrome
證型 [zhèng xíng] ⁴	syndrom pattern	tableau de syndrome
辨證 [biàn zhèng] ⁵	syndrome differentiation	différenciation des syndromes
辨病 [biàn bìng] ⁶	disease differentiation	diagnostic différentiel

Discussion

1. En médecine chinoise, 診斷學 [zhēn duàn xué] (diagnostics) et 診斷 [zhēn duàn] (diagnostic) sont tous deux des termes nouvellement développés, bien dans le passé on enregistre qu'un contenu apparenté puisse être daté du *Canon de la médecine*.

2. les termes chinois 診法 [zhēn fǎ] ou 四診 [sì zhēn] ne sont pas équivalents à "diagnostic". Dans les deux termes, le caractère principal 診 [zhēn] peut être considéré comme une abréviation de 診斷 [zhēn duàn] (diagnostiquer) ou 診察 [zhēn chá] (examen). La plupart des auteurs traduisent 診法 [zhēn fǎ] par "méthodes de diagnostic(s)" alors que d'autres utilisent "diagnostics", "examen(s)", "examen(s) physique(s)" et "technique(s) de diagnostic". "Diagnostic(s)" est la science et la pratique du diagnostic des maladies et ainsi c'est un sens trop large. Le mot "technique" réfère souvent à la compétence dans les méthodes de diagnostic et ainsi il a en quelque sorte un sens trop étroit. Le mot "examen" est convenable, particulièrement quand 診 [zhēn] est expliqué comme 診察 [zhēn chá]. Le seul inconvénient est que c'est un mot aux sens multiples et utilisé dans beaucoup d'autres champs que le diagnostic. Mais, la signification peut certainement être déduite du contexte. "Examen physique" semble trop occidentalisé et l'examen en médecine chinoise n'est pas limité au corps du patient. Par exemple, le médecin doit aussi tenir compte de l'environnement du patient. Cependant, soit "méthodes diagnostiques" soit "examen" peuvent être sélectionnés comme termes standard.

3. Un des plus formidables obstacles dans la standardisation des termes de la médecine traditionnelle chinoise est la détermination de l'équivalent de 證 [zhèng]. Le terme chinois 證 [zhèng] lui-même est ambigu, souvent cause d'explication et d'usage controversés. En médecine clinique 證 [zhèng] est un concept extrêmement important par lequel la plus importante des caractéristiques essentielles de la théorie médicale chinoise peut être reflétée. Il faut noter que le terme chinois 證 [zhèng] a subi des tas de changements. Ce terme médical est un emprunt au langage ordinaire

et son sens initial est "témoignage". En premier, il a été largement utilisé par Zhang Zhong-jing dans son fameux livre *"Traité de maladies induites par le froid et diverses autres"*. Dans ce livre, 證 [zhèng] est utilisé dans des sens différents, même dans la même phrase. Par exemple, "柴胡證, 但見一證便是" (Pour déterminer l'indication du bupleurum, un seul symptôme est suffisant) [chāihú zhèng, dàn jiàn yīzhèng biàn shì]. Dans cette phrase, le second 證 [zhèng] se rapporte à l'importance des symptômes du diagnostic. Dans la phrase du début, l'auteur fait équivaloir 柴胡證 avec 柴胡湯病證 (les conditions pathologiques indiquent la décoction de bupleurum). En d'autres termes, 證 [zhèng] peut être remplacé par 病證 [bìng zhèng]. Zhang Zhong-jing fit une distinction catégorique entre 病 [bìng] et 證 [zhèng]. Dans son *"Résumé des prescriptions de la chambre d'or"*, il utilise les trois caractères 病 [bìng], 脈 [mài] et 證 [zhèng] dans le titre de chaque chapitre : exemple 黃疸病脈證並治 (Le poulx, les symptômes et le traitement des ictères). Dans le texte de chaque chapitre les aspects du poulx 脈 [mài] et les symptômes 證 [zhèng] sont considérés séparément. Que le caractère 證 [zhèng] se rapporte à "symptôme" peut être démontré dans les dires des générations futures : 舍脈從證 [shě mài cóng zhèng] et 舍證從脈 [shě zhèng cóng mài] ("priorité du poulx sur les symptômes" et "priorité des symptômes sur le poulx").

Le manuel moderne chinois de diagnostics clarifie le problème et définit les termes apparentés comme suit : 證 [zhèng] est un concept unique, comprenant 證名 [zhèng míng] et 證候 [zhèng hòu]. Le premier se rapporte à la généralisation de la cause, nature et localisation de la pathologie à une certaine phase et le dernier réfère à ses manifestations cliniques spécifiques.

Comme équivalent du terme 證 [zhèng], aucun mot français n'est exactement approprié, et le *pinyin* n'est pas acceptable parce que : 1°) le caractère 證 [zhèng] est largement utilisé comme terme médical traditionnel au Japon et en Corée, où la prononciation est différente de *zheng* et 2°) pas mal de caractères chinois utilisés en

médecine ont exactement le même son et le même ton, par exemple 正 [zhèng] et 症 [zhèng].

Au début, 證 [zhèng], fut traduit par “complexe symptomatique” et ensuite par “syndrome”, et maintenant beaucoup d’auteurs continuent à préférer la traduction de “syndrome”. L’opposition repose essentiellement dans le fait que le mot “syndrome” ne peut refléter complètement l’aspect caractéristique du concept de 證 [zhèng] tel qu’il est utilisé en médecine chinoise. Récemment, le mot “tableau” a été pris en haute estime par quelques auteurs. Ce mot pourrait avoir un certain avantage sur le mot “syndrome”, si le diagnostic de l’affection a été effectué. Pourtant, “tableau” a aussi ses inconvénients.

證 [zhèng] comme entité diagnostique, dénote un certain état morbide ou condition anormale, mais “tableau” veut simplement dire tableau ou type, sans aucune implication de condition pathologique. Ainsi, il est difficile de comprendre ce mot quand il est utilisé indépendamment, sans association avec une pathologie. Comme nous le savons, le traitement médical chinois peut être efficacement appliqué simplement après une différenciation de syndrome. Dans beaucoup de cas, le diagnostic pathologique, en médecine chinoise, est basé simplement sur la plainte principale du patient ou sur le symptôme principal. Afin d’éviter le dilemme, quelques auteurs prétendent que le mot “tableau” est actuellement une abréviation de “tableau pathologique” ou “tableau de disharmonie”. De toute façon, ni “syndrome” ni “tableau” ne peuvent refléter toute l’image de 證 [zhèng]. Quand nous utilisons le mot “tableau”, nous devons penser à ce mot sous la lumière de la médecine chinoise. S’il en est ainsi, il n’y a aucune raison à dénier que le mot “syndrome” puisse aussi être considéré de façon similaire.

Selon “Le Grand ROBERT” p. 107 Tome IX (1992): “SYNDROME n. m. – XVI° (1547, selon D.D.L.) ; repris 1824. Nysten ; grec *sundromê* « réunion », de *sundramei*, forme de *suntrekein*, de *sun-* « ensemble » et *trekhein* « courir ». ◆ Méd. Association de plusieurs symptômes, signes ou anomalies constituant une entité clinique reconnaissable, soit par l’uniformité de

l’association des manifestations morbides, soit par le fait qu’elle traduit l’atteinte d’un organe ou d’un système bien défini.” (Idem dans le WEBSTER).

Cette définition n’est pas du tout contradictoire avec le concept de 證 [zhèng] en médecine chinoise.

Le nombre de syndromes de médecine occidentale listé dans le IDC-10 (OMS) est de 475, et le nombre de 證 [zhèng] de la médecine chinoise listé dans le *State Standard of People’s Republic of China* (1997) est de 800. Ainsi dans les deux systèmes médicaux le mot “syndrome” ne réfère en aucun cas à une combinaison aléatoire de symptômes.

En conclusion, la raison d’éviter l’usage du mot syndrome en médecine chinoise et de le remplacer par le mot tableau n’est pas adéquat. Alors que le mot syndrome a déjà été utilisé par beaucoup d’auteurs, depuis des années, particulièrement parce que dans des documents officiels en Chine “syndrome” est toujours utilisé comme équivalent de 證 [zhèng] dans les traductions ou les annotations en étranger, il est préférable de ne faire aucun changement, pour prévenir toute nouvelle confusion terminologique. Tout lecteur ayant une connaissance rudimentaire en médecine chinoise ne sentira aucune difficulté à identifier l’origine occidentale de “syndrome néphrotique” et l’origine chinoise de “syndrome de déficience du *yang* du Rein”. En réalité, tout mot français utilisé dans la description de médecine chinoise doit être appréhendé à la lumière de la médecine chinoise.

Quant au mot “tableau”, puisqu’il a déjà été accepté par pas mal de traducteurs et d’auteurs il est aussi sélectionné comme autre terme standard, mais il ne peut être utilisé que sous couvert d’un nom de pathologie.

4. 證型 [zhèng xíng] est un terme nouvellement en vigueur, particulièrement utile quand un diagnostic est construit avec des termes à la fois d’affection et de syndrome. Dans ce cas, “tableau de syndrome” est un terme inapproprié sous couvert de diagnostic pathologique. Le terme de “tableau de syndrome” risque d’être abrégé plus tard en “tableau”. Les auteurs qui préfèrent “tableau” en tant qu’équivalent de 證 [zhèng] suggèrent “tableau type” pour ce présent

terme. La formulation paraît inconcevable, montrant le désavantage de traduire 證 [zhèng] par “tableau”, sous un autre aspect.

5. Décider le choix d’un syndrome ou d’un tableau se dit en chinois 辨證 [biàn zhèng]. Puisque le caractère 辨 [biàn] signifie “différencier” beaucoup d’auteurs traduisent le terme par “différenciation des syndromes”, “discrimination de syndromes” ou même par “diagnostic différentiel”. Ceux qui préfèrent utiliser le mot “tableau” utilisent la plupart du temps “identification de tableau”, mais d’autres utilisent “discrimination de tableaux” ou “différenciation de tableaux”. Les mots sélectionnés sont en conformité avec la plupart des auteurs.

6. Il est naturel de traduire 辨病 [biàn bìng] par différenciation des maladies ou “diagnostic différentiel des maladies” parce que la plupart des auteurs se croient permis de penser que “maladie” et 病 [bìng] sont équivalents. En réalité, le concept chinois de 病 [bìng] est assez différent de celui de maladie du point de vue occidental. Nombre de noms de maladies en médecine chinoise sont basés sur des symptômes, par exemple : toux, céphalée, vomissements, insomnies et œdèmes.

Sautons quelques pages, pour parvenir à un chapitre qui complète et précise celui que nous venons de voir

Noms de syndromes [2]

(Noms des tableaux)

La différenciation des syndromes joue un rôle majeur dans le diagnostic médical chinois. Puisque le syndrome implique habituellement la localisation, la cause et la nature et la pathogenèse de la maladie, le nom du syndrome peut inclure des termes ayant un rapport, tels que parties du corps ou organe interne, les six excès et autres agents pathogènes et les termes pathogéniques. Terminologiquement, quand le nom du syndrome (tableau) est court, dérivant simplement de la localisation, de la nature ou de l’agent pathogène individuel, le suffixe 證 [zhèng] est toujours ajouté, par exemple 表證 [biao zhèng], 寒證 [hàn zhèng]. Dans de tels termes, la suppression du suffixe causerait

une confusion. Ainsi, en chinois comme en français le terme 證 [zhèng] ou “syndrome (tableau)” est un élément indispensable, dans ces termes courts. Dans le cas des noms de syndromes (tableau) dérivant de termes pathogéniques, aucun tel suffixe n’était ajouté par le passé, mais récemment *the State standard of R.P. China: the Clinical Terminology of Traditional Chinese medical Diagnosis and Treatment – Syndromes* promulgué en 1997 fait une règle que tous les noms de syndromes aient le caractère 證 [zhèng] à la fin. Par exemple, 肝火上炎 [gān huǒ shàng yán] était à la fois un terme pathogénique et un nom de syndrome ; mais maintenant il est seulement un terme pathogénique indiquant un changement pathologique et le nom du syndrome correspondant est 肝火上炎證 [gān huǒ shàng yán zhèng]. L’addition du caractère 證 [zhèng] dans le nom du syndrome est nécessaire parce que les autres caractères sont exactement les mêmes que dans le terme pathogénique. Sans le suffixe personne ne pourrait faire la différence. Cependant la terminologie française est différente. Il est facile de différencier le nom d’un syndrome du terme pathogénique approprié en modifiant sa structure grammaticale et il est difficile d’ajouter “syndrome (ou tableau)” à la fin d’une longue phrase indiquant la pathogénèse.

Grammaticalement, en chinois tous les termes pathogéniques sont dérivés d’une phrase complète. Il existe trois modèles de phrase : I. sujet + verbe transitif + objet direct, II. Sujet + verbe intransitif + complément, et III. sujet + verbe de liaison + sujet attribut. Dans la plupart des termes, les phrases sont à la voix active, mais occasionnellement elles sont à la voix passive ; Modèle I est tout à fait fréquent quand le terme inclut le facteur pathogène, par exemple, 痰火擾心 [tán huǒ rǎo xīn] (les Glaires-feu agitent le Cœur). En chinois, les 4 caractères 痰火擾心 [tán huǒ rǎo xīn] forment une phrase suffisamment bonne pour faire un terme pathogénique, mais en français une modification est nécessaire. La phrase peut être tournée en : “les Glaires-feu agitant le Cœur”, “agitation du Cœur par les Glaires-feu”, “le Cœur est agité par les Glaires-feu”. Il existe des options adéquates pour exprimer les changements pathogéniques ou pathologiques et

le syndrome de différentes façons. La phrase contenant un gérondif est suggérée comme le terme standard d'un terme pathogénique et une des autres façons peut être le nom du syndrome (tableau). Il serait très verbeux si le mot de "syndrome (tableau)" était ajouté à la fin de n'importe laquelle de telles phrases.

Modèle II peut être illustré par 心火上炎 [xīn huǒ shàng yàn] (le feu du Cœur enflamme le haut) où 心火 [xīn huǒ] (le feu du Cœur) est le sujet, 炎 [yàn] (enflamme) est un verbe intransitif et 上 [shàng] (en haut) est un complément, un adverbe de direction. La phrase pourrait être tournée en une phrase telle "le feu du Cœur enflammant le haut", etc... Certains conviendront pour désigner une pathogénie, d'autres pour désigner un syndrome. Cependant, tous les termes de pathogénie ne peuvent être traités ainsi et la formulation doit être flexible pour convenir à l'opinion de la majorité.

Modèle III est probablement le plus fréquemment rencontré, mais facilement erroné si traduit par un nom. Par exemple, dans 心火亢盛 [xīn huǒ kàng shèng] (le feu du Cœur devient exubérant) il y a en fait un verbe de liaison caché. (En chinois classique, le verbe de liaison est souvent omis). La phrase peut être tournée en une phrase telle que "l'exubérance du feu du Cœur" "l'exubérant feu du Cœur".

Puisque la différenciation entre termes pathogéniques et noms de syndrome peut se faire grâce à une modification grammaticale, il est préférable d'éviter l'addition du mot "syndrome (tableau)" à la fin d'une longue phrase. Dans les exemples vus plus haut "les Glaires-feu agitent le Cœur", "le feu du Cœur enflamme le haut" et "l'exubérance du feu du Cœur" sont sélectionnés comme nom de syndromes.

Pierre Dinouart-Jatteau

Réponse à “Réponses à « Des tableaux cliniques sans clinique » ?” [4]

Réponse à la 2^{ème} question.

Cette traduction de Nomenclature vue plus haut apporte des éléments qui justifient le maintien du terme 證 [zhèng] et de sa traduction par “syndrome”.

Dans “Le Grand ROBERT” on peut lire Tome IX p. 107 :

SYNDROME n. m. – XVI^e (1547, selon D.D.L.) ; repris 1824. Nysten ; grec *sundromê* « réunion », de *sundramei*, forme de *suntrekein*, de *sun-*« ensemble » et *trekein* « courir ».

◆ **Méd.** Association de plusieurs symptômes, signes ou anomalies constituant une entité clinique reconnaissable, soit par l’uniformité de l’association des manifestations morbides, soit par le fait qu’elle traduit l’atteinte d’un organe ou d’un système bien défini. ⇒

Affection, maladie

La définition du grand Robert (corroborée par celle du Webster), me paraît plus conforme à l’idée que je me suis toujours faite du sens de ce terme.

Je conteste le « **qui se produisent en même temps** » de la définition fournie par l’ouvrage cité (*La grande aventure du terme médical. Filiations et valeurs actuelles.* Bossy (J), Sauramps médical, Montpellier, 1999). Cette

définition ne me paraît pas représenter ce que le terme 證 [zhèng] signifie exactement.

D’autant que le terme chinois est explicité dans le grand RICCI p. 104-5 :

證 [chèng]=zheng **1. a.** Attester ; **témoigner.** Témoin. **b.** témoignage ; attestation. **c.** (*Bouddh.*) faire l’expérience de ; **réaliser** ; éprouver intérieurement ; Témoignage intérieur. **2.** apporter en témoignage ; confirmer ; **prouver.** **3. a.** (*Dr.*) Preuve *ou* témoignage (*ds* un procès). **b.** (*Sc.*) Preuve. **4. :: n. 695 證 [a] cheng⁴** Faire des remontrances à *qn*. **5. :: n. 685 症 cheng⁴** (*Méd.*) **a.** Cause (d’une maladie). **b.** Symptôme (d’une maladie). **c.** Maladie chronique.



Dr Pierre Dinouart-Jatteau,
7 place de Tourny, 33000 Bordeaux
☎ & ☎ 05 56 44 50 40
✉ pdinouar@numericable.fr
✉ pierre.dinouart@gmail.com

Référence

4. Lafont J.-L. Réponses à « Des tableaux cliniques sans clinique » ? Acupuncture & Moxibustion 2006;6(1):52-56.

Bruno Esposito

Le vent pirate dans la pathogénie des maladies auto-immunes

Résumé : les Energies Perverses cosmopathogènes qui ne sont pas complètement éliminées par l'énergie défensive *weiqi* vont être métabolisées par l'organisme et transformées en Humidité Perverse Latente. Cette énergie latente, intégrée et sous contrôle du *weiqi*, reste emprisonnée au niveau des barrières anatomiques comme la peau, les muqueuses, les séreuses... *fenrou* et *huangma*. A la suite d'une nouvelle attaque pathogène par le Vent Pirate *zeifeng*, l'Humidité Perverse Latente, "humanisée" et tolérée comme faisant partie du "self" devient la véritable cause des maladies autoimmunes. **Mots clés** : Humidité Perverse Latente -barrières anatomiques du système immunitaire -*huangma* -*fenrou* -complexes immuns.

Summary : The author describes immunologic diseases in oriental medicine : if the Perverse Climates are not repelled by the defensive energy *weiqi* they can gain the interior of the body and be transformed in Perverse Latent Damp and be stoked at the level of the anatomical gates : skin, mucous membrane, *fenrou* and *huangma*. In case of a new attack of Pirate Wind *zei feng*, the Perverse Latent Damp becomes the real cause of the immunologic diseases. **Key words** : Perverse Latent Damp-anatomical gate -immune system -*fenrou* -*huangma* -immune complex

Réflexions sur le chapitre 58 du *Lingshu*

Le chapitre 58 du *Lingshu* (*zeifeng*, 賊風) Vent Pirate soulève nombre de réflexions concernant la pathogénie de certaines maladies dont l'origine reste plutôt obscure, et qui, pour de nombreuses raisons, nous font penser aux maladies auto-immunes de la médecine moderne. L'empereur demande l'avis de son conseiller Qi-bai à propos de certaines maladies graves qui tout d'un coup affectent des gens qui ne sont point exposés aux énergies perverses et qui sont bien équilibrés du point de vue psychique. Il craint donc que ces maladies puissent être provoquées par des démons ou des esprits malins (*guishen*) [1].

La réponse de Qi-bai aux préoccupations de l'empereur exclut catégoriquement les *guishen* et attribue les maladies à l'"Humidité Perverse Latente", dont ces patients sont porteurs. Cette dernière se forme lorsqu'une Energie Perverse cosmo-pathogène n'est pas complètement éliminée par le *weiqi* en état d'insuffisance relative, et elle est fixée dans les couches les plus extérieures de l'or-

ganisme, dans les capillaires sanguins -*xuema* et dans les espaces dermo-épidermiques *fenrou*, tandis que dans les couches plus profondes elle se cache dans les *yuanma* ou *huangma*, où circule pour la plupart du temps le *weiqi*.

L'"Humidité Perverse Latente" reste cachée, asymptomatique, ni visible ni audible, sous le strict contrôle du *weiqi*, jusqu'au moment où une nouvelle agression d'énergie perverse récente *zeifeng* la rend à nouveau manifeste, en provoquant ainsi le nouveau syndrome de *hanbi* qui, en dehors du Vent Pirate, est sans aucun doute causée par d'autres facteurs [1]. La véritable cause de la maladie est la fusion des deux énergies perverses, l'Humidité Perverse Latente avec l'énergie perverse récente.

L'empereur insiste parce qu'il veut être bien sûr de comprendre et demande pourquoi certains malades ont guéri grâce aux invocations -*zhuwu*, et il donne ainsi à Qi-bai l'occasion de rappeler qu'aussi par le passé les "médecins maîtres du culte" -*tianwu* étaient capables de guérir de nombreuses maladies, même organiques. En

fait, il s'agit d'une espèce d'ancienne psychothérapie, qui permet de réaliser les transformations bénéfiques de l'énergie biologique (*qi*), en tenant bien à l'esprit les phénomènes de victoire de la maladie et les points de départ de ses manifestations (*Suwen* 13) [2].

Zhang Shi, dans son commentaire, explique qu'il s'agit de maladies du *qi*, et leurs "germes causals" sont présents dans l'organisme avant que les maladies se manifestent. La véritable cause est l'énergie perverse latente, qui à l'extérieur demeure dans les *fenrou* et *xuemai*, et à l'intérieur dans les *huangma*, c'est-à-dire les membranes muqueuses sereuses fibroses, où elle reste fixée et cachée, à cause d'une insuffisance fonctionnelle du *weiqi* qui n'arrive pas à l'éliminer complètement. Plutôt que le contraste normal entre l'énergie perverse et l'énergie défensive, c'est la lutte entre deux énergies perverses, la latente et la récente, qui cause les troubles du sang et de l'énergie, et par conséquent la maladie [1].

L'humidité est l'énergie de la Terre, qui en opposition avec l'Eau, cause des troubles au niveau rénal, lèse le *jingqi*, la quintessence énergétique du Rein lèse les cellules et les tissus. Dans le chapitre 79 qui traite aussi du Vent Pirate et des énergies perverses latentes, on fait évidemment référence aux maladies causées par les énergies perverses cosmo-pathogènes -*xufeng*, plus ou moins graves et communes, provoquées par le désaccord des énergies cosmiques de l'année climatique, qui ont un sens typiquement épidémiologique ; une étude pour prévoir les maladies qui pourront se manifester pendant les différentes saisons, selon l'évolution climatique. Le chapitre 58 par contre ne met pas en cause les énergies perverses cosmiques différemment combinées -*xufeng*, mais il fait précisément référence à l'"Humidité Perverse Latente" cachée dans les *xuemai*, dans les *fenrou* et dans les *huangma*, comme la véritable responsable des maladies, que le Vent Pirate ne fait que dévoiler. Qi-bai dit que la cause de ces maladies est l'"Humidité Perverse Latente", qui lèse le *jing*, la quintessence énergétique du Rein, tandis que le *zeifeng*, la cause déchaînant qui met en opposition le sang et l'énergie, n'est pas nécessairement une énergie perverse cosmique, mais peut être aussi une perturba-

tion intérieure à cause d'un régime alimentaire déréglé ou bien une énergie perverse psychique, comme une difficulté ou une compassion. Dans le deuxième paragraphe il souligne clairement que la "véritable cause" n'est ni visible ni audible, parce qu'elle se trouve en profondeur. En méditant sur ce chapitre du *Lingshu* les mots-clés semblent être l'"Humidité Perverse Latente", l'"insuffisance fonctionnelle du *weiqi*" et les "membranes", dans lesquelles se diffuse et circule pour la plupart l'énergie défensive, qui dans les membranes fixe et cache l'énergie perverse latente.

La pathologie générale énergétique enseigne que les énergies perverses cosmiques telles que le Froid, le Vent, la Chaleur et l'Humidité, qui attaquent l'organisme de l'extérieur, si elles ne sont pas complètement éliminées par défaut par le *weiqi*, en demeurant dans les couches énergétiques, elles tendent à se transformer, elles sont métabolisées en chaleur organique, en humidité organique, elles tendent presque à se confondre, à s'intégrer avec les énergies physiologiques [3]. Il s'agit d'un processus défensif par le biais duquel l'organisme semble concéder le droit de cité à une énergie étrangère en l'humanisant, et puisque l'Homme est le Centre -Terre -Humidité, la transforme en "Humidité" qui n'est pas physiologique et donc elle devient "Humidité Perverse Latente". Il s'agit alors d'un élément qui, même s'il est étranger à l'organisme, il peut être toléré comme "self" par le système immunitaire (SI). Il s'agit d'un exemple typique de processus de réparation et l'inflammation, qui représente la réponse protectrice contre toute lésion, même si elle constitue la défense essentielle de l'organisme, peut être potentiellement nuisible, comme l'anaphylaxie, les réactions d'hypersensibilité, les cicatrices défigurant ou obstruant des canaux, l'athérosclérose et les maladies auto-immunes [4].

Le *weiqi*, l'énergie défensive, peut être en condition de déficit relatif lorsque l'agression de la part de l'énergie perverse est importante ou réitérée, comme en présence d'infections persistantes ou à cause de certaines qualités particulières de l'énergie agressive ou encore parce que l'organisme, suite à des hémorragies ou à d'autres événements affaiblissants, est par moments trop faible

pour se défendre, à cause d'un déficit de l'énergie essentielle [3].

L'autre élément important est constitué par les membranes *fenrou*, *xuema* et *huangma*, où l'Humidité Perverse Latente, solidement liée au *weiqi*, qui s'est intégrée avec elle, reste fixée et cachée, tolérée et asymptomatique jusqu'à quand une nouvelle énergie perverse, la récente *-zeifeng*, amorce un nouveau processus défensif. Dans ce cas il y a deux Energies Perverses qui s'affrontent, la latente et la récente, au lieu du *weiqi* défensive face à la nouvelle énergie perverse, parce qu'en fait le *weiqi* et l'Humidité Perverse Latente humanisée constituent un seul élément contre lequel se développe la nouvelle réaction défensive. Les membranes où ont lieu la rencontre sont toutes constituées par un tissu connectif, donc ces maladies sont classifiées par la médecine moderne comme maladies du tissu connectif, collagénoses ou maladies du "complexe immune" [4].

Vision moderne des *fenrou* et *huangma*

Les maladies auto-immunes ou du "complexe immune" sont classées comme maladies du tissu connectif ou collagénoses, parce que le connectif est constitué pour la plupart par le collagène, qui forme la structure extracellulaire de tous les organismes pluricellulaires. Les macromolécules du collagène sont sécrétées au niveau local et forment un complexe structure réticulaire qui entoure les cellules, qui s'assemblent pour créer deux structures spécialisées, la matrice interstitielle extracellulaire -ECM et la membrane basale MB. Elles constituent les supports où se déroulent les fonctions cellulaires fondamentales à partir de la croissance jusqu'à la différenciation, au mouvement et à la survivance, en jouant ainsi un rôle défensif de première importance par rapport à l'organisme. En effet dans le connectif vascularisé a lieu le complexe et articulé "processus inflammatoire" par lequel les organismes supérieurs réagissent aux stimulations lésionnelles extérieures ou intérieures -Energies perverses -en opposant un cumul de liquides et leucocytes -Energie défensive -dans les tissus extravasculaires [4]. On a presque l'impression que l'on peut confirmer les aphorismes de la MTC "le *yin*

-cellule produit le *yang* -ECM et MB ; le *yang* défend le *yin* ; "les énergies perverses talonnent toujours l'énergie *weiqi*". Les membranes qui constituent les tranchées où s'affrontent les énergies pathogènes et le *weiqi* défensive sont toutes constituées par le tissu connectif. Les espaces épidermo-dermiques ou de démarcation de la chair, c'est-à-dire les divisions et les bandes musculaires, les membranes séreuses, fibroscs, muqueuses, les capillaires, les couches minces de tissu qui recouvrent les cavités et les canaux naturels, les aponévroses, la choroïde, l'endocarde, l'épendyme, les méninges, le péritoine, la plèvre et le péricarde, où se trouve la *weiqi*, qui circule hors méridien pour se diffuser à l'intérieur dans le thorax et dans l'abdomen, ils sont tous constitués de tissu connectif (*Suwen* 43).

Il s'agit probablement de la raison pour laquelle le collagène est la protéine la plus diffusée et représentée dans les tissus. En effet il constitue 90% du tissu osseux, 80% de la peau et plus de 75% du tissu musculaire. Un être humain sans collagène serait un amas de cellules liées par quelques neurones [4]. Pourtant le collagène, même s'il est prépondérant, n'est pas le seul élément constitutif du connectif vascularisé. En effet il comprend aussi le plasma, les vaisseaux sanguins, les leucocytes circulants neutrophiles basophiles, monocytes, lymphocytes et plaquettes, et certains composants cellulaires importants non circulants, tels les mastocytes, qui se trouvent en proximité des vaisseaux sanguins, les fibroblastes, les macrophages et les lymphocytes qui demeurent en permanence dans les tissus ou bien ils s'y trouvent momentanément [6,7]. Il est important de rappeler la grande importance des macrophages, qui constituent la première ligne défensive de l'organisme. Ils arrivent à maturation lorsqu'ils s'installent dans les tissus où ils vont accomplir leur mission. Leur localisation principale est à l'abri des membranes, des *fenrou*, *xuema* et *huangma*. Il semble évident qu'il s'agit du cœur, de l'essence même du système immunitaire défensif avec les membranes du connectif qui constituent les tranchées, et les macrophages qui rangent les troupes pour affronter les énergies perverses.

Vision synthétique du système immunitaire

La médecine moderne estime que la réponse immunitaire (RI), c'est-à-dire la défense complexe et articulée de l'organisme, aspécifique ou spécifique, cellulaire ou humorale, est constituée par des barrières anatomiques -manteau cutané et muqueuses broncho-pulmonaire et intestinale les défenses physico-chimiques. Les fonctions intégrées de ces éléments mettent en jeu une telle quantité de molécules, de cellules, de mécanismes défensifs que, malgré l'acharnement de milliers de chercheurs de toutes les spécialités de la médecine, certains éléments essentiels pour comprendre à fond la pathogénie des maladies auto-immunes restent encore à éclairer, même si l'on ne pense plus aux démons et aux mauvais esprits *guishen* [4-7]. Nous avons de plus en plus de preuves de l'existence de "cellules particulières" qui, au niveau de la peau et des organes lymphatiques, en liaison avec les barrières constituées par les muqueuses intestinale et bronchiale, où a lieu la rencontre -collision entre le microcosme Homme et le macrocosme habitat, exercent la fonction de lier les anticorps (EP) et d'interagir avec les lymphocytes (énergie *wei*) [4]. Il s'agit du système réticulo-endothélial (RES) à activité phagocytaire, avec les cellules de l'endothélium vasculaire, les cellules réticulaires et les différents types de macrophages ou bien s'il s'agit du système immunitaire muqueux (MALT) constitué par du tissu lymphoïde associé aux muqueuses broncho-pulmonaires (BALT) et intestinales (GALT). Le système immunitaire muqueux peut être structuré en follicules (Payer), dans la membrane basale (ou lame propre) sont toujours présents des lymphocytes, ainsi que des lymphocytes et macrophages libres dans les espaces, comme par exemple les alvéoles pulmonaires et parmi les cellules épithéliales superficielles de l'intestin [6]. Dans ce complexe défensif coordonné par le système nerveux central (SNC) qui contrôle le système réticulo-endothélial (RES) et l'immunité spécifique, est réalisée un flux ordonné de myriades d'informations par la chute des lymphokines, l'activation du complément et la réaction d'autres cellules et tissus, tels le foie et la paroi vasculaire. Les macrophages y jouent un rôle central [7].

Les cellules de la membrane basale, les cellules réticulaires et endothéliales ont principalement une fonction structurale, tandis que le véritable rôle défensif est assumé presque totalement par les macrophages d'origine monocyttaire. En effet, si l'on fait un lavage broncho-alvéolaire sur un sujet normal adulte non-fumeur, on extrait 10×10^6 cellules (chez le fumeur le nombre est quatre fois supérieur) dont 95% est constitué par des macrophages et le 5% restant par des cellules lymphoïdes [6].

Centralité des macrophages

Les macrophages semblent assumer et résumer la presque totalité des rôles défensifs que la MTC attribue à la *weiqi*. En effet les macrophages, activés par des produits bactériens, viraux ou par d'autres agents nuisibles externes captent l'antigène, par le biais de l'action des enzymes lysosomiales le digère partiellement, l'englobent (processus). Ils en expriment certains éléments sur la membrane (présentation) associés avec les complexes de plus grande histocompatibilité (MHC) de classe I et de classe II et ils commencent à produire les lymphokines (IL 1 et IL 6), qui activent les lymphocytes T (CD 8 -classe I et CD 4 -classe II), qui commencent à produire leurs lymphokines en amorçant ainsi la réponse immunitaire (RI). En outre les macrophages, par le facteur de croissance, règlent la prolifération d'autres types cellulaires, comme les leucocytes circulants, mais ils règlent surtout la prolifération d'autres lymphocytes T et d'autres types cellulaires de la réponse immune, augmentent la production de Ig A, règlent la production et la différenciation des lymphocytes B, qui donnent naissance à la réponse des anticorps. Ils activent aussi les mécanismes cellulaires de résistance naturelle où les macrophages et les cellules NK ont joué le rôle de médiateur [7].

Les structures immunitaires -*weiqi* qui se trouvent associées aux muqueuses, aux membranes basales, aux lames propres, organisées ou pas en follicules, atteignent leur développement complet grâce au contact avec des éléments de la flore bactérienne -Energies perverses, tandis qu'en l'absence de ces éléments ils arrivent à un stade de développement rudimentaire [6]. Il semble

admissible que les anciens médecins chinois, même s'ils ne connaissaient pas les cellules, la phagocytose, les lymphokines et les immunoglobulines, avaient quand même une vision globale du système immunitaire semblable à la vision moderne. En effet ils estimaient qu'il y avait un conditionnement réciproque entre la *weiqi* et les énergies perverses, et que l'énergie défensive circulait hors méridien pour la plupart dans les espaces dermo-épidermiques et dans les aponévroses (*fenrou*), dans les endothéliums (*xuemaï*) et dans les membranes muqueuses, séreuses, fibroscs, dans les épithéliums, dans le péritoine et dans la plèvre (*huangma*).

On pensait que l'énergie produite par les fonctions des *zangfu*, induites par le Feu Ministériel du *sanjiao* et contrôlées au niveau thoracique, abdominal et pelvien par ses trois secteurs *shang*-, *zhong*-et *xiajiao*, en circulant sans cesse dans le *yin* et le *yang*, à l'intérieur et à l'extérieur, dans les méridiens et dans les espaces hors méridiens, dans les *fenrou*, *xuemaï* et dans les *huangma*, jouait des rôles trophiques et défensifs [2,8]. *Yingqi* et *weiqi*, respectivement *yin* et *yang*, se succèdent alternativement et continuellement dans un cercle sans fin, comme un collier de perles. Dans les différentes zones du corps, donc, il y a des chemins et lieux spécifiques d'entrée et de sortie de l'énergie des 6 viscères – *fu*, nommés *qijie*, points de réunion et rencontre, lieux d'allées et retours et de continuation de la *rongqi* ou *yingqi* avec la *weiqi*, situés entre la racine *ben* et le sommet *jiao* des 6 méridiens, 3 *yin* et 3 *yang* (*Lingshu* 52,76). Par conséquent lorsque l'énergie *weiqi*, bloquée ou engorgée ne peut accomplir complètement ses fonctions défensives et donc est relativement déficitaire, les points à traiter en ce cas peuvent assumer une certaine importance et peut-être aussi un rôle clinique, tels que *tiantu* VC25, *huangshu* RE16, *qichong* ES30 (appelé aussi *qijie*) et *zhangmen* FO13, qui sont tous des points porte, de transport et de passage (*Lingshu* 59).

Pathogénie des maladies auto-immunes

Qi-bai dit à l'Empereur que la véritable cause des maladies qui semblent dues aux *guishen* est l'"Humidité Perverse Latente", dont ces patients sont porteurs. Le

véritable "germe causal" au-delà du Vent Pirate -*zeifeng* -qui les rend manifestes, est l'énergie perverse latente. Cette dernière reste cachée et asymptomatique dans les *huangma* et les *fenrou* de nature connective, sous le strict contrôle de l'énergie *wei*, qui étant relativement insuffisante, n'a pas réussi à l'éliminer complètement. On pense qu'il s'agit probablement de connectivites ou collagénoses, classifiées aussi comme des maladies du "complexe immunitaire", provoquées par une énergie perverse qui, métabolisée et transformée en Humidité Perverse Latente, presque humanisée, intégrée et unie aux énergies physiologiques -*weiqi*, aux structures organiques, elle demeure dans l'organisme, tolérée comme "self".

Il semble justifié de comparer l'Humidité Perverse Latente avec les complexes immuns qui échappent à la destruction-élimination de la part de la réponse immunitaire (RI), se déposent dans les tissus et les endothéliums des petits vaisseaux, devenant ainsi des antigènes potentiels. Le complexe immunitaire, formé par l'union de l'antigène avec l'anticorps – par l'énergie perverse unie – intégrée avec la *weiqi*, constitue l'étincelle qui amorce une myriade d'actions défensives finalisées à sa destruction-élimination. Il peut tout de même échapper à cette destruction en éludant la réponse immunitaire (RI) en quelques conditions particulières, comme par exemple de petits complexes, de dimensions inférieures à des valeurs données, un excès d'antigène, comme c'est le cas dans certaines infections persistantes où l'anticorps présente des complexes de plus grande histocompatibilité (MHC), avec une très basse affinité, des défauts du complément, des défauts du système phagocytaire [4].

Il s'agit dans tous ces cas de conditions qui nous rappellent et coïncident avec un état d'insuffisance relative de la *weiqi* défensive par rapport à l'agression d'une énergie perverse. Normalement le très sophistiqué système défensif de l'organisme ne reconnaît pas ses propres structures "self" comme étrangères, et donc il ne les attaque pas, puisqu'un système complexe garantit un "état de tolérance" vers ses propres constituants. Dans quelques cas cette tolérance se

dément et se développent des réactions immunitaires contre des structures de l'organisme, qui comme c'est le cas du processus de réparation et d'inflammation, même s'il s'agit de réponses défensives, peuvent devenir des processus nuisibles. C'est ce qui se passe lorsque la *weiqi* est alertée par un nouvel événement lésionnel ; le complément s'active ou bien les macrophages délivrent des enzymes lysosomiales, et le système immunitaire (SI) -*weiqi*, même s'il est apparemment bien équilibré, n'est plus capable de distinguer le "self" du "non self", et il amorce une réaction immune contre les complexes immuns déposés dans les tissus et dans les parois des petits vaisseaux, et en fait contre ses propres cellules et ses propres tissus, causant ainsi les différents types de maladies auto-immunes [4].

Il s'agit de maladies du *qi*, mais étant donné que la cause est l'Humidité Perverse Latente et que l'Humidité est l'énergie pathogène qui lèse l'Eau, l'énergie source, donc le *jing* qui représente le Rein, la cellule, les tissus, ces affections peuvent atteindre les différents tissus de l'organisme qui sont en rapports analogique-énergétique avec les organes *zangfu* et avec les trois secteurs du *sanjiao*, qui par le Feu Ministériel les contrôle et les stimule. Les perturbations du sang et de l'énergie sont provoquées par la lutte entre deux énergies perverses, la latente et la récente, et les véritables "germes responsables" de ces maladies se trouvent déjà dans les membranes, dans les tissus connectives *fenrou*, *xuemaï*, *huangma*, cachés et asymptomatiques, non visibles ni audibles. A la suite de ces réflexions, il semble admissible que les maladies auto-immunes, les connectivites soient le sujet du chapitre 58 du *Lingshu* et que les anciens médecins chinois, pour leur étiopathogénèse tenaient en considération l'insuffisance relative de la *weiqi* et le rôle central des structures et des dispositifs énergétiques qui concernent les *huangma* et les *fenrou* et sont rapportables au concept global de *huang* en médecine énergétique. Il est possible que les médecins de l'époque, ayant dépassé les superstitions archaïques et mis de côté les *guishen*, aient déterminé la pathogénie des

maladies auto-immunes, même si son interprétation était encore obscure et discutée, comme par ailleurs ce soit encore le cas aujourd'hui. Pour le traitement de ces maladies les médecins de l'époque attribuaient un rôle aux points *qijie*, *men* et *huang*, indiqués dans les blocages ou engorgements du *weiqi*, consécutifs à sa relative insuffisance [9]. Il est vrai que la médecine énergétique (MTC) dérive d'une époque et d'une culture très éloignées, et que les anciens textes classiques, traduits et commentés à des époques successives, peuvent avoir été tellement malentendus et déformés que beaucoup de leurs affirmations doivent être considérées discutables. Toutefois, à mon avis les indices contenus dans les anciens textes, et en particulier dans le *Lingshu*, à propos des maladies qui font l'objet de cette publication, même s'ils ne sont que des indices, soient quand même dignes d'autres investigations approfondies.

Conclusion

Le chapitre 58 du *Lingshu* traite de maladies même graves qui affectent des patients qui, même s'ils sont capables de se protéger contre les énergies perverses et qu'ils ne s'exposent pas à ces énergies, ils tombent soudain malades. Qi-bai exclut les démons et les esprits mauvais et il affirme que la cause en est l'Humidité Perverse Latente qui se trouve cachée dans l'organisme, au niveau des membranes connectives sereuses, muqueuses, fibroses, des espaces dermo-épidermiques et des capillaires sanguins, sous le contrôle de l'énergie *wei*, qui y circule pour la plupart du temps. Il explique que l'Humidité Perverse Latente se forme dans l'organisme lorsque la *weiqi* insuffisante n'arrive pas à éliminer complètement l'énergie perverse d'une agression, et la contrôle en la fixant aux *fenrou*, aux *xuemaï* et *huangma*. Il le parallélisme avec les "complexes immuns" constitués par l'antigène uni à l'anticorps semble donc justifiable. Ils échappent à la destruction-élimination de la part de la réponse immunitaire (RI) en certaines conditions d'insuffisance du système immunitaire et se déposent dans les tissus et dans les endothéliums

des petits vaisseaux, devenant en fait des antigènes potentiels pour des maladies successives. On rappelle que les énergies perverses cosmiques, demeurant pour une période de temps dans l'organisme, sont métabolisées et transformées selon les cinq mouvements en Humidité, en tant que Terre – Centre – Homme – Humidité, et intégrées avec la *weiqi* qui les contrôle presque en les humanisant, deviennent un “self” protégé par le système de tolérance, comme c'est le cas des complexes immuns. Les maladies auto-immunes sont classées comme connectivites ou collagénoses ou “maladies du complexe immunitaire” et se manifestent lorsque à cause d'un autre événement potentiellement lésionnel, le complément s'active ou lorsque les macrophages délivrent des enzymes lysosomiales, et comme la *weiqi* ils sont localisés au niveau des barrières défensives de l'organisme, peau et muqueuses bronchiales et gastro-intestinales. NON SELF et amorce une réaction immunitaire contre ses propres cellules et tissus.



P^r Bruno. Esposito Président de l'ANIAM (Association Nationale Italienne des Médecins Acupuncteurs), Président de l'Unité Italienne WMAA (World Medical Acupuncture Association), Président Honoraire de l'Institut Nguyen van Nghi. Via Argine Ducale 277, 44100 Ferrara, Italie

Références :

1. Nguyen Van Nghi, Tran VD, Recours C. Hoang Ti Nei Jing Linshu. Marseille:Robert;1994-1999.
2. Nguyen Van Nghi, Hoang Ti Nei King So Ouenn. TI, TII. Marseille:Socadim;1973-1975.
3. Nguyen Van Nghi, Recours C. Médecine Traditionnelle Chinoise. Marseille:p. éd. NVN;1984.
4. Robbins, Cotran, Kumar, Collins. Le basi patologiche delle malattie. Vol. I & II, 6^e éd. Piccin;2000.
5. Esposito B. L'immunologie en Médecine Traditionnelle Chinoise. Rev. Franç. de MTC;1999;181;27-35.
6. Mantovani A. Il sistema immunitario mucosale. Milano: Lavorele Srl;1992.
7. Feinberg G, Jakson MA. La catena immunitaria. Milano: Masson;1985.
8. Esposito B. La fisiologia dei vasi secondari. Palermo:Nuova Ipsa;2002.
9. De Franco L. Il concetto di Huang e “Grassi Vitali”. Citato da Di Stanislao C. Rivista italiana di agopuntura;2003;108;46-47.

Patrick Sautreuil, Anne Lassaux, Philippe Thoumie, Marc Piquemal, Besma Missaoui

Douleurs de névromes d'amputation et Acupuncture

Résumé : Dix observations de patients amputés de membre ayant bénéficié d'acupuncture antalgique pour des douleurs de névromes sont présentées et analysées. Pour une nette majorité d'entre eux, c'est un traitement efficace. **Mots clés :** amputation – névrome – douleur – acupuncture.

Summary: Ten observations of amputees suffering of neuromas are presented and analysed. For the most part of them, it's an efficient treatment. **Keywords:** amputation – neuroma – pain – acupuncture.

Introduction

L'amputation d'un membre emporte tous ses tissus. La cicatrice d'un nerf amputé forme un névrome. La plupart restent silencieux au long des années et des décennies. Une partie d'entre eux se manifestent par des douleurs le plus souvent à type de brûlure, d'arrachement, toujours avec une connotation électrique. On pense que des éphapses, des synapses pathologiques, s'organisent entre motoneurones, neurones sensitifs et/ou végétatifs, et rendent le névrome douloureux. Ceci ne concerne qu'un nombre restreint de cas. Ces douleurs apparaissent à distance de l'événement initial. Elles sont difficiles à contrôler avec des antalgiques, y compris ceux de grade III (antiépileptiques et tricycliques peu opérants). Ces douleurs sont faciles à différencier des sensations de membre fantôme (hallucinoïse) et des douleurs liées aux difficultés d'adaptation du moignon à la prothèse. Elles sont plus difficiles à distinguer des douleurs de membre fantôme (alghallucinoïse), et aux rares, mais difficiles à prendre en charge, douleurs d'ischémie du moignon dans l'emboîture (compressions veineuses ou artérielles).

Le diagnostic est clinique, parfois confirmé par échographie et IRM. La mise en évidence, clinique et paraclinique, d'un névrome amène les patients à envisager une reprise chirurgicale qui éliminerait le névrome et protégerait le moignon nerveux de tout traumatisme par enfouissement dans un muscle ou dans un tunnel

osseux. Mais pour certains patients, il s'agit d'une re-récidive déjà traitée chirurgicalement. Pour d'autres, un geste chirurgical n'est pas souhaité, ou difficile en raison du contexte clinique. L'acupuncture est alors une alternative.

Nous présentons dix cas de patients qui ont bénéficié d'acupuncture dans ce contexte de névrome douloureux : pour huit d'entre eux, elle contribue à réduire ces douleurs, à améliorer la marche appareillée et la qualité de la vie.

Physiopathologie des cinq différents types de douleurs de moignon d'amputation

Les douleurs de névrome pathologiques ne sont qu'une des cinq formes de douleur que peuvent ressentir les amputés [1, 2, 3, 4]. Les douleurs fantômes sont bien mieux loties, en terme de références bibliographiques que les névromes douloureux.

La sensation de membre fantôme

Tous les amputés ressentent immédiatement après l'amputation la sensation de permanence du membre disparu (hallucinoïse). Elle est positive et n'a pas de connotation douloureuse. Elle peut les aider à réaliser le deuil du membre amputé. L'hallucinoïse correspondrait au remaniement des afférences et des efférences du système nerveux périphérique et central. Elle s'es-

tompe avec le temps ou persiste durant de nombreuses années.

Les douleurs de membre fantômes

Il s'agit de tout autre chose et, dans le public mais aussi dans le corps médical, il y a parfois confusion. Au cours de l'évènement initial ou de son décours immédiat - plaie par balle, éclat d'obus ou de bombe, torsion violente ou broiement d'un membre - ou retardé (ischémie secondaire, nécrose) ou encore au cours des soins post-opératoires (pansements), le patient a ressenti des douleurs qui s'impriment profondément dans sa mémoire corporelle. Beaucoup de questions se posent au sujet de leur physiopathologie [5, 6]. Ces douleurs viennent le « hanter » ultérieurement (alghallucinoze) Elles ne concernent qu'une minorité d'amputés. Elles ont souvent un caractère très pénible, mais réagissent parfois aux médicaments antalgiques. Elles peuvent bénéficier d'acupuncture [7, 8, 9]. Pour certains acupuncteurs, il existe un interdit absolu : ne pas mettre d'aiguilles dans le moignon [10, 11]. Ce sujet n'est pas traité dans cet article.

Les douleurs d'adaptation à la prothèse

C'est le quotidien des consultations médico-techniques d'appareillage. Les problèmes d'adaptation viennent soit d'un moignon défectueux (conflit au niveau de l'arête tibiale antérieure, de l'angle de Farabeuf insuffisamment rabattu, de la tête du péroné, excroissance osseuse au bout de l'os amputé, formation d'un hygroma... et peuvent trouver des réponses dans une reprise du moignon), soit de la prothèse (défaut d'aplomb statique et dynamique, désadaptation, frottements excessifs...) [12]. Les nouveaux composants (prothèses endo-squelettiques, manchons gel, pieds prothétiques dynamiques, amortisseurs...) ont réduit les situations de conflit et grandement amélioré les prestations d'appareillage.

Les douleurs en rapport avec des troubles ischémiques du moignon appareillé

C'est une dimension particulière des douleurs liées à l'appareillage prothétique. Le moignon n'est pas tou-

jours en mesure de supporter, au niveau veineux ou artériel, les contraintes de l'appareillage. Un serrage trop important (localisé, creux poplité, triangle de Scarpa, ou circulaire) peut entraîner une gêne au retour veineux (cartonnage, extravasation). En relation avec ces contraintes, des phlébites profondes ne sont pas rares mais souvent méconnues. Les pressions à l'intérieur du moignon à l'appui dans l'emboîture de la prothèse peuvent dépasser les pressions dans le réseau artériel et créer, immédiatement ou avec délai, une ischémie douloureuse au niveau du moignon. Ce deuxième phénomène est plus susceptible de se produire chez un patient artéritique âgé que chez un traumatique jeune. Nous n'avons que les éléments cliniques pour comprendre les problèmes vasculaires des moignons. Les examens complémentaires en particulier la radio-imagerie numérique (reconstruction des réseaux veineux et artériels aux temps portants et pendulaires de la marche appareillée) ou la mesure de la TcPO₂ superficielle au niveau du moignon ne sont pas encore de pratique courante. Des solutions sont trouvées avec des modifications des formes et de choix des matériaux des prothèses pour une majorité de ces patients. Mais pour quelques uns d'entre eux, nous n'avons pas de recommandations médico-techniques qui mettent fin à ces conflits douloureux moignon-prothèse.

Les douleurs de névromes pathologiques

Il s'agit, avec un délai d'apparition qui se compte le plus souvent en années voire en décennies, de douleurs à type de pulsations, de torsions, de brûlures, de décharges fulgurantes électriques. L'enlèvement de la prothèse en fin de journée, des variations barométriques importantes peuvent contribuer à son apparition. Un massage, une compression locale, la mise de nouveau de la prothèse peuvent les atténuer. La palpation du moignon et sa percussion reproduisent la douleur et précisent sa localisation, permettant de la rattacher au nerf impliqué, tronc sciatique, nerfs sciatique poplité interne et externe, nerf radial, pour les patients qui nous intéressent.

Une des caractéristiques de ces douleurs est d'augmenter avec le temps, de résister progressivement aux

manœuvres ou aux médicaments jusqu'alors efficaces. Elle atteint un degré tel que certains patients se suicident pour y mettre fin.

Relativement rares (environ 5%), elles ont été évaluées jusqu'à 25% des cas dans les amputations de membre supérieur [13]. Plus de travaux sont nécessaires pour mieux comprendre la physiopathologie de la douleur dans les névromes [14].

Examens complémentaires : l'imagerie

Le bilan comprend des radiographies standard pour éliminer une excroissance osseuse ou rechercher un corps étranger ; une échographie pour rechercher un hygroma ou visualiser le névrome et une IRM pour essayer de mettre en évidence le névrome [15, 16].

Patients et Méthode

Sélection des dossiers des patients

Nous avons réuni quatorze dossiers de patients traités par acupuncture pour des douleurs de moignon et n'en avons conservé que dix pour lesquels le diagnostic de névrome pathologique était indiscutable au niveau clinique, qu'il soit confirmé ou non par l'imagerie. L'échographie et l'IRM ne sont pas systématiquement contributifs. La confirmation d'un névrome est logique, il se forme systématiquement à l'extrémité d'un nerf amputé, mais la confirmation de sa présence ne garantit pas sa responsabilité dans le tableau douloureux. C'est la clinique qui en premier et en dernier lieu permet de différencier les douleurs et leur origine.

Recrutement

Les dix patients dont les dossiers sont présentés ont été orientés vers la consultation d'acupuncture-Médecine Physique du service de rééducation Neuro-orthopédique de l'Hôpital Rothschild, soit à partir des consultations du Centre Régional d'Appareillage d'Ile-de-France-Picardie, soit par la consultation anti-douleur de l'Hôpital Rothschild (Paris, 12°).

Il s'agit de deux femmes et huit hommes. Neuf fois le contexte est traumatique (quatre blessés de guerre,

deux accidentées de la route, deux accidents du travail, une erreur médicale). Une fois, il s'agit d'une amputation pour artérite.

Un seul patient est amputé de membre supérieur (amputation du poignet), un patient est amputé transméatarsien, cinq sont amputés tibiaux, trois le sont au niveau fémoral.

Techniques de puncture et protocole acupunctural

Nos premiers essais de traitements par acupuncture des douleurs de névromes pathologiques comprenaient systématiquement des points à distance. Les points locaux étaient alors surtout des points d'acupuncture. Au niveau d'un moignon tibial ceux-ci sont plus nombreux qu'au niveau fémoral. Aussi, au fil des années, parallèlement à une progression de la technique de plus en plus axée sur les points locaux de type « triggers points » ou points « *Ashi* », la prise en charge s'est organisée plus directement en fonction des informations issues de la palpation et du dialogue avec le patient qui apprend à ressentir l'effet des aiguilles sur son moignon en fonction de leurs localisations (Figure 1).



Figure 1. Recherche précise de la localisation du névrome. Sur ce schéma : face antérieure d'un moignon tibial, localisation de point *ashi* correspondant à un névrome du nerf sciatique poplité externe : la main en haut est celle de la patiente, la main en bas, celle du praticien (voir observation N° 8).

Non seulement il s'agit maintenant surtout de points locaux, mais encore, l'aiguille doit progresser jusqu'à proximité du névrome ou dans le névrome. La séance d'acupuncture est adaptée aux réactions du patient et à sa tolérance aux douleurs générées par la poncture de son moignon. Deux à trois séances sont nécessaires pour évaluer l'impact des aiguilles sur les douleurs de

névromes et pour affiner le protocole. Une cartographie des points utilisés est relevée à chaque séance.

Cas cliniques

Les observations sont présentées dans un ordre progressif d'efficacité sur la douleur évaluée par le patient lui-même selon une échelle visuelle analogique (EVA) et des critères fonctionnels comme le périmètre de marche et la qualité de vie.

Pour respecter l'anonymat des personnes, les informations sont limitées aux éléments les plus importants. Il n'est pas possible de rendre compte de toutes les difficultés qui ponctuent, émaillent ou accablent la vie de ces personnes amputées appareillées, selon les périodes de leur vie. Heureusement, parfois en partie grâce à l'acupuncture, la plupart des patients de cette série surmontent ces épreuves...

Pour les deux premiers patients, l'acupuncture s'est révélée inefficace.

Patient 1

P., 78 ans. En 1950, ischémie sous plâtre pour fracture de jambe droite, amputation tibiale.

Il présente depuis de nombreuses années des douleurs à type de décharges électriques dans le moignon irradiant dans la « jambe », liées en partie aux changements de temps, avec surtout des horaires précis en début de soirée jusqu'à 1 h du matin. Elles sont côtiées 7/10.

Ces douleurs sont irrégulières en intensité, non dépendantes du périmètre de marche parcouru dans la journée. Pour les calmer, le patient prend III à V gouttes de clonazépam le soir.

Une échographie et une IRM authentifient un petit névrome sur le nerf sciatique poplité externe.

Au cours du premier semestre 2001, cinq séances de traitement associent 36 E et 34VB (également points *ashi*) auquel est ajouté le *yintang*.

Le traitement ne se montre pas efficace. Seul le rythme des accès douloureux est passé de 22 à 16 par mois sans nette atténuation des pics douloureux.

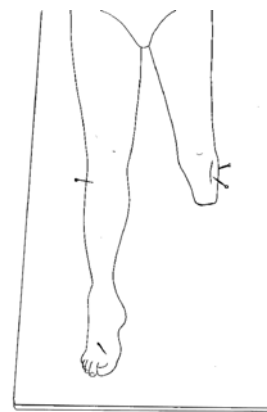


Figure 2. Amputation tibiale gauche : moignon adapté à un appareillage classique. Pas d'efficacité de l'acupuncture.

Patient 2

G. 48 ans. En 1985, au cours d'un accident du travail à 28 ans, il présente un poly-traumatisme avec fracture ouverte de la cheville gauche. La conservation se fait au prix de 15 interventions chirurgicales mais se solde par un échec. Après douze années de souffrance, il est amputé en 1997 au niveau de la jambe gauche, à l'union tiers moyen-tiers inférieur. Il est de grande taille (1,98 m) et lourd (114 kg). Il a subi ensuite 12 ré-interventions depuis l'amputation, au rythme d'une ou deux par an. Au cours de l'année qui suit l'amputation, il est opéré une première fois d'un névrome du nerf sciatique poplité externe. Un an plus tard, un névrome du nerf sciatique poplité interne est enlevé. Le chirurgien réalise un enfouissement profond du moignon de nerf en même temps que le moignon tibial est raccourci à l'union tiers supérieur/tiers moyen (sans justification médicale ou prothétique). Puis le moignon est ré-opéré pour « esquille osseuse » et de nouveau raccourci. De nouveau opéré en 2003 d'un névrome du nerf sciatique poplité externe, le moignon subit également une nouvelle reprise du névrome nerf sciatique poplité interne. Le chirurgien remonte alors au-dessus du creux poplité et le péroné, déjà recoupé très haut, est définitivement ôté (Figures 3 a, b, c, d). Ces différents événements chirurgicaux s'accompagnent de grandes difficultés d'appareillage, chaque nouveau geste chirurgical sur le moignon s'accompagnant d'une emboîture provisoire, d'une remise en question des choix techniques. Cette

période est marquée par deux événements : une chute en 2001 qui entraîne une fracture de l'épaule gauche ce qui complique le béquillage avec deux cannes anglaises, indispensable en cas de difficultés avec l'appareillage ou lors d'un épisode chirurgical ; en 2002, un infarctus myocarde et la pose de 2 stents (tabagisme).

C'est dans ce contexte physique et psychologique très lourd que ce sont déroulées cinq séances d'acupuncture en 2001/2002. Les points locaux étaient 36 E et 34 VB, 40 E (avant raccourcissement), 3F controlatéral et 4 GI bilatéral.

La première séance a été « miraculeuse », l'EVA étant passée de 7-8/10 à 0/10 en cours de séance. Chaque autre séance a montré l'efficacité immédiate de ce traitement, avec la diminution de la prise de clonazépam, mais le maintien d'un bon résultat n'a jamais dépassé les quelques heures ou quelques jours. Ces résultats médiocres et la distance par rapport à Paris (130 km) ont fait abandonner l'acupuncture comme ressource thérapeutique.



Figure 3 a, b, c, d. Ces clichés montrent 4 des six étapes d'amputation successive. L'appareillage chez ce patient multiopéré est difficile.

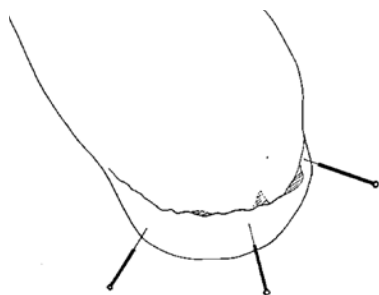


Figure 4. Une des séances d'acupuncture sur ce moignon tibial globalement douloureux, avec des antécédents de névromes opérés sur le sciatique poplité interne et sur le sciatique poplité externe.

Dans les deux observations suivantes, l'acupuncture a montré une efficacité réelle mais limitée.

Patient 3

A. 81 ans. Militaire, il a été blessé au niveau du membre inférieur gauche pendant la bataille d'Alsace, en janvier 1945. L'essai de conservation de la jambe gauche fût un échec. Il se développa une gangrène qui obligea à une amputation fémorale gauche une dizaine de jours plus tard. Il garde de cette période une algoallucinoïse (un à deux épisodes par an, correspondant exactement aux douleurs liées à la nécrose avant l'amputation) qu'il contrôle par la prise d'ibuprofène.

Il ressent depuis une quinzaine d'année des douleurs de type électrique, irradiant localement, dont l'intensité augmente progressivement, apparaissant plutôt l'après-midi, parfois la nuit, très aléatoires. Elles ne sont améliorées que quelques semaines par des médicaments, l'effet favorable s'épuisant rapidement. Il existe un point douloureux exquis, avec tuméfaction dure. Une compression locale l'aggrave dans un premier temps, mais finit par le soulager. Par contre, un bas élasto-compressif est sans effet. Le diagnostic de névrome est confirmé par IRM.

Il a bénéficié d'une vingtaine de séances d'acupuncture de 2002 à 2005.

Il reconnaît que ces séances lui procurent un soulagement (9/10 à 1-0/10 à l'EVA) qui dure quelques semaines. Mais l'obligation de répéter les séances, l'absence d'impact sur le névrome, ont fini, malgré une efficacité indiscutable, par le décourager.

Il présente un phénomène intéressant. Lorsqu'il joue au Solitaire (jeux de cartes) sur ordinateur, il n'y a aucune résonance avec ses douleurs de moignon. Quand il pratique le même jeu avec un micro-ordinateur de paume, la douleur de névrome apparaît en quelques minutes et devient insupportable. Si ce matériel est dans une gaine anti-choc, isolante électriquement, il ne ressent aucune douleur. Quand il est sous aiguilles d'acupuncture avec le micro-ordinateur de paume sans protection, les douleurs apparaissent de façon retardée (20mn) et sont atténuées (Figure 5).

Malgré cet incontestable succès, l'évolution est marquée

par une lassitude devant le caractère momentané de la rémission. Une nouvelle IRM du moignon dans un hôpital militaire a infirmé le précédent compte-rendu de névrome et semé le doute dans l'esprit du patient. Il a abandonné le traitement acupunctural et se limite à prendre de la gabapentine 600 et du tramadol 100.

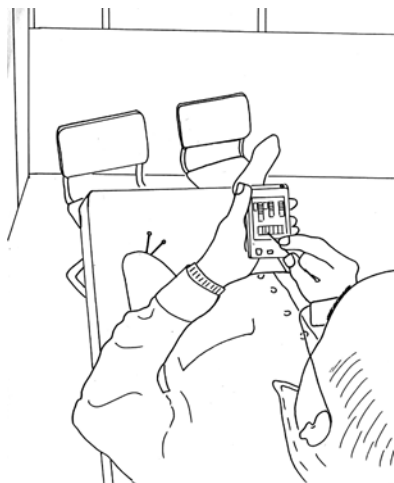


Figure 5. Patient amputé au niveau fémoral gauche depuis 1945 (bataille d'Alsace), présentant des douleurs de névrome pathologique améliorées par acupuncture locale. Ici représenté jouant au Solitaire pendant une séance d'acupuncture : alors que le contact du Palm réveille les douleurs de névrome en quelques minutes (important voltage de l'écran, 10000volts, mais avec un faible ampérage), la présence des aiguilles retarde l'apparition des douleurs de 20 mn et les atténue. Noter que le patient est également amputé de la troisième phalange de la main droite.

Patient 4

L., 77 ans. Dans un contexte artéritique tabagique non diabétique, après pontage fémoro-poplitée en 2001, ce patient est amputé en 2004 au niveau tibial gauche. Il développe fin 2004 un névrome du nerf sciatique poplitée interne. L'échographie est négative. De même pour l'IRM. Mais la clinique, avec un signe de « Tinel » positif, est indiscutable. Le patient a également des sensations de membre fantôme (hallucinoses) mais sans douleur de membre fantôme.

L'acupuncture locale est efficace faisant descendre la douleur de 7/10 à 2/10 en quatre séances jusqu'à la disparition de la douleur à la palpation - percussion du moignon. Par ailleurs, il ressent une modification de la sensibilité superficielle en bout de moignon, avec la disparition d'une sensation désagréable de froid dans le

moignon. Après acupuncture, il ressent une sensation de chaleur dans le moignon.

La perforation de la peau au niveau de l'angle de l'arête tibiale (angle de Farabeuf, qui n'avait pas les 45 ° requis) et d'adaptation (amaigrissement progressif du moignon) ont obligé à une reprise de moignon au cours de laquelle le névrome a été ôté. Depuis, le patient a été perdu de vue.

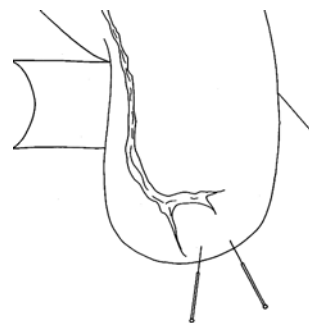


Figure 7. Patient artéritique, amputé tibial à gauche. Résultat positif sur la douleur de névrome.

Dans les six observations suivantes, l'acupuncture montre une efficacité nette, surtout pour les deux dernières.

Patient 5

F. 82 ans. Militaire, blessé sur un théâtre d'opération en Asie en 1953. Il a été amputé au niveau fémoral à droite. Il a bénéficié depuis cette époque d'un appareillage « Striede » (emboîture bois à genou dit « physiologique » sans frein ni verrou) très particulier qu'il allait faire fabriquer en Autriche.

Le contexte général est complexe et comprend un vieillissement sensori-cognitif (encéphalopathie vasculaire), des troubles du nyctémère avec apnées du sommeil (assistance respiratoire, O2 la nuit et le jour), une HTA, un pace-maker, une arthrose du genou gauche (controlatérale, très fréquente chez les amputés tibiaux et surtout fémoraux) et une surcharge pondérale. L'appareillage, et surtout son adaptation au niveau de l'emboîture, posent également des problèmes récurrents.

Il présente depuis une vingtaine d'années des douleurs dans le moignon, à l'extrémité interne mais également en externe, à type de torsion électrique, souvent fulgurantes. La morphine est plutôt inefficace (et posait

problème dans le contexte respiratoire), par contre la gabapentine est plutôt efficace. Du bromazépam est pris de façon intermittente.

Il a bénéficié d'une vingtaine de séances d'acupuncture de 2001 à 2006. Il s'agit de points locaux en couronne en bout de moignon, en interne. Également, en début de traitement, dans le magma des cicatrices de la face externe de cuisse, deux à quatre aiguilles ont été piquées, mettant fin à la douleur chronique à ce niveau. L'efficacité, évaluée par l'E.V.A. passant de 9/10 à 1/10 en cours de séance, a été spectaculaire (Figure 6). Depuis une année, le contexte général, de plus en plus lourd, assombrit le tableau. Les douleurs de moignons sont toujours invalidantes et moins réactives à l'acupuncture. Surtout, elles ne sont plus en rang1 des préoccupations du patient et de son épouse.



Figure 8. Amputation fémorale droite (Militaire, blessé au cours de la guerre d'Indochine, 1953). Deux zones douloureuses : en externe, au niveau des nombreuses et profondes cicatrices (rapidement et définitivement améliorées par quelques séances de deux à trois aiguilles), et en bout de moignon, des douleurs de névrome nettement amendées par acupuncture mais avec obligation de renouveler les séances car les rémissions n'étaient que de quelques mois seulement.

Patient 6

R., 60 ans. Il a été amputé au niveau du poignet gauche (accident du travail en 1991, banc de scie). Sa main a été immédiatement réimplantée, mais il a été ré-amputé un an plus tard. Il présente, trois années après une intervention pour un névrome du nerf radial, une récurrence qui se manifeste par des douleurs à type de brûlures électriques tellement insupportables qu'il se dit poussé au suicide. Il ne supporte pas la morphine, et présente des effets secondaires avec le gabapentine et la carbamazépine. Les T.E.N.S.

(Transcutaneous Electro-Neuro-Stimulation) ont eu une efficacité partielle et momentanée pendant quelques mois.

Autre problème : sa prothèse de hanche à droite a été reprise deux fois. Il est confronté à un problème de descellement de sa prothèse au niveau du cotyle (échec d'une greffe osseuse en 2004). L'absence de main à gauche complique le béquillage : une canne avec appui adapté (une sorte d'emboîture en lieu et place de la poignée) a dû être réalisée.

Le névrome est palpable sous la peau. Une IRM confirme sa présence. La compression du névrome limite l'intensité de la douleur.

Une aiguille locale fait disparaître instantanément la douleur. Après une séance d'acupuncture d'une demi-heure, l'absence totale de douleur peut durer quatre jours (Figure 9). Ensuite elle réapparaît. L'essai du maintien plusieurs heures d'une aiguille classique, ou plusieurs jours d'une aiguille « grain d'orge » prolonge jusqu'à quinze jours la période antalgique. Entre deux traitements, il y a un retour progressif à la situation antérieure. Mais le patient note des modifications : par exemple, il n'a plus la sensation d'arrachement au niveau de la première commissure ni la sensation de froid qui concernait toute la main absente. Cela se limite maintenant à la pulpe du pouce.

La distance par rapport à Paris (plus de 200 Km) a obligé à demander à un acupuncteur de sa région de prendre le relais.

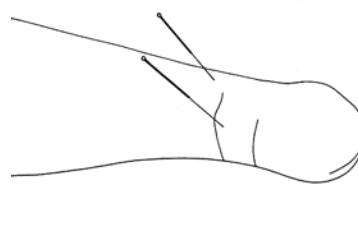


Figure 9. Amputation traumatique du poignet gauche (accident du travail 1991), ré-implanté immédiatement et ré-amputé un an plus tard. Récurrence du névrome après une première névromectomie. Efficacité immédiate de la ponction du névrome palpable sous la peau. En association au cours de cette séance, *neiguan*, 5TR.

Patient 7

P. 67 ans. Victime d'un accident du travail agricole (bas de pantalon pris dans le cardan d'une prise de

force), ce patient a été amputé au niveau fémoral à droite.

Il présente à distance de l'amputation des douleurs à type de décharges électriques. Le diagnostic de névrome du sciatique a été confirmé par I.R.M. Les douleurs sont aggravées sous Topiramate. Le bandage compressif du bout du moignon n'est pas supporté. Les T.E.N.S. apportent une amélioration de quelques heures sans rémission complète alors que l'acupuncture lui a donné jusqu'à 3 semaines d'antalgie.

Les aiguilles sont placées à l'extrémité du moignon. La puncture réveille des sensations tactiles au niveau de la face dorsale du pied (vécues de façon positives).

Dix séances se sont échelonnées de mars 2005 à début 2006. Le succès de l'acupuncture n'est pas pour lui un résultat suffisant. À partir de la confirmation du diagnostic par l'I.R.M. (Figure 10), son souhait était de se faire opérer. Cette intervention a eu lieu en mars 2006. Les explications que lui a données le chirurgien et le compte-rendu opératoire ne permettent pas de savoir s'il y a eu ablation du névrome ou seulement enfouissement dans le fémur tunellisé dans ce but (ou les deux). Les douleurs ont, pour l'instant, disparu.

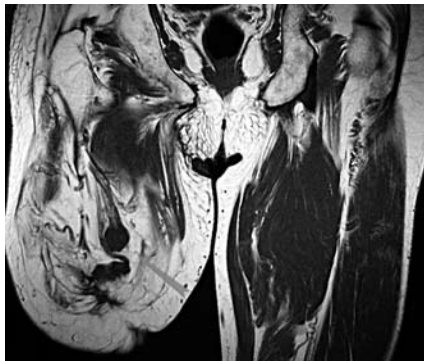


Figure 10. I.R.M. montrant le névrome du nerf sciatique (flèche blanche). On peut apprécier sa taille et voir également l'involution musculaire au niveau du moignon par rapport au membre controlatéral (Accident du travail agricole, amputation fémorale droite).

Patient 8

M. 54 ans. Victime d'un grave accident de la route (en 1997, au volant d'une voiture contre un camion « fou »), elle a présenté un polytraumatisme des deux chevilles et a été gravement brûlée par l'huile du moteur au niveau de la jambe gauche. L'essai de conserva-

tion du membre inférieur gauche a duré 15 j. et a compris des greffes de peau. L'échec est sanctionné par une amputation au niveau tibial gauche, avec un moignon court de 9 cm auquel on a, d'emblée, enlevé le péroné. La cheville droite a été arthrodésée.

Quelques mois plus tard, elle ressent des douleurs latérales externes à type de lancements électriques dans le territoire du nerf sciatique poplitée externe. Échographie et IRM sont négatifs. Le contexte général est marqué par une obésité (110 kg pour 1,62 m).

La première séance d'acupuncture en 2000 ne se passe pas bien : la patiente est très anxieuse, les cinq aiguilles sont mal supportées. La puncture est rendue très délicate et difficile en raison de la sclérose cutanée liée aux greffes. Elle envisage de demander un geste chirurgical sur son névrome. Cependant les séances suivantes se déroulent plus favorablement, et les douleurs s'amendent peu à peu. Après trois séances, le sommeil est amélioré. La douleur passe de 8/10 à 6/10. Puis, elle connaît des épisodes de rémission presque complète avec seulement la persistance d'un fourmillement (Figure 11). Après deux mois et quatre séances, la douleur est cotée 3/10. Parallèlement, elle souffre de problèmes d'adaptation de l'emboîture et des lenteurs d'un nouveau fournisseur, de l'inefficacité du traitement de son surpoids, de la dépression chronique liée à la perte de son emploi et aux bouleversements entraînés par l'accident. En six années, 38 consultations (d'acupuncture antalgique et/ou d'appareillage, soit une moyenne d'une séance tous les deux mois) ont permis à cette patiente de reprendre goût à la vie, de retrouver un périmètre fonctionnel et de partir en vacances dans son pays d'origine.

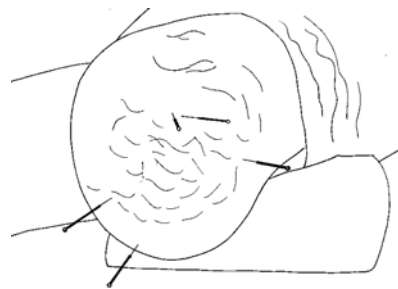


Figure 11. Fracas de la cheville gauche (accident de la route, 1997) avec brûlure profonde de la jambe par l'huile du moteur. Échec de l'essai de conservation du membre inférieur et des greffes de peau (peau épaissie, difficile à franchir pour les aiguilles). Au cours de l'amputation, ablation du péroné.

Patient 9

M., 79 ans. Parachutiste des troupes de choc de la première armée française, à 19 ans, au cours de la bataille de Colmar, en janvier 1945, il a été blessé par un éclat d'obus au niveau du pied droit et amputé d'emblée de l'avant-pied. Il a eu tout au long de sa vie des difficultés avec le chaussage orthopédique, surtout sous le moignon de la tête du troisième métatarsien. Elles se sont amendées avec l'introduction, il y a une quinzaine d'années, de mousses de polyéthylène dans la fabrication de son orthèse plantaire droite. Il présente depuis plus d'une dizaine d'années des douleurs de névromes des nerfs interosseux du premier et du dernier espace inter-métatarsien, confirmés par IRM. À noter dans ses antécédents, un infarctus à 40 ans et une intervention sur la valve mitrale il y a dix ans qui l'obligent à un traitement anti-coagulant.

Il a bénéficié d'une douzaine de séances d'acupuncture en quatre ans. En début de traitement, les deux points locaux sont accompagnés des 5 Rn (*shuiquan*), 4 Rt (*gongsun*), 3Rt (*taibai*), 36 E/4 GI (*zusanli/hegu*) (Figure 6). Ensuite, seuls les points locaux sont utilisés. Les douleurs passent à l'E.V.A. de 7/10 à 0-2/10 et l'amènent à dire : « Depuis que j'ai de l'acupuncture, je suis sur un petit nuage ».

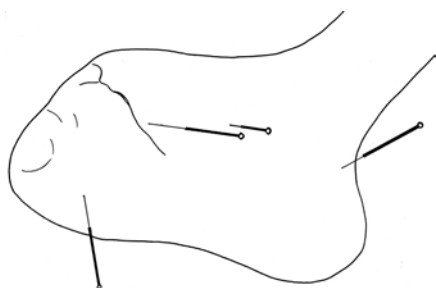


Figure 12. Face inféro-interne du pied droit avec amputation des métatarsiens du pied droit (éclat d'obus, 1945) : douleurs dans les premier et quatrième espaces métatarsiens avec irradiations vers *gongsun* (4 Rt) et *shuiquan* (5 Rn).

Patient 10

S. 41 ans. Victime d'un accident de la route dans son pays d'origine, en Afrique de l'ouest, elle est amputée d'emblée au niveau fémoral gauche en 1989.

La première consultation en 1999 démêle des douleurs au niveau de la cicatrice (liées à l'appareillage), des sensations de membre fantômes et des douleurs profondes, de type

électrique, cotées à 8/10. Une I.R.M. confirme ultérieurement le diagnostic de névrome. Les quatre premières séances en 1999 font descendre les douleurs de névrome du sciatique au-dessous de 5-6/10, barrière du tolérable compatible avec une vie sub-normale pour la patiente.

Une séance d'acupuncture fin 99 est centrée sur la région lombaire : la lordose physiologique lombaire est majorée à chaque pas du côté prothétique pour compenser la diminution du pas postérieur de ce côté. De même, un épisode de douleurs fémoro-patellaire à droite (surcharge du côté sain), puis un autre de sciatgie VB (figure 13) ont été pris en charge par acupuncture en parallèle à celle des douleurs de moignon.

Trente-cinq consultations ont eu lieu depuis 1999, soit une moyenne de 5-6 par an, avec un « creux » d'une seule consultation en 2002 et 2003. Au cours de ces traitements, la douleur a changé de physionomie : elle ne s'exprime plus par des « flashes », mais par un fourmillement électrique. De longues périodes de sub-analgésie (1 à 3/10) font maintenant le quotidien de cette patiente très dynamique.

Au cours de ces années, le souhait initial d'une intervention sur le névrome (quand il a été visualisé par I.R.M.) a été abandonné, l'acupuncture apportant une rémission suffisante. Un meilleur appareillage et les aiguilles d'acupuncture ont transformé la situation fonctionnelle de la patiente, lui rendant possible les grands voyages nécessaires pour accéder à son nouveau statut professionnel : elle est passée d'une activité de secrétaire bilingue à celle d'entrepreneur import-export en matériel électronique.



Figure 13. Séance double, acupuncture pour une sciatgie à droite en même temps que les douleurs de névrome du sciatique au niveau du moignon d'amputation fémorale à gauche.

Discussion

Ces dix tableaux cliniques montrent bien la diversité des situations des patients amputés et celle de leurs réactions aux traitements médicamenteux ou physiques (compression, TENS, acupuncture).

Le résultat de l'utilisation des aiguilles d'acupuncture est clairement négatif pour le premier patient, brièvement favorable pour le suivant, plus nettement efficace pour les deux suivants, bon pour les quatre suivants et excellent pour les deux derniers.

Il y a un indiscutable impact de l'acupuncture locale sur les douleurs de névrome d'amputation. Elle réduit les pics d'intensité des douleurs. Elle en modifie parfois la manifestation (passage d'un flash électrique à un fourmillement, modification sensitive) et la cartographie (disparition de douleurs dans certaines parties du membre amputé).

La réaction du troisième patient à l'utilisation d'un ordinateur de paume est riche d'intérêt. Elle aide à comprendre ce qui se passe au niveau du névrome et du rôle probable des aiguilles: tout se passe comme si l'utilisation d'un ordinateur de paume (dont l'écran diffuse un courant de haut voltage) exacerbe le névrome. L'aiguille métallique agirait alors comme un court-circuit, capable de disséminer dans les tissus adjacents un excès d'électricité. Pour aller plus loin dans cette idée, nous envisageons de faire l'évaluation des variations des bio-potentiels cutanés et sous-cutanés au cours de la pénétration de l'aiguille jusqu'au névrome.

Nous avons retenu la responsabilité des éphapses, ces connexions pathologiques dans le névrome, pour expliquer l'apparition des douleurs et des troubles végétatifs, mais elle est discutée.

Nous avons essayé la technique de stimulation magnétique trans-crânienne sensée confirmer ou infirmer l'existence d'un névrome pathologique [17]. Pour l'instant, nos résultats ne confirment pas ceux de nos collègues de Nancy. En cas de confirmation, il serait intéressant de voir si les aiguilles d'acupuncture modifient la réaction à la stimulation magnétique transcrânienne [18].

Difficultés de l'évaluation

Les éléments d'appréciation de l'efficacité du traitement sont relevés en cours de séance d'acupuncture par le praticien qui pratique les soins. Les biais sont nombreux et les risques d'optimisation du résultat certains. Le rôle exact de l'acupuncture dans la prise en charge des douleurs de névrome pathologique ne pourrait être précisément évalué que par des protocoles du type essais contrôlés randomisés en double aveugle. Ceci n'est pas dans nos moyens actuels. La confrontation avec la pratique d'autres acupuncteurs, même limités dans leurs moyens, éclairerait également le débat.

Contexte psychologique

Le contexte psychologique ne doit pas être négligé. Il se révèle souvent important. La façon dont les patients intègrent le fait qu'ils sont amputés n'est pas éloignée de celle dont ils s'adaptent à leur appareillage et aux soins associés au nombre desquels on compte l'acupuncture dans cette série. Les patients 1 et 2 présentent, à ce titre, des particularités. Le premier se dit serein par rapport à une vie dominée par le fait qu'il ait été amputé. Mais sa rancune vis-à-vis du médecin responsable de la négligence initiale est, près de 60 ans plus tard, immense et intacte. Le deuil déclaré du membre perdu est-il vraiment acquis ?

Pour le second, l'accident de travail a apporté une perturbation majeure dans sa vie. L'essai de conservation, émaillé de réinterventions, s'est prolongé d'une période équivalente après amputation où chaque geste chirurgical a été une nouvelle mutilation. On comprend qu'aucun traitement antalgique ne soit efficace dans un tel contexte.

À l'inverse, les deux derniers patients manifestent au travers de leurs multiples épreuves une remarquable attitude positive. Le patient n° 9, comme la plupart des amputés de guerre, a mené une vie familiale et professionnelle normale ou subnormale. L'infarctus ancien et le geste sur la valve mitrale n'ont pas entamé

son enthousiasme. Les champs de bataille auxquels il a survécu, les compagnons d'arme disparus, lui permettent de relativiser beaucoup d'événements. La patiente N° 10 a connu, à la suite de son accident, une décennie difficile, mais elle a lutté pour trouver des solutions plus adaptées à son handicap, allant jusqu'à prendre en charge son déplacement et son appareillage en France. Elle a depuis investi dans des formations professionnelles, s'est progressivement engagée professionnellement au fur et à mesure des bénéfices liés à l'amélioration de sa situation clinique et de son appareillage.



Dr Patrick Sautreuil^{1,3}
MPR, Ministère de la Défense,
Fontenay/Bois
Praticien Attaché, Hôpital Rothschild,
Paris
Professeur Associé, Kansai College of
Oriental Medicine, Osaka, Japon
Président de l'A.S.M.A.F.-E.F.A.
✉ : patrick.sautreuil@cegetel.net

Dr Anne Lassaix², **Pr Philippe Thoumie**³,
Dr Marc Piquemal⁴, **Dr Besma Missaoui**^{3,5}

1 - Centre Régional d'Appareillage, Ministère de la Défense, 10, avenue du Val de Fontenay, Fontenay-sous-Bois (94)

2 - Consultation de la Douleur, Hôpital Rothschild, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Boulevard de Picpus, 75012 Paris

3 - Service de Rééducation Neuro-Orthopédique, Hôpital Rothschild, Paris

4 - Asunsion, Paraguay

5 - Hôpital Militaire d'Instruction de Tunis

Références

- 1 Muller A. Douleur des amputés in Douleur et Médecine Physique de Réadaptation 279-294 Paris 2000.
- 2 André JM, Paquin JM, Xenard J, Chelling L. Les douleurs de l'amputé in La douleur Chronique 131-137, Masson Paris 1985.
- 3 Barrault JJ, Ster J, Ster F, Bonnel F. Le moignon douloureux après amputation du membre inférieur pour artérite in La douleur Chronique 125-131, Masson Paris 1985.
- 4 Luu M, Boureau F. Douleur et acupuncture : revue des essais thérapeutiques contrôlés in La douleur Chronique 243-249, Masson Paris 1985.
- 5 Baron R, Maier C. Phantom limb pain : are cutaneous nociceptors and spinothalamic neurons involved in the signaling ans maintenance of spontaneous and touch-evoked pain ? A case report. Pain. 1995;60:223-28.

Conclusion

Le recours aux aiguilles d'acupuncture pour réduire les douleurs de névrome d'amputation est légitime. La brève série présentée ici montre un impact indiscutable de ce mode de traitement souvent plus efficace que les antalgiques y compris la morphine. L'acupuncture est surtout locale, parfois complétée par une acupuncture générale. La mise en « court circuit », au sens électrique du terme, du névrome nous semble être un temps important du traitement. D'autres études doivent être menées pour mieux cerner les indications et contre-indications de cette thérapie physique des névromes d'amputation.

6. André JM et al. Temporary Phantom Limbs Evoked by Vestibular Caloric Stimulations in Amputees Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology Vol 14(3),2001:190-6.
7. Labrousse JL, Duron AJ. Traitement des algies des amputés par acupuncture Bulletin de la Société d'Acupuncture. Mars 1953(7).
8. Monga TN, Jaksic T. Acupuncture in phantom limb pain Arch Phys Med Rehabil. 1981 May;62(5):229-31.
9. Liaw MY, Wong AMK, Cheng PT. Therapeutic trial of Acupuncture in Phantom Limb Pain of Amputees American Journal of Acupuncture Vol 22 (3) 94:20513
10. Lebarbier A. Algies des amputés : douleurs des membres fantômes Cahiers de l'O.E.D.E.A. 29-31.
11. Nguyen Huynh Diêu Douleurs de membre fantôme Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise. 1997;176:197-8
12. Foisneau-Lottin A, Martinet N, Henrot P, Paysant J, Blum A, André JM. Bursitis, adventitious bursa, localized soft-tissue inflammation and bone marrow edema in tibial stumps : the contribution of magnetic resonance imaging to the diagnosis and management of mechanical stress complications Arch Phys Med Rehabil. 2003 May;84(5):770-7.
13. Geraghty TJ, Jones LE. Painful neuromata following upper limb amputation Prosthet Orthot Int. 1996 Dec;20(3) :176-81 [Zochodne D. W. and Al. Accumulation and dégradation of mast cells in experimental neuromas Neuroscience Letters 182 (1994)3-6.
14. Wu J, Chiu DTW. Painful Neuromas : a review of treatment modalities. Annals of Plastic Surgery. Vol 43, 6 Dec;99(6):661-7.
15. Martinet N, Foisneau-Lottin A, Henrot P, Paysant J, Blum A, André JM. IRM et névromes des moignons d'amputation des membres inférieurs. Ann Réadaptation Méd Phy. 2001;44:600-7.

16. Martinet N, Foisneau-Lottin A, Henrot P, Paysant J, Blum A, André JM. MRI and leg stump neuroma. Arch Phys Med Rehabil. 2001 Dec;44(9):600-7 [Henrot P, Stines J, Walter F, Martinet N., Paysant J. Blum A. Imaging the painful Lower Limb Stump RadioGraphics 2000(20):219-35.
17. Paysant J, André JM, Martinet N, Beis JM, Datie AM, Henry S, Dap F. Transcranial magnetic stimulation for diagnosis of residual limb neuromas. Arch Phys Med Rehabil. 2004 May;85(5):737-42.
18. Thomas Alan J. et al. Peri operative ultrasound guided needle localisation of amputation stump neuroma Injury Int. J. Care Injured. 30 689-91.

* Cet article a fait l'objet d'une communication initiale à la réunion d'automne de la British Medical Acupuncture Society (Londres, 2001), à Lyon en 2003, au congrès de la branche française de l'International Society of Prosthetics and Orthotics (Sautreuil P. Amputation, névrome douloureux et acupuncture ISPO, 2003;45-6) ; à Washington au congrès AAMA-ICMART en avril 2006 (voir Acupuncture et Moxibustion 2006-4) ; au congrès de la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, Rouen, Octobre 2006 (cf abstracts des communications, Annales de Médecine Physiques, Elsevier, Paris) et à la 11^e Journée Médico-Chirurgicale de l'Institution Nationale des Invalides, à Paris, le 15 Février 2007.



Institut Nguyen Van Nghi

Livres et traités de Nguyen Van Nghi

Informations : Christine Recours-Nguyen

Tél. 04.96.17.00.30. Fax 04.96.17.00.31

Collection des Grands Classiques de la Médecine Traditionnelle

Traduction et Commentaires

📖 *Huangdi Neijing Suwen*

SW 1	Tome 1	65.00 €
SW 2	Tome 2	65.00 €
SW 3	Tome 3	90.00 €
SW 4	Tome 4	90.00 €

📖 *Huangdi Neijing Lingshu*

LS 1	Tome 1	99.00 €
LS 2	Tome 2	99.00 €
LS 3	Tome 3	99.00 €

📖 *Mai Jing*

"Mai Jing, classique des pouls de Wang Shu He"

MJ	1 volume	104.00 €
----	----------	----------

📖 *Shang Han Lun*

"Maladies évolutives des 3 Yin et des 3 Yang (selon Shanghan Lun de Zhang Zhongjing)",

SHL	1 volume	88.00 €
-----	----------	---------

📖 *Zhen Jiu Da Cheng*

"Art et pratique de l'Acupuncture et de la moxibustion (selon Zhen Jiu Da Cheng)"

DC 1	Tome 1	55.00 €
DC 2	Tome 2	66.00 €
DC 3	Tome 3	90.00 €

Médecine traditionnelle

☒ Médecine traditionnelle chinoise

MTC	1 Volume	138.00 €
-----	----------	----------

☒ Sémiologie et thérapeutique en médecine énergétique orientale

ST	1 Volume	59.00 €
----	----------	---------

☒ Pharmacologie en médecine orientale

PH	1 Volume	83.00 €
----	----------	---------

Port :

France : franco de port

Etranger : ajouter 10 € par livre

Commandes : Editions NVN,
27, bd d'Athènes, 13001 Marseille.

Règlement :

☑ Chèque bancaire

☑ Mandat postal International

☑ Virement au profit du compte :

IBAN: FR76 3007 7010 01 00 0010 0147 L38

ADRESSE SWIFT: SMCTFR2AXXX

Marc Petitpierre

Acupuncture et neuroprotection : quel rôle pour l'érythropoïétine ?

Résumé: En médecine chinoise, le Rein nourrit les moelles, c'est-à-dire la moelle sanguine et le cerveau, et traiter cet organe devrait avoir un effet bénéfique non seulement sur le sang, mais aussi sur le système nerveux. En médecine occidentale, une hormone sécrétée par le Rein remplit cette double fonction : l'érythropoïétine (EPO). Elle régit l'érythropoïèse et protège les neurones contre l'anoxie. Nous avons fait l'hypothèse que le traitement par acupuncture du Rein chinois pouvait avoir un effet sur les taux de cette hormone. Les mesures effectuées avant et après une séance d'acupuncture montrent, contrairement à ce que nous avons espéré un freinage marqué de la montée diurne physiologique des taux d'EPO. Cet effet n'est pas spécifique des points du Rein, et est probablement lié à la libération de POMC et l'un de ses sous-produits. L'effet neuroprotecteur que la tradition prête au Rein ne paraît donc pas passer par l'EPO, bien qu'un effet plus tardif doive encore être exclu. L'acupuncture pourrait cependant malgré tout être efficace dans ce domaine, bien que de manière non spécifique, l'ACTH, la MSH ou encore la mélatonine, toutes libérées par l'acupuncture, étant impliquées dans diverses affections neuro-psychiatriques. Pour établir, comme le voudrait la tradition, une relation entre le rein et le système nerveux, d'autres recherches sont encore nécessaires. **Mots-clés :** acupuncture - érythropoïétine - neuroprotection.

Summary: In traditional chinese medicine, the Kidney nourishes the Marrows (the bone marrow and the brain), and thus treating this organ should have a beneficial effect not only on the blood, but also on the nervous system. In western medicine, a hormone that is secreted by the kidneys performs both these tasks: erythropoietin. It assures the production of red cells and protects the neurons from anoxia. Our hypothesis was that acupuncture treatment of the Chinese Kidney could have an effect on this hormone blood levels. Measures taken before and after an acupuncture session show, unlike what we expected, a marked decrease in the physiologic diurnal rise in EPO levels. This effect is unspecific of the Kidney's acupuncture points and is probably related to the secretion of POMC and one of his byproducts. The neuroprotective effect that the tradition attributes to the Kidney appears to be unrelated to the action of EPO, though a late effect must also be excluded. Acupuncture could nonetheless be effective in this field, though in a non specific way, ACTH, MSH and melatonin being all secreted by acupuncture and implicated in diverse neuro-psychiatric affections. More research is thus necessary to establish a relation between the kidney and the nervous system. **Keywords:** acupuncture - erythropoietin - neuroprotection.

Neuroprotection et acupuncture

En médecine chinoise, le cerveau et le système nerveux au sens large font partie des moelles, et sont régis par le Rein. L'étroite relation entre cellules sanguines et cellules nerveuses a été amplement confirmée par la médecine occidentale ces dernières années ; de même, l'idée chinoise que le Rein puisse agir à la fois sur la moelle sanguine et le cerveau est confortée par ce que nous savons des effets de l'érythropoïétine (EPO). Libérée par le rein par un stimulus hypoxique, cette hormone stimule l'érythropoïèse, et a également un effet neuroprotecteur bien documenté : administrée par voie parentérale, elle limite l'extension des lésions cérébrales après AVC. On peut aussi noter qu'elle protège le myocarde contre l'anoxie, effet peut être

accessoire mais significatif sur le plan de la théorie chinoise qui établit un lien étroit entre Rein et Cœur.

Intrigués par cette convergence de vue entre MTC et médecine moderne, nous avons fait l'hypothèse que la tonification de points choisis sur le méridien du Rein pouvait stimuler la libération d'érythropoïétine, et que l'effet neuroprotecteur attribué par la tradition à cet organe passait par ce phénomène, bien que, comme nous le verrons plus loin, d'autres hormones ou neuromédiateurs puissent encore être en cause.

Acupuncture et EPO : points, méthode et dosages

La petite étude présentée ici est un travail préliminaire ; elle n'a pas été soumise pour autorisation à une

commission d'éthique ; les patients ont été recrutés dans la consultation ou l'entourage proche, et avaient tous déjà reçus des traitements d'acupuncture.

La démonstration d'un éventuel effet de l'acupuncture sur la libération d'EPO paraît a priori assez simple ; connaissant la cinétique de la libération de cette hormone (libération rapide par un stimulus hypoxique avec des taux sanguins mesurables après 3,5 à 5 heures), il suffit de mesurer les taux d'EPO avant et après stimulation. Le sexe, l'âge, ou encore l'exercice, n'ont pas d'influence sur les taux de cette hormone.

Les points sélectionnés ont été Rn3 (*taixi*), V23 (*shenshu*), VG4 (*mingmen*) ; dans une première série, nous avons ajouté V43 (*gaohuangshu*), pour vérifier au passage une indication ponctuelle intéressante de ce point (« produit instantanément du sang »).

La méthode a été celle utilisée habituellement au cabinet : insertion des aiguilles, obtention du *deqi*, puis moxa jusqu'à obtention d'un bon érythème ; retrait des aiguilles après 25 minutes.

Première série : problème du rythme circadien de l'EPO

Dans une première série, qui a surtout servi à roder la méthode, et qui comprenait 13 patients, les mesures d'EPO ont été effectuées aux temps 0, 1 et 4 heures. 9 sérums ont été finalement utilisables, et ont montré une augmentation moyenne des taux d'EPO de 4,74 % à 4 heures (figure 1), donc faible et à la limite de la sensibilité de la méthode.

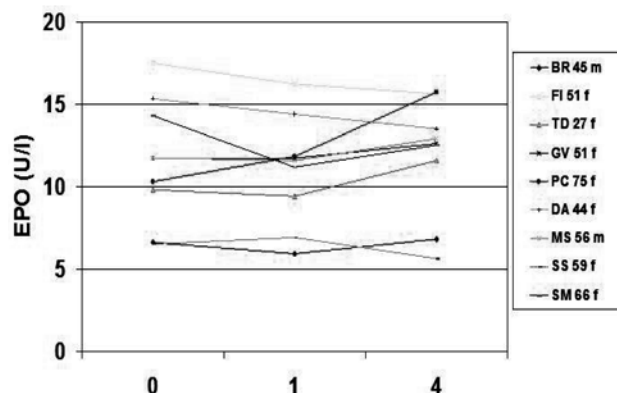


Figure 1. EPO - première série de 9 patients (tubes de sérum inutilisables pour 4 patients) ; stimulation de V23, VG4, Rn3, V43 ; mesures à 0, 1 heure et quatre heures.

Pour interpréter ce résultat, il a fallu résoudre le problème du rythme circadien de l'EPO. Les avis divergent à ce sujet. Dans une étude effectuée en 1993 [2], Klausen montre un rythme circadien bien défini (figure 2), les taux les plus bas étant mesurés 120 minutes après le réveil (environ 10 U/l), et augmentant progressivement pour atteindre des valeurs maximales 16 à 20 heures après le lever (environ 17-18 U/l), pour redescendre ensuite ; pour un réveil à 7 heures, la montée commence à 9 heures et culmine entre 23 et 3 heures du matin.

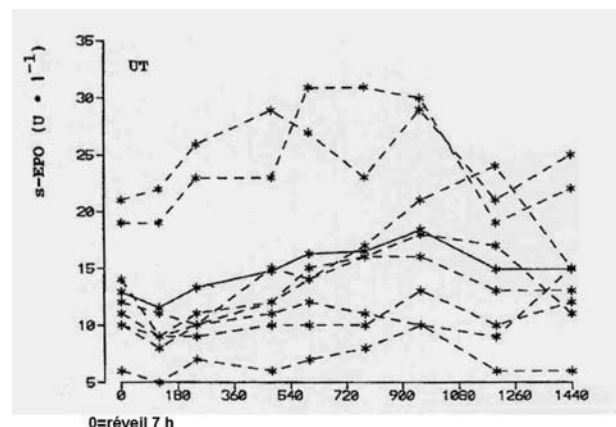


Figure 2. Rythme circadien de l'EPO. Pour un réveil à 7 heures, la montée commence à 9 heures et culmine entre 23 et 3 heures du matin.

Pasqualetti [1] dose l'EPO chez 40 patients et trouve une courbe similaire (figure 3). Par contre, Roberts, dans une étude ultérieure, teste 26 patients et ne retrouve pas ces fluctuations (figure 4) [3].

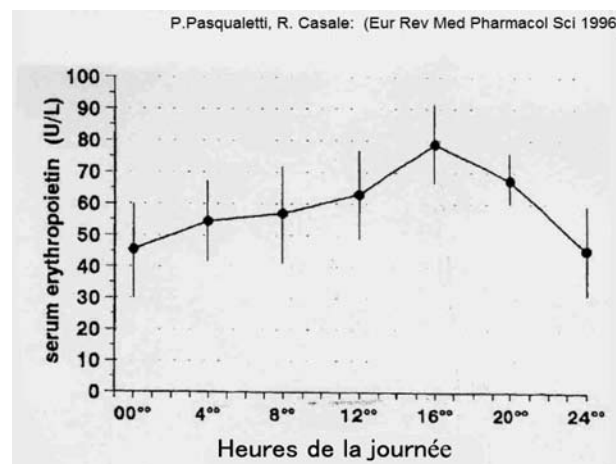


Figure 3. Rythme circadien de l'EPO montrant un pic de sécrétion à 16h.

En l'absence de rythme circadien, les taux que nous avons mesurés ne sont pas significatifs ; par contre, en présence d'un rythme circadien, et si les valeurs données par Klausen et Pasqualetti sont justes (les taux doublent en 12 heures), nos mesures deviennent significatives, mais montrent exactement le contraire de ce qui était espéré puisqu'elles freinent de manière significative la montée physiologique des taux d'EPO.

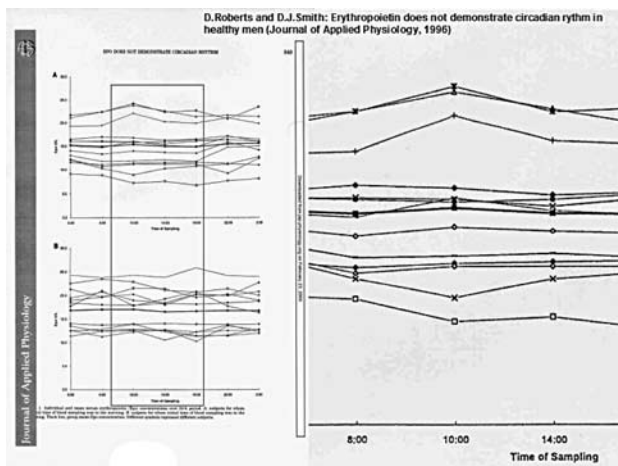


Figure 4. Pas de rythme circadien de l'EPO selon Roberts et Coll.

Pour résoudre ce problème, nous avons formé un groupe contrôle ; pour des raisons d'économie, et en considérant les courbes établies par les auteurs cités plus haut, nous avons limité le dosage de l'EPO aux temps 0 et 6 heures, le délai entre le stimulus hypoxique et une augmentation mesurable des taux étant de l'ordre de 3,5 U/l à 5 heures selon Roberts [3].

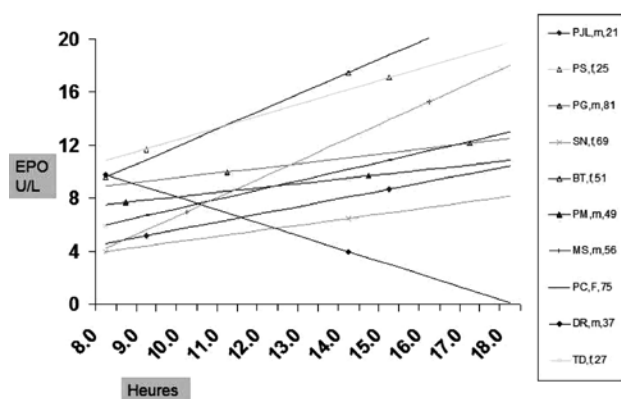


Figure 5. Groupe contrôle : augmentation moyenne de 44 % sur six heures.

Dans ce groupe, qui comprend 10 patients de tous âges et des deux sexes, nous avons mesuré une augmentation des taux d'EPO de 44% sur 6 heures (figure 5), qui confirme l'existence d'un rythme circadien de l'EPO, avec une pente comparable en tous points à celles mesurées par Klausen et Pasqualetti.

Cette courbe a été comparée à celle fournie par un deuxième groupe de 10 personnes, qui a reçu le traitement d'acupuncture convenu ; on ne mesure cette fois qu'une augmentation de 8,9 % (figure 6). Ces résultats confirment un net effet freinateur de la séance d'acupuncture sur la sécrétion diurne d'EPO.

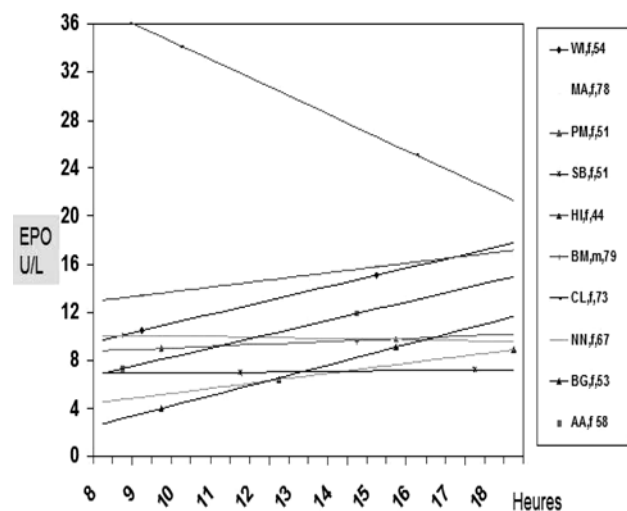


Figure 6. Groupe avec acupuncture (points du Rein) : augmentation moyenne de 8,9 % sur six heures.

Effet spécifique ou non spécifique ?

Dans l'étape suivante, nous avons voulu déterminer s'il s'agissait d'un effet propre aux points du méridien du Rein, ou d'un effet non spécifique ; nous savons en effet que tout traitement d'acupuncture entraîne entre autres effets la libération par l'hypophyse, dans un délai rapide de l'ordre de 20 minutes, de proopiomélanocortine (POMC) [7]. La POMC se scinde en béta-endorphines, ACTH, et MSH ; une ou plusieurs de ces hormones pourrait de manière directe ou indirecte interférer avec la montée d'EPO. Il a également été démontré [4] que l'acupuncture entraîne une augmentation des taux de mélatonine ; cette hormone ajuste les rythmes circadiens en

fonction des alternances jour/nuit ; ses taux sont élevés pendant la nuit lorsque l'EPO est basse, et on pourrait aussi émettre l'hypothèse que la libération de cette hormone dans les heures suivant le traitement d'acupuncture freine la montée d'EPO.

Pour trancher, nous avons refait les mêmes mesures dans un autre groupe de 10 patients, cette fois après stimulation de GI4 (*hegu*) seul, point endorphinergique par excellence [8], et dont on attendrait, au cas où il s'agirait d'un effet non spécifique, un effet de freinage au moins égal, voire plus important. Les dosages pratiqués dans ce groupe (figure 7) montrent une élévation moyenne des taux d'EPO de 6,4 %, à comparer avec les 8,9 % obtenus par stimulation des points du méridien du Rein, et au 44 % du groupe contrôle. On peut donc conclure à un effet non spécifique.

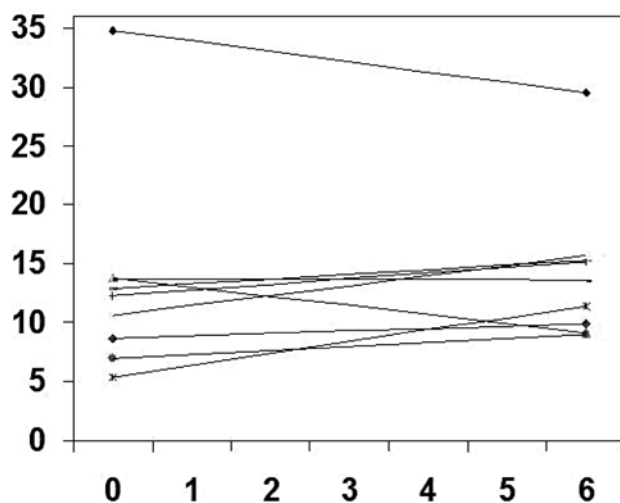


Figure 7. Stimulation de GI4 : élévation moyenne des taux de l'EPO de 6,7% comparable au taux de 8,9% par le traitement du Rein (44 % dans le groupe contrôle), montrant un effet non spécifique de l'action de stimulation de l'EPO par puncture du méridien de Rein.

Pour compléter, nous avons encore mesuré dans les sérums du groupe GI4 les taux de mélatonine ; on note une diminution moyenne physiologique de ces valeurs sur 6 heures de l'ordre de 12% (figure 8), ce qui écarte la responsabilité de cette hormone dans le freinage précoce de l'EPO.

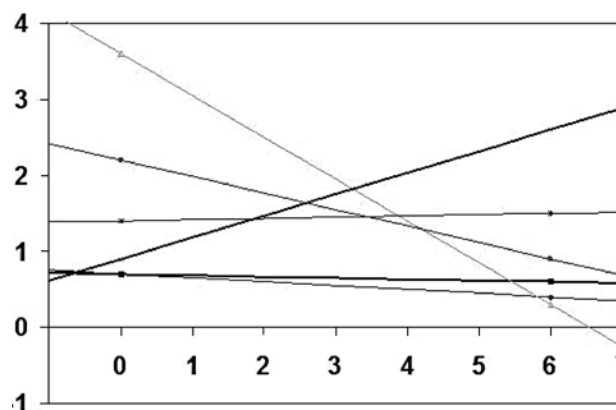


Figure 8. Groupe GI4 : évolution des taux de mélatonine avec diminution moyenne de 12%.

Discussion

Le « parasitage » endorphinique

Ces résultats montrent qu'il y a bien un rythme circadien de l'EPO ; qu'une séance d'acupuncture a effectivement une action sur les taux de cette hormone, mais qui se caractérise, au contraire de ce qui était espéré, par un freinage net de leur ascension physiologique diurne ; et, ce qui est plus ennuyeux pour la tradition, que cet effet n'est pas spécifique des points du Rein, mais plus probablement lié à la libération de POMC qui caractérise tous les traitements d'acupuncture.

Ce « parasitage » endorphinique non spécifique pose problème ; il s'agit d'un effet précoce, qui n'explique pas, et de loin, tous les effets de l'acupuncture, qui sont souvent plus tardifs ; d'autre part, les mesures effectuées après une seule séance, pratiquées dans un premier temps pour détecter un éventuel effet autre que la libération de POMC, ne correspondant pas à la pratique de l'acupuncture, où les traitements comportent en général un minimum de 4-6 séances ; pour écarter définitivement une relation entre Rein chinois et EPO, il faudra d'abord passer le « parasitage » lié à la libération de POMC, et pour cela, comme l'a fait Spence pour la mélatonine [4] procéder à d'autres mesures, après un minimum de 5 séances d'acupuncture, et peut-être à d'autres moments du cycle nyctéméral. Ce sera l'objet d'un autre protocole.

Autres candidats pour la neuroprotection

En attendant, faut-il pour autant conclure que l'acupuncture n'a pas d'effets neuro-protecteurs ? On peut répondre par la négative, puisqu'au moins trois produits libérés par les aiguilles sont impliqués dans de nombreuses affections neuro-psychiatriques.

L'ACTH et la MSH sont en raison de leur effet immuno-supresseur certainement utiles dans les affections neurologiques à mécanisme auto-immun, dont la sclérose en plaques est l'exemple type ; le fait que la sclérose en plaques soit rare en Afrique et d'une manière générale chez les individus à peau pigmentée pourrait être une preuve d'un effet de la MSH dans la prévention de la sclérose en plaques [5].

La mélatonine, sécrétée par la glande pinéale, bien connue pour son rôle dans l'ajustement des rythmes circadiens, est impliquée dans la pathogenèse de nombreuses affections neuro-psychiatriques [6] : ses taux sont abaissés chez les dépressifs, les schizophrènes, dans les troubles du comportement alimentaire, les dépendances, la maladie d'Alzheimer, les migraines ; et augmentés au contraire dans la manie, le trouble panique et la narcolepsie. Elle a un effet immuno-stimulant, et une dose orale administrée pendant une poussée de sclérose en plaques (SEP) peut faire flamber la maladie. Paradoxalement, la SEP s'accompagne de calcifications de la glande pinéale, et de taux bas de cette hormone ; en ce qui concerne cette affection, l'acupuncture, qui augmente les taux nocturnes de mélatonine [5], devrait donc être utilisée plutôt pour l'entretien que le traitement des crises. Au-delà de ses effets immunitaires, la mélatonine a des effets anti-oxydants et neuroprotecteurs bien établis, certainement utiles dans les affections dégénératives de type Alzheimer ou dans les démences vasculaires.

L'importance de la mélatonine dans les rythmes circadiens nous ramène au Rein : Rn6 (*zhaohai*), point d'ouverture du *yinqiaomai*, règle les temps *yin* (rythmes biologiques internes et la nuit) et est un point maître du sommeil ; peut-être s'agit-il du lien que nous cherchons ?

Conclusion

On pourrait donc conclure en disant que nous pouvons traiter avec bonne conscience nos patients qui souffrent de problèmes neurologiques dégénératifs, finalement quelle qu'en soit l'origine ; et qu'en plus nous sommes libres de choisir les points que nous préférons, puisque cet effet n'est pas spécifique.

C'est au fond déjà beaucoup, mais nous serions plus heureux si nous pouvions établir un lien spécifique avec le Rein chinois. Si la tradition, qui véhicule un savoir ancien, nous dit que le Rein nourrit les moelles, il est alors intéressant de vérifier cette assertion, et chercher encore d'autres produits biologiques capables d'assumer cette double fonction, médullaire et cérébrale, et liées au Rein ; il serait par exemple particulièrement intéressant de doser le nerve growth factor (NGF).

Dans l'immédiat, après cette évaluation préliminaire, nous allons poursuivre les dosages d'EPO avec un autre protocole, et contrôler l'effet de Rn6 (*zhaohai*) sur la mélatonine, qui expliquerait nombre des effets obtenus par l'acupuncture.

Pour conclure, cette étude m'a permis de mesurer un peu les difficultés pratiques que l'on peut rencontrer en cabinet dans ce type de travail : temps à disposition, moyens financiers, horaires des patients, problèmes avec le laboratoire, et j'en passe ; mais nous devons le faire, parce que nous sommes idéalement placés, faisant le lien entre la médecine occidentale que les acupuncteurs non médecins ne connaissent pas et l'acupuncture que les médecins ignorent tout autant.



D^r Marc Petitpierre
Rue Hugo-de-Senger 7
1205 Genève Suisse
mpetitpierre@bluewin.ch

Références

1. Klausen T, Dela F, Hippe E, Galbo H. Diurnal variations of serum erythropoietin in trained and untrained subjects. Eur J Appl Physiol Occup Physiol. 1993;67(6):545-8.
2. Pasqualetti P. Circadian rhythm of serum erythropoietin in healthy subjects. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 1996.

3. Roberts D. Erythropoietin does not demonstrate circadian rhythm in healthy men *Journal of Applied Physiology*. 1996(80):847-51.
4. Spence DW, Kayumov L, Chen A, Lowe A, Jain U, Katzman MA, Shen J, Perelman B, Shapiro CM. Acupuncture increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary report. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16(1):19-28.
5. Constantinescu C. Melanin, Melatonin, Melanocyte Stimulating Hormone, and the Susceptibility to Autoimmune Demyelination; A Rationale for Light Therapy In Multiple Sclerosis. *Medical Hypothesis*. 1995(45):455-8.
6. Sandyk R, Awerbuch GI. Nocturnal Plasma Melatonin and Alpha-Melanocyte Stimulating Hormone Levels During Exacerbation of Multiple Sclerosis. *Intern J Neuroscience*. 1992;67:173-86.
7. Lundberg T. Effects of sensory stimulation (acupuncture) on circulatory and immune systems. In: Ernst E, White A, editors. *Acupuncture, A Scientific Appraisal*. Oxford: Butterworth-Heinemann, Professional Complementary Medicine; 2000. p.93-106.
8. Association genevoise des médecins acupuncteurs. *Punctologie générale*. Genève: Collection fondation Lebherz, éditions Gutenberg; 2003.

Mes remerciements à la fondation Lebherz pour son soutien.

L'auteur atteste qu'il n'existe aucun contrat financier avec la fondation Lebherz. L'auteur déclare donc n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Marc Piquemal, Rodolfo Castellani, Patrick Sautreuil

Amputation de membre, névrome douloureux, acupuncture antalgique, bio-différence de potentiel électrique et cristallographie du sang

Résumé : Une étude est menée à partir de l'analyse spectrale des bio-différences de potentiel électrique prélevées au niveau de moignons d'amputation de membres inférieurs. L'analyse des mesures dans le domaine des fréquences met en évidence l'existence de champs électriques locaux perturbateurs. Ce pourrait être l'un des principaux mécanismes physiopathologiques à l'origine des douleurs de névrome.

Parallèlement, un prélèvement du sang chez ces deux personnes, avant et après la séance d'acupuncture antalgique, est réalisée afin d'objectiver par une analyse cristallographique au niveau de ce vecteur d'informations un changement énergétique. Les résultats semblent indiquer que la puncture de la zone gâchette modifie les charges électriques du sang ainsi que sa capacité à transmettre des informations, par la réduction de foyers électriques ectopiques autonomes que sont les névromes.

Mots clés : névrome d'amputation - acupuncture - point gâchette - énergie électrique - cristallisation - bio-différence de potentiel électrique - analyse spectrale.

Abstract: Are Neuroma and amputation causes of blood reduction in electrical energy as well as a mean to reduce ability to transmit electrical information to the whole body? A crystallization experiment of a copper chloride solution doped by blood of two amputated patient seems to conclude in this way.

Pain due to neuroma in amputation improves drastically by acupuncture in the trigger zone with one acupuncture needle. Psychopathological mechanism involving electric field disturbance should be one of the main hypothesis to generate and maintain pain. Spectral analysis of the electrical field, captured close to the neuroma, points out electric field disturbance as one of the major mechanism of the pain genesis.

Key words : amputation - neuroma - copper chlorid solution - crystallisation of blood - electrical field - electrical spectral analysis - trigger point - Acupuncture.

Introduction

Au cours de deux consultations d'acupuncture antalgique pour névrome d'amputation douloureux, nous avons réalisé une double expérimentation : tout d'abord, avant et après la pose des aiguilles, un prélèvement de sang au niveau de la pulpe d'un doigt a été réalisé afin de rechercher des différences dans la cristallisation du sang (avec du chlorure de cuivre) ; ensuite, des prélèvements électriques ont été effectués sur chacune des aiguilles d'acupuncture du traitement ainsi que sur une aiguille gainée de téflon (aiguille d'E.M.G dirigée jusqu'au contact du névrome), dont seule la pointe recevoir un signal électrique [1,2,3,4,5].

Les 2 patientes qui ont apporté leur concours à cette étude ont les dossiers 8 et 10 du précédent article [1].

Analyse bio-électrique et cristallographique de la patiente amputée au niveau tibial

Le protocole d'analyse des bio-potentiels électriques se déroule en plusieurs phases résumées ci-dessous (tableau I et figure 1).

Première patiente : M^{me} T., amputée au niveau de la jambe gauche (Dossier 8 du précédent article)

Rappel clinique : Amputée à J 15 (AVP, fracture des deux chevilles, gravement brûlée par l'huile du moteur, tentative de sauvetage de la jambe gauche (greffes cutanées). Au

Tableau I. Déroulement du protocole de l'analyse des bio-DDP.

Temps	Senseurs	Evénements
1.	Électrodes de surface, en antéro-interne de cuisse. Bilatérales	Pas de manipulation.
2.	Électrodes de surface, en antéro-interne de cuisse. Bilatérales	Introduction de l'aiguille d'EMG dans le quadriceps sain (droit). Ensuite retirée.
3.	Électrodes de surface, en antéro-interne de cuisse. Bilatérales	Introduction aiguille d'acupuncture sur quadriceps sain (droit). Reste à demeure.
4.	Électrodes de surface, en antéro-interne de cuisse. Bilatérales + électrode sur aiguille d'acupuncture quadriceps sain	Introduction de l'aiguille d'EMG sur point gâchette moignon. Reste à demeure.
5.	Électrodes de surface, en antéro-interne de cuisse. Bilatérales + électrode sur aiguille d'acupuncture quadriceps sain	Aiguille d'EMG moignon + Introduction aiguille d'acupuncture sur moignon. DÉPART
6.	Électrodes de surface, en antéro-interne de cuisse. Bilatérales + électrode sur aiguille d'acupuncture quadriceps sain	Aiguille d'EMG moignon + Aiguille d'acupuncture sur moignon. 20 minutes après.

cours de l'amputation, ablation du péroné. Cliniquement, il existe deux sites douloureux qui correspondent aux territoires des nerfs sciatiques poplité interne et externe. L'échographie et l'I.R.M. étaient négatifs.

Analyse bio-DDP : double névrome (Sciatique poplité externe et sciatique poplité interne). Données électriques



Figure 1. Installation du protocole expérimental lors de la prise des bio-DDP avec la première amputée (tibiale gauche).

Ces données sont recueillies à partir de l'analyse spectrale des électrodes de surface.

La fréquence spectrale dominante recueillie, aussi bien en superficie qu'en profondeur, reste constante. Seule varie la puissance associée à cette fréquence dominante.

Sur le graphique, on note la présence de deux signaux, apparaissant dans la portion descendante du pic de la fréquence dominante (figure 2). Tout se passe comme s'il existait deux générateurs ectopiques électriques, caractérisés par des fréquences légèrement différentes de celle de l'ensemble de l'organisme.

À la fin du protocole, grâce à la présence d'une aiguille d'acupuncture insérée dans la zone gâchette du moignon, ces incidents électriques disparaissent (figure 3).

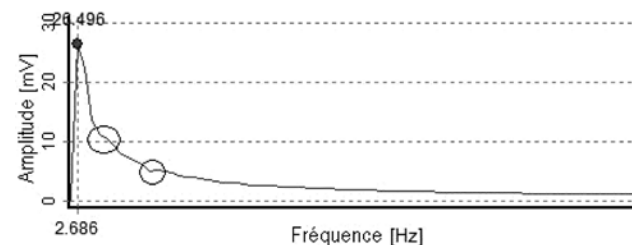


Figure 2. Spectre initial, électrodes de surface.

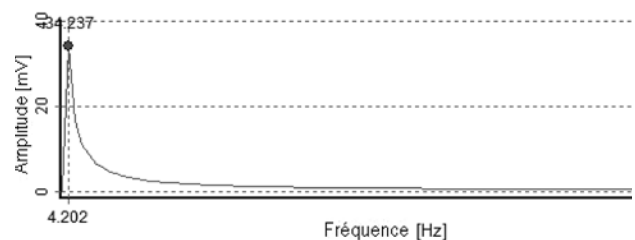


Figure 3. Spectre final, électrodes de surface.

Le potentiel associé à cette fréquence dominante varie au cours du protocole (voir tableau II, l'unité utilisée est le millivolt).

Tableau II. Variation du potentiel électrique, capturé par les deux électrodes superficielles, exprimé en millivolt. (Référence électrique : point *yintang*).

	Électrode superficielle, quadriceps sain (droit)	Électrode superficielle, quadriceps gauche
Temps : 1	26,5	27,1
Temps : 2	13,4	13,6
Temps : 3	8,8	9,0
Temps : 4	26,8	37,6
Temps : 5	34,2	44,2
Temps : 6	39,0	40,6

En résumé, il existe des variations, dans le sens d'une augmentation ou d'une diminution, du potentiel électrique superficiel, qu'il soit observé sur le membre sain aussi bien qu'à distance du moignon. Les valeurs électriques mesurées montrent que ce potentiel varie, durant chacune des étapes de ce protocole, à distance des zones de manipulation des électrodes (aiguille d'acupuncture ou EMG). Le corps traduit donc bien, électriquement et dans sa globalité, des événements ou des anomalies de caractère douloureux.

Donnés sous la forme de pourcentage de variation relative par rapport au temps 1, voici une nouvelle présentation de ces événements (tableau III)

Tableau III. Pourcentage relatif des variations de potentiels électriques, au cours des différentes étapes du protocole par rapport au temps 1.

	Électrode superficielle, quadriceps droit (sain)	Électrode superficielle, quadriceps gauche
Temps : 2	49%	50%
Temps : 3	67%	67%
Temps : 4	-1%	-39%
Temps : 5	-29%	-63%
Temps : 6	-47%	-49%

Les signes négatifs traduisent une augmentation des potentiels électriques par rapport aux données initiales. On voit que l'introduction de l'aiguille d'acupuncture

ainsi que de tout autre aiguille (EMG par exemple) change le devenir électrique de la zone du moignon par rapport aux électrodes de surfaces situées à distance de celle-ci.

Qu'en est-il depuis l'électrode d'acupuncture, placée dans le quadriceps sain ?

Données recueillies à partir de l'analyse spectrale de l'électrode de profondeur (aiguille d'acupuncture)

Il existe ici aussi, des modifications électriques engendrées par les aiguilles (EMG, acupuncture) dans la zone du moignon perçues à distance, en profondeur, dans le quadriceps sain (tableau IV).

Tableau IV. Variation du potentiel électrique perçue par une électrode insérée en profondeur, contro-latérale au moignon. (Unité : millivolt, référence électrique : point *yintang*).

	Électrode de profondeur, quadriceps sain
Temps : 3	1,3
Temps : 4	27,7
Temps : 5	34,8
Temps : 6	39,6

Données recueillies à partir de l'analyse spectrale de l'électrode de profondeur (aiguille EMG, lors de l'introduction de l'aiguille d'acupuncture)

La mise en place d'une aiguille d'acupuncture dans le moignon perturbe le potentiel électrique local, capté initialement par une électrode de type EMG, proche du névrome (voir tableau V).

Tableau V. Variation du potentiel électrique local, capturé par l'électrode d'EMG, proche des névromes, lors de la mise en place d'une aiguille d'acupuncture (unité : millivolt).

	Électrode EMG, moignon
Seule	35,0
Introduction de l'aiguille d'acupuncture	36,2
Après 20 minutes d'acupuncture locale	13,3

L'introduction de l'aiguille d'acupuncture tend à provoquer une augmentation du potentiel électrique local. 20 minutes après, celui-ci chute. La variation du potentiel électrique local initial, due à la présence de

l'aiguille d'acupuncture, serait en partie responsable de l'amélioration clinique du sujet. Les névromes pourraient être considérés comme des « foyers ectopiques électriques autonomes », identifiables sur le graphique spectral initial. Ils généreraient un gradient électrique propre dont la fréquence serait différente de celle produite par l'ensemble des cellules du corps. Cette dynamique électrique pathologique serait génératrice de phénomènes douloureux. La variation des potentiels électriques locaux perturbateurs, secondaires à l'introduction d'une aiguille d'acupuncture réduit la présence de ces foyers ectopiques électriques autonomes. Les réponses obtenues tant du point de vue électrique (disparition des accidents sur le graphique spectral) que clinique (réduction de la douleur) nous paraissent converger dans ce sens.

Analyse de la cristallographie du sang de la première patiente, avant et après acupuncture. (Figure 4 A et B)



Figure 4 A . Cristallographie du sang de la patiente amputée tibial prélevé avant la séance d'acupuncture antalgique.



Figure 4 B. Cristallographie du sang de la patiente amputée tibial prélevé après la séance d'acupuncture antalgique.

L'analyse cristallographique des échantillons de sang pré et post-traitement par acupuncture de cette patiente montre peu de différence. Il existe cependant une augmentation de la densité des aiguilles de cristaux autour du centre et elles sont plus fines. Après traitement, d'un point de vue thermodynamique des fluides, le sang de la patiente a gagné en énergie. Ceci traduit une augmentation de l'énergie générale du patient, secondaire à la pose d'aiguille dans le moignon et à la disparition constatée sur l'analyse spectrale des bio-DDP des champs électriques secondaires autonomes. Ceux-ci proviennent des névromes et sont sources d'interférences qui perturbent, en terme de puissance, la dynamique électrique du corps.

Analyse bio-électrique et cristallographique de la patiente amputée au niveau fémoral.

Deuxième Patient : M^{me} D. (Dossier 10 du précédent article [1]) (Figure 5 et 6).

Rappel clinique : Amputation traumatique (AVP), amputation fémorale gauche d'emblée il y 17 ans.

Rappel des conditions techniques : les mesures électriques réalisées sont de deux types :

- superficielles à l'aide d'électrodes de surface placées de manière symétrique sur la face antéro-interne des cuisses droite et gauche,
- en profondeur au moyen d'une aiguille d'acupuncture, située sur la cuisse saine. Cette dernière, non isolée sur son trajet, nous donnera donc la résultante d'un potentiel électrique multicouche sur quelques centimètres, traversant la peau, le panicule adipeux pour atteindre la superficie du quadriceps droit.



Figure 5. Mise en place de l'aiguille dans le quadriceps côté droit.



Figure 6. Puncture du moignon avec une aiguille d'acupuncture, l'aiguille d'EMG étant déjà en place.

Analyse bio-DDP : Données électriques

L'analyse spectrale se sous-divise en deux étapes, chacune d'elles contemplant deux sources électriques différentes. Les premières, symétriques, proviennent des 2 électrodes de surface. Elles accompagnent tous les temps du protocole. La dernière, relève d'une source unique, à partir de l'aiguille d'acupuncture plongée dans le quadriceps sain. Elle entre en jeu au temps 4. Données recueillies à partir de l'analyse spectrale des électrodes de surface.

Durant toute la manipulation des aiguilles, la fréquence dominante spectrale recueillie aussi bien en superficie qu'en profondeur, ne change pas. La puissance associée à cette fréquence dominante siégeant autour de 4 Hz, elle, change !

Du point de vue graphique, on note la présence d'un signal dans la portion descendante du pic de la fréquence dominante (voir figure 7). Tout se passe comme s'il existait un générateur ectopique de signal électrique, en marge du fonctionnement normal de l'organisme. À la fin du protocole, grâce à la présence d'une aiguille d'acupuncture insérée dans la zone gâchette du moignon, cet incident électrique disparaît (voir figure 8).

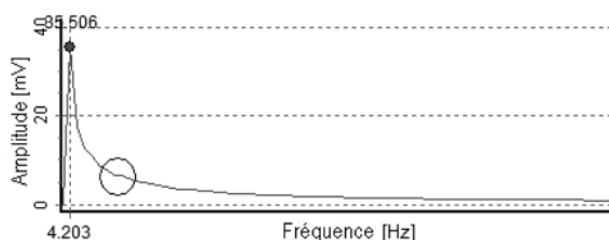


Figure 7. Spectre initial, électrodes de surface.

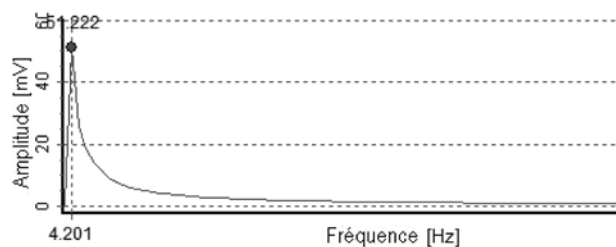


Figure 8. Spectre final, électrodes de surface.

Du point de vue de la puissance associée à cette fréquence dominante, au cours du protocole, nous constatons une variation de celle-ci exprimée, au travers du potentiel électrique (voir tableau VI). Les unités utilisées sont les millivolts.

Tableau VI. Variation du potentiel électrique, capturé par les deux électrodes de surface, exprimée en millivolt. (Référence électrique : Point *yintang*).

	Électrode superficielle, quadriceps sain droit)	Électrode superficielle, quadriceps gauche
Temps : 1	35,5	36,4
Temps : 2	29,8	30,8
Temps : 3	28,9	29,9
Temps : 4	53,3	54,3
Temps : 5	11,6	12,4
Temps : 6	51,2	52,3

En résumé, il existe des variations, soit dans le sens d'une augmentation soit d'une diminution du potentiel électrique superficiel, observé aussi bien sur le membre sain que le moignon. Les valeurs électriques mesurées montrent que ce potentiel varie, à distance des zones de manipulation des électrodes (aiguille d'acupuncture ou EMG), durant chacune des étapes de ce protocole. Le corps traduit donc bien, électriquement et dans sa globalité, des événements ou des anomalies de caractère douloureux.

Traduit sous la forme de pourcentage de variation relative par rapport au temps 1, voici une nouvelle présentation de ces événements (tableau VII).

Tableau VII. Pourcentage relatif par rapport au temps 1, de ces variations de potentiels, au cours des différentes étapes du protocole.

	Électrode superficielle, quadriceps sain (droit)	électrode superficielle, quadriceps gauche
Temps : 2	16 %	15 %
Temps : 3	18 %	18 %
Temps : 4	-50 %	-49 %
Temps : 5	67 %	66 %
Temps : 6	-44 %	-44 %

Les signes négatifs traduisent une augmentation des potentiels électriques par rapport aux données initiales. On voit que l'introduction de l'aiguille d'acupuncture ainsi que tout autre aiguille (EMG par exemple) change drastiquement le devenir électrique de la zone du moignon, au vu des électrodes de surfaces, situées à distance de celles-ci.

Qu'en est-il au niveau des électrodes d'acupuncture, placées dans la profondeur du quadriceps sain ?

Données recueillies à partir de l'analyse spectrale de l'électrode de profondeur (aiguille d'acupuncture)

Il existe aussi une perception de la modification électrique engendrée par les aiguilles (EMG, acupuncture) dans la zone du moignon, et perçue à distance, en profondeur, dans le quadriceps sain (voir tableau VIII).

Tableau VIII. Variation du potentiel électrique perçu par une électrode de profondeur, contro-latérale au moignon (unité en millivolt), par rapport au point *yintang*.

	Électrode en profondeur, quadriceps sain (droit)
Temps : 3	31,4
Temps : 4	53,7
Temps : 5	12,0
Temps : 6	51,5

Données recueillies à partir de l'analyse spectrale de l'électrode de profondeur (aiguille EMG, lors de l'introduction de l'aiguille d'acupuncture)

La mise en place d'une aiguille d'acupuncture dans le moignon perturbe le potentiel électrique local, capté

initialement par une électrode de type EMG, proche du névrome (voir tableau IX).

Tableau IX. Variation du potentiel électrique capturé par l'électrode EMG, proche du névrome, par rapport au point *yintang*, lors de la mise en place d'une aiguille d'acupuncture, (unités en millivolt).

	Électrode EMG, moignon
Seule	60,4
Introduction de l'aiguille d'acupuncture	12,1
Après 20 minutes d'acupuncture locale	51,9

Cette chute initiale du potentiel électrique proche du névrome tend à se corriger après 20 minutes tout en restant à des valeurs inférieures de celle initialement observée. Il peut s'agir de différents mécanismes dont celui dû à la genèse secondaire d'un potentiel d'oxydo-réduction entre les métaux mis artificiellement en place. Il est possible que la présence d'un seul métal (l'aiguille seule d'acupuncture), permette de maintenir cette chute plus longtemps. Quoiqu'il en soit, la disparition graphique, sur le spectre, montre que le foyer secondaire électrique ectopique a cessé d'exister. Parallèlement, l'état clinique de la patiente montre une amélioration.

Le névrome douloureux semble donc s'accompagner d'un potentiel électrique local. La variation et la réduction bio-électrique de celui-ci se double d'une amélioration clinique.

Analyse cristallographique du sang avant (cliché de gauche) et après (cliché de droite) acupuncture. (Figure 9 A et B)



Figure 9 A. Cristallographie du sang de la patiente amputée fémorale avant acupuncture antalgique.



Figure 9 B. Cristallographie du sang de la patiente amputée fémoral après acupuncture antalgique.

L'analyse cristallographique des échantillons de sang pré-et post-thérapie par acupuncture de cette patiente montre des différences :

- Une réduction de l'enthalpie de croissance des cristaux qui sont agencés en faisceaux d'aiguilles plus longues, formant un réseau plus dense, interprétée comme une augmentation de la cohérence informative du milieu biologique. On rappelle que l'enthalpie est une fonction d'état de la thermodynamique, dont la variation permet d'exprimer la quantité de chaleur mise en jeu pendant la transformation isobare d'un système thermodynamique au cours de laquelle celui-ci reçoit ou fournit un travail mécanique.
- Une meilleure densité du réseau cristallin, bien organisé de manière radiaire autour des centres germinatifs.
- Une disparition des barres transversales au sein du réseau cristallin organisé de manière centrifuge, interprétée comme une amélioration de la propagation de l'information d'origine électrique au sein de la matrice conjonctive globale.
- Une réduction des centres germinatifs, interprétée comme la réduction de centres énergétiques ectopiques secondaires.

La puncture du point gâchette situé dans le moignon douloureux génère un changement thermodynamique dans le sang, perceptible au travers de la cristallisation sensible par Cu Cl₂.

Discussion

Ce protocole est appliqué pour la première fois au cours de consultations d'acupuncture antalgique chez deux amputées présentant des névromes douloureux. Il

serait souhaitable de le renouveler et de le confronter à l'expérience d'autres praticiens.

Il confirme l'intérêt d'une acupuncture proximale, basée sur les trigger points et la perception des patients : quand la douleur liée à la progression de l'aiguille est maximum et qu'elle restitue la douleur perçue spontanément, il est quasi certain que l'aiguille se trouve au contact du névrome, si ce n'est dedans.

La manifestation du névrome apparaît, électriquement, sous la forme d'un accident sur la courbe électrique relevée et sa disparition est contemporaine du soulagement ressenti par ces patientes. Dans le cas de la première patiente, l'analyse des bio DDP confirme l'existence de deux centres de production d'électricité ectopiques qui sont traités en alternance ou simultanément depuis plusieurs années, alors que l'IRM n'a pas confirmé leur présence. Pourrait-on faire de cet examen un élément de routine en consultation d'acupuncture ?

Synthèse

Nous avons mené une double analyse technique au cours d'une séance d'acupuncture antalgique chez deux patientes régulièrement traitées par cette technique pour des douleurs de névromes d'amputation d'un membre inférieur : par l'analyse cristallographique du sang prélevé avant et après la séance d'acupuncture, par l'étude de l'évolution spectrographique des bio-différences de potentiels électriques corporels.

Pour la première patiente amputée tibiale, c'est l'analyse spectrale bio-électrique qui est remarquable : elle confirme la présence de deux foyers ectopiques producteurs d'électricité et elle montre leur régularisation à la fin de la séance d'acupuncture. Pour la seconde patiente, amputée fémorale, c'est l'analyse spectroscopique cristallographique du sang qui est la plus caractéristique : les cristaux de chlorure de cuivre sont « régularisés » par la séance d'acupuncture ce qui est l'expression d'une ré-harmonisation thermodynamique et la manifestation technique de l'amélioration clinique.

Ces deux études en deux temps nous permettent de confirmer que le rôle des aiguilles d'acupuncture est bien de réduire les accumulations d'énergie électrique

autour des névromes et ainsi d'améliorer la perception de la douleur par chacune des patientes.

La spectrographie (cristallographie) du sang, modifiée par la séance d'acupuncture, améliorée par la simplification des cristaux, montre de son côté que l'événement n'est pas seulement local mais concerne l'ensemble du corps et que le sang, axe thermodynamique du corps, en est le premier témoin.

Conclusions

Un protocole, basé sur la mesure de potentiel électrique, tend à retrouver et à évaluer l'existence des névromes d'amputation de membre inférieur et à les mettre en relation avec la clinique. Ce protocole vise à établir un lien entre la présence de foyer électrique autonome généré par les névromes, l'action modificatrice de ce potentiel électrique local par acupuncture, et le soulagement clinique ressenti, chez chacune des deux patientes amputées.

Les preuves expérimentales sont rapportées par l'utilisation de capteurs de bio-différence de potentiel électrique, mesurés en référence à une source unique, le point d'acupuncture *yintang*, point très électropositif. Les données capturées sont explorées au moyen d'une analyse spectrale.

La mise en place d'électrodes, qu'elles soient de superficie (à distance du moignon) ou de profondeur, au sein du moignon, retrouve lors de l'étude spectrale, l'existence des névromes. Ceux-ci sont caractérisés par une fréquence très proche de la fréquence cellulaire classiquement enregistrée, chez l'homme sain. Chaque névrome semble être doté d'une fréquence propre. La mise en place d'aiguilles d'acupuncture dans la zone gâchette du moignon, fait varier le potentiel électrique enregistré initialement sans la présence d'aiguilles d'acupuncture. La mesure des potentiels électriques locaux montre qu'il existe un gradient potentiel, autour du névrome et sensible à l'introduction d'un corps étranger conducteur, en l'occurrence une aiguille. La présence locale de ce corps dissipe ce ou ces foyers électriques ectopiques autonomes, réduisant ainsi la perception douloureuse du moignon.

Les résultats électriques ne sont pas homogènes entre les deux patients. Ils reflètent un vécu fort différent de la douleur, vécu qui change du fait de l'existence soit d'un névrome unique pour l'une, soit double pour l'autre. La « clinique électrique » reflète la pathologie.

Le névrome d'amputation semble créer de forts champs électriques locaux, capables de générer secondairement des foyers électriques ectopiques autonomes [7]. Il est possible d'objectiver certaines de ces interférences, perçues comme micro-énergie électrique, au moyen de changements de morphologie cristalline. L'acupuncture de zone gâchette, dans les deux cas analysés, témoigne en ce sens d'une récupération, au sein de l'organisme, d'un potentiel électrique provenant des ions et protéines d'une part, et d'autre part, de la disparition de ces foyers ectopiques électriques, perturbateurs de la capacité du corps humain à communiquer des informations, information prise au sens physique : variation du niveau d'énergie.



D^r Marc Piquemal
Casilla Correo 2899
Asuncion - Paraguay
✉ bioconsulta@quanta.com.py



Rodolfo Castellani
Ingénieur en informatique à l'université autonome d'Assomption (Paraguay) et spécialisé en interface de communication pour automate.
✉ : rodolfo.castellani@gmail.com



D^r Patrick Sautreuil
MPR, Ministère de la Défense,
Fontenay/Bois
Praticien Attaché, Hôpital Rothschild,
Paris
Professeur Associé, Kansai College of
Oriental Medicine, Osaka, Japon
Président de l'A.S.M.A.F.-E.F.A.
✉ : patrick.sautreuil@cegetel.net

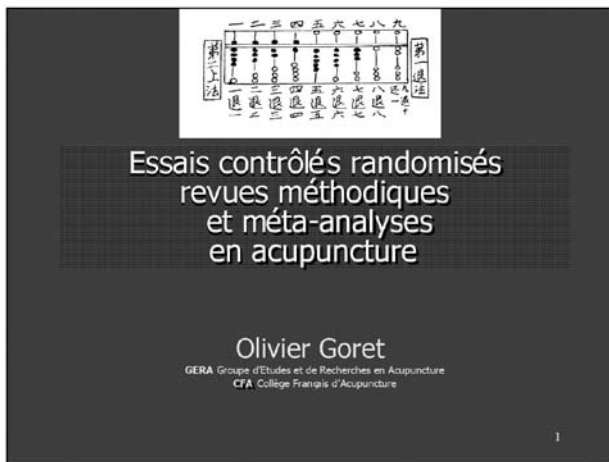
Références

1. Sautreuil P, Lassaux A, Thoumie P, Piquemal M, Missaoui B. Douleurs de névromes d'amputation et Acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. In press 2007.
2. Piquemal M. Acupuncture et énergie sanguine : Une approche électrique de leur relation. *Acupuncture & Moxibustion*. 2007; 5(4):347-52.
3. Pfeiffer E. *Kristalle*. Stuttgart: Orient-Occident Verlag; 1930.
4. Pfeiffer E. *Studium von Formkräften um Kristallisationen*. Stuttgart: Orient-Occident Verlag; 1931.
5. Neuhaus A. *Küppferchlorid kristallisation*. Stuttgart: Fisher Verlag; 1957.
6. Selawry A, Selawry O. *Die Kupferchloridkristallisation*. Stuttgart: Naturwissenschaft und medizin; 1957, 1975.
7. Vigoureux F, Piquemal M. *L'I.C.S. : la mémoire du sang*. Paris: Compte d'auteur; 1993.

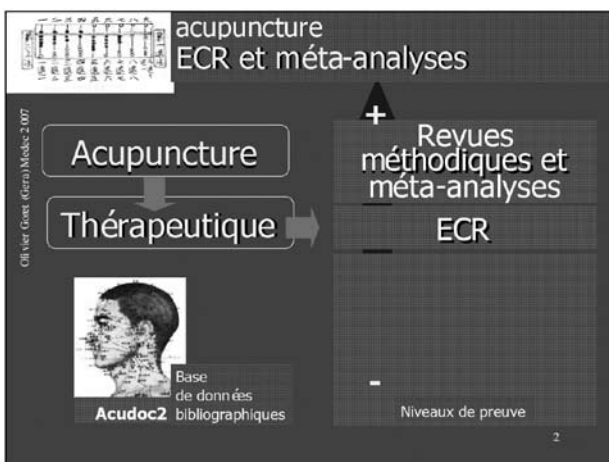
Lettre à la rédaction

Medec 2007

Olivier Goret



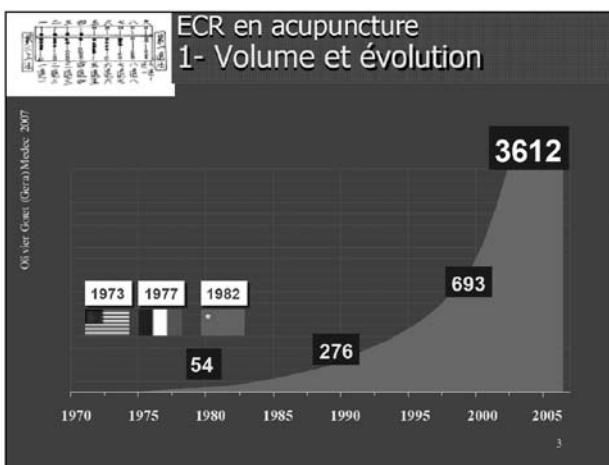
Notre objectif est une analyse bibliométrique des essais contrôlés randomisés et des revues systématiques et méta-analyses en acupuncture.



L'acupuncture est une thérapeutique.

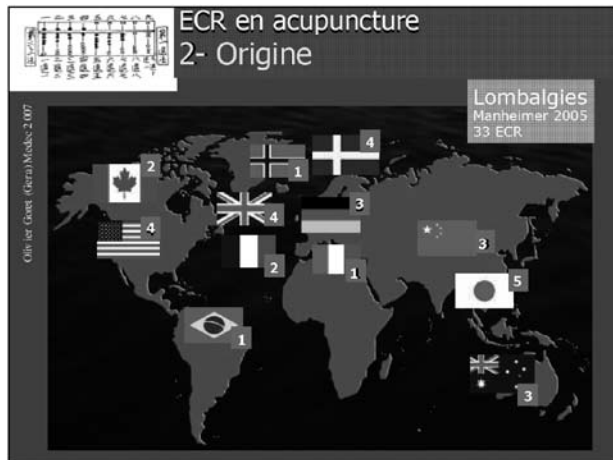
Dans l'évaluation des thérapeutiques, les revues méthodiques, les méta-analyses et les essais contrôlés randomisés constituent les plus hauts niveaux de preuve (correspondant aux grades A et B de l'HAS).

Notre objectif est donc un état des lieux à partir de des bases de données bibliographiques Acudoc2 [1] et Acudoc2 ECR [2] du Centre de documentation du Gera (Groupe d'Etudes et Recherche en Acupuncture).

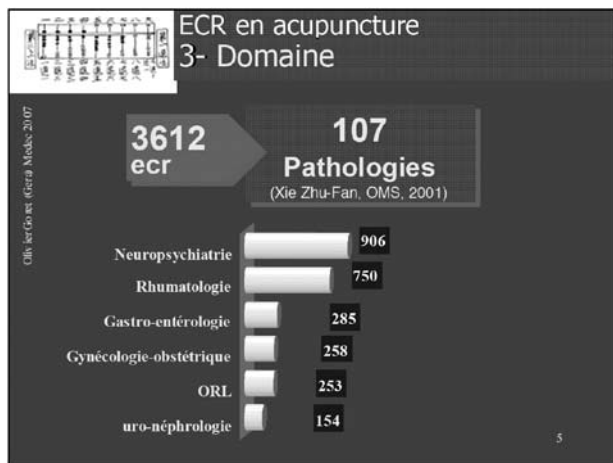


Le premier essai contrôlé randomisé évaluant l'acupuncture a été publié en 1973 [3] : il s'agissait d'un essai américain. Le premier essai français a été publié en 1977 [4] et le premier essai chinois en 1982 [5]. En 1980, 54 essais contrôlés randomisés avaient été publiés ; en 1990, 276 ; en 2000, 693 et en 2006, 3612.

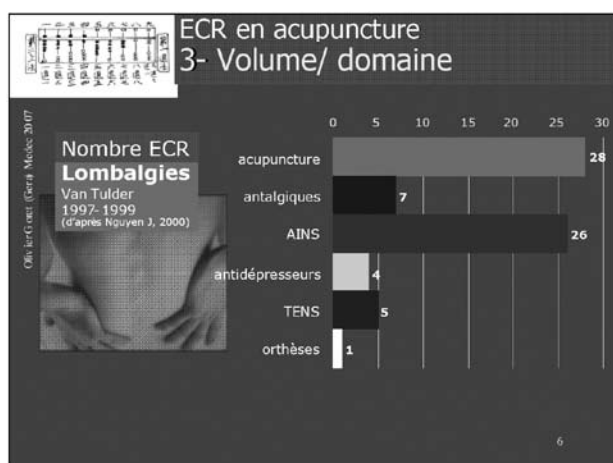
On observe donc une croissance exponentielle. D'une dizaine d'essais publiés par an au début des années 1980, nous sommes passés à près de 400 par an ces deux dernières années. Il s'agit d'un chiffre considérable.



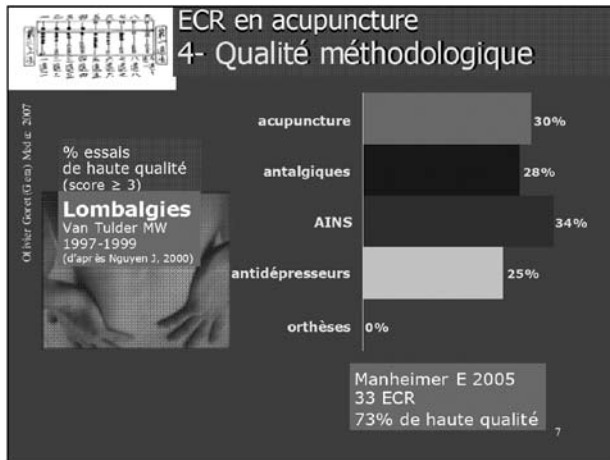
Quelle est l'origine des ces essais ? Quels sont les pays producteurs ? Manheimer a publié une métaanalyse en 2005 évaluant l'acupuncture dans les lombalgies et portant sur 33 ECR [6]. 8 essais sont originaires d'Asie ; 15 sont originaires de 6 pays européens ; 6 sont nord-américains. Les autres sont sud-américains ou australiens. La recherche clinique en acupuncture ne relève donc pas d'un particularisme loco-régional, mais a une diffusion mondiale dans tous les grands pays à recherche clinique active.



Nous avons donc identifié 3612 essais contrôlés randomisés. Selon une revue réalisée dans le cadre de l'OMS en 2001, ces essais concernent 107 situations cliniques [7]. Des essais ont été réalisés dans toutes les disciplines cliniques. Les domaines les mieux étudiés sur le plan quantitatif sont la neuropsychiatrie avec 906 essais, la rhumatologie avec 750 essais, la gastroentérologie, la gynéco-obstétrique et l'ORL avec environ 250 essais chacune. Les ECR définissent donc un très large champ d'application de l'acupuncture, très au-delà des indications usuelles couramment admises.

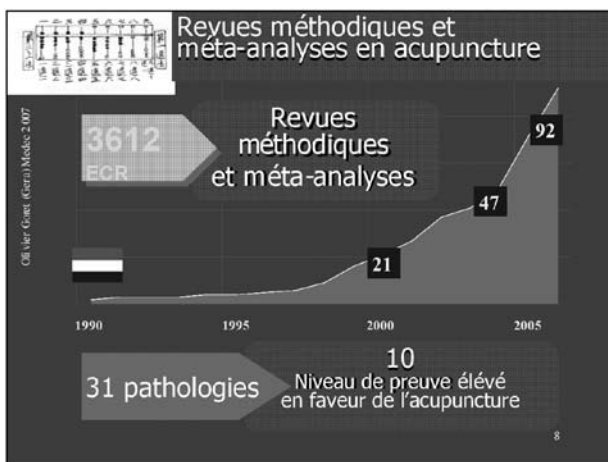


Dans une pathologie donnée, on peut essayer de comparer le nombre d'essais disponible en acupuncture aux autres thérapeutiques usuelles. Ce diagramme rapporte le nombre d'essais disponibles dans les lombalgies à partir des méta-analyses de Van Tulder en 1999 [8]. Le nombre d'ECR en acupuncture est équivalent à celui des AINS et quatre fois plus important que celui des antalgiques.

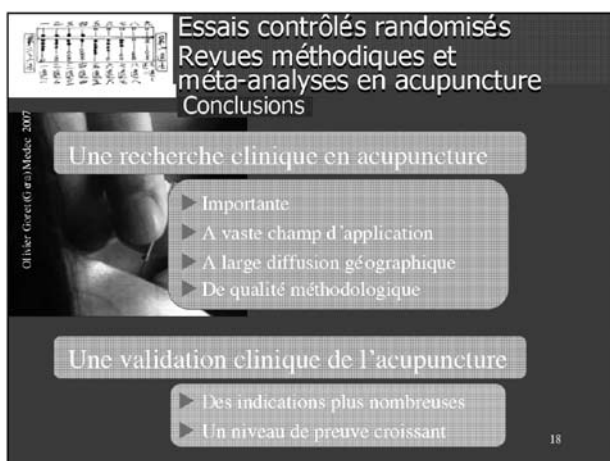


La critique très souvent émise à propos des essais en acupuncture est la mauvaise qualité méthodologique. On peut essayer de comparer dans une pathologie donnée la qualité méthodologique des essais en acupuncture par rapport aux autres thérapeutiques.

L'échelle de qualité méthodologique la plus courante est l'échelle de Jadad en 5 points qui permet de distinguer les essais de haute qualité (score ≥ 3) des essais de basse qualité (score < 3). Toujours dans les lombalgies et toujours à partir des méta-analyses de Van Tulder, on constate que 30% des essais en acupuncture sont de haute qualité, pourcentage équivalent à ce qui est observé avec les AINS, les antalgiques ou les antidépresseurs. Dans la dernière méta-analyse de Manheimer concernant le traitement par acupuncture des lombalgies, 73% des 33 ECR sont de haute qualité [6]. La qualité des essais en acupuncture n'est donc pas inférieure à celle des autres thérapeutiques. Elle est en constante augmentation.



Nous avons donc identifié un ensemble de 3612 ECR publiés. L'étape suivante est la synthèse et le regroupement des données c'est-à-dire les revues méthodiques et les méta-analyses. La première revue méthodique est hollandaise et a été publiée en 1990 [9]. En 2000, 21 revues étaient disponibles, 47 en 2004 et 92 à ce jour. Ces 92 revues portent sur 31 situations cliniques. Il existe un niveau de preuve fort en faveur de l'acupuncture dans 10 pathologies : lombalgies chroniques, gonarthrose, épicondylalgies, sevrage tabagique, nausées et vomissements post-opératoires, post-chimiothérapies et gravidiques, versions foetales, dépression, endoscopie digestive.



En conclusion, la recherche clinique en acupuncture, à travers les ECR, apparaît quantitativement importante, à vaste champ d'application, à large diffusion géographique, à niveau de qualité méthodologique en constante amélioration et équivalent à celui des autres thérapeutiques. Les revues méthodiques et méta-analyses valident l'acupuncture sur des indications de plus en plus nombreuses et à un niveau de preuve en constante progression.



Dr Olivier Goret,
30, Avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde.
☎ 04.94.75.48.32
✉ goret.olivier@wanadoo.fr

Références

1. http://www.acupuncture-medicale.org/gestionacumoxi/acudoc2_Com.asp
2. <http://www.acupuncture-medicale.org/ecracu/section1.html>
3. Pang L et al. Acupuncture for pain relief: a double-blind, self-controlled study. *Michigan Medicine* 1973;73:15-24.
4. Lacroix JC et al. Le sevrage du tabac, efficacité de l'acupuncture dans un essai comparatif. *AnnMedecine Interne* 1977;128(4):405-8.
5. Wang Youliang et al. Opération radicale pour cancer gastrique sous anesthésie combinée épidurale laser acupuncture. *Chinese Acupuncture and Moxibustion* 1982;2(6):23.
6. Manheimer E, White A, Berman B et al. Méta-analyse: acupuncture for low back pain. *Ann Intern Med* 2005;142:651-63.
7. Review and analysis of reports on controlled clinical trials. World Health Organization. 2002.
8. Van Tulder MW, Cherkin DC, Berman B, Lao L, Koes BW. The effectiveness of the acupuncture in the management of acute and chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 1999. Jun 1;24(11):1113-1123.
9. Ter riet G et al. Acupuncture and chronic pain : a criteria-based meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1990;43(11):1191-9.

Acupuncture et Médecine traditionnelle en cardiologie - Etude bibliométrique

Claude Pernice

Dans l'optique d'une revue générale des articles parus en cardiologie, nous avons consulté la base de données Acudoc 2 du Gera [1]. C'est ce corpus que nous allons maintenant présenter dans une perspective quantitative et dans une esquisse de classement qualitatif des articles concernant la pathologie cardio-vasculaire. Il faut souligner d'emblée que cette base de données inclut les articles consacrés à la phytothérapie chinoise et aux diverses thérapies physiques, et que ces données sont largement représentées en Chine alors qu'elles sont très peu présentes dans les revues occidentales d'acupuncture.

Les données bibliographiques quantitatives

Nous avons cherché à comparer les données de Medline (MEDical Literature Analysis and Retrieval System on LINE), base généraliste de référence d'articles médicaux [2], pour les références de 1975 à 2006, et Acudoc 2 dont les références sont sur une période comparable (1970 à 2004).

Part de la cardiologie dans l'ensemble des données bibliographiques

En médecine traditionnelle chinoise, la proportion de la cardiologie dans les publications médicales générales est quantitativement du même ordre que dans la médecine occidentale (Tableau I).

Langues de publication des articles de cardiologie

Les trois langues principales de publications sont le chinois, l'anglais et le français (tableau II).

La première, le chinois, s'impose par son origine, la seconde, l'anglais, est essentiellement la langue scientifique internationale. Il existe en effet de plus en plus d'auteurs chinois, entre autres, qui publient dans cette langue. Cette proportion est « naturellement » inversée entre les publications médicales générales et en MTC. Si les autres langues, regroupées en « divers autres » sont plus importantes que le français seul, elles ne représentent qu'une part minime de cet échantillon (en effet le japonais, avec moins de 1,5%, l'espagnol et l'italien, autour de 1,3% sont les seuls qui dépassent les 1%). On peut comprendre que, dans ce palmarès, le français tient à la fois une place honorable et ne représente qu'une faible partie de l'ensemble des publications. On peut se demander si la France n'est pas effectivement la « fille aînée » de l'acupuncture, comme nous pouvions le souhaiter.

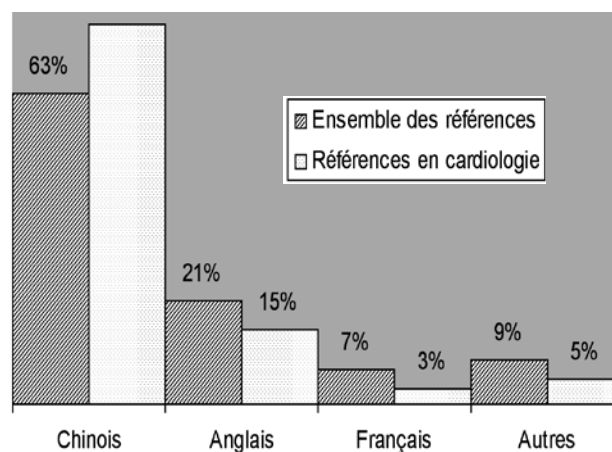
Tableau I : Part de la cardiologie dans une base médicale générale et spécialisée en médecine traditionnelle chinoise.

	Nombre total de références	Nombre total de références en cardiologie	
Acudoc 2	128 944	7 034	5%
Medline	12 777 735	1 081 822	8,5%

Tableau II : Répartition par langue des publications médicales générale et spécialisée en MTC

	Chinois	Anglais	Français	Divers autres	Total
Acudoc2	5 428 (77%)	1 053 (15%)	196 (3%)	357 (5%)	7 034
Medline	9 694 (1%)	967 833 (71%)	66 911 (5%)	328 810 (23%)	1 373 248

Si l'on compare cette répartition des langues dans l'ensemble des références bibliographiques d'acudoc2 (figure 1), on voit clairement que, parmi la totalité des articles d'Acudoc 2, 63% sont en chinois, 21% en anglais, 7% en français et 9% en diverses autres langues. Dans les langues non chinoises, on observe des valeurs comparables entre la cardiologie et l'ensemble des références, la cardiologie étant constamment légèrement inférieure. Par contre, en chinois, les articles de cardiologie représentent une part plus importante que les références générales. A l'autre extrême, les articles de cardiologie en français représentent moins de la moitié des références générales. Ces deux faits nous semblent bien souligner la part de la cardiologie dans le panorama général des pathologies. Ce résultat semble aussi être la conséquence de l'incidence majeure des traitements allopathiques, standardisés et officialisés dans les pays occidentaux sur le contenu des articles. Il faudrait pour pouvoir les comparer et l'affirmer mieux connaître les pratiques médicales chinoises contemporaines.

**Figure 1 :** Comparaison des données d'acudoc2 en cardiologie selon les langues (exprimée en pourcentage).

Répartition générale selon les pathologies cardio-vasculaires

La répartition pour les diverses catégories de pathologie cardiovasculaire se fait selon la répartition illustrée dans le tableau III. Nous avons utilisé pour se faire les catégories de Acudoc2.

Tableau III : Différentes pathologies.

Etudes en Cardiologie n=128944 ... 13/09/04	Français	Anglais	Chinois	Toutes Langues
Etudes générales, divers	17	133	257	441
Insuffisance cardiaque	9	68	1057	1150
Coronaropathies	32	317	2075	2482
Troubles du rythme	23	97	602	753
Hypertension artérielle	46	221	730	1092
Hypotension artérielle	1	15	41	59
Circulation périphérique	17	83	215	368
Artères	27	62	321	450
Veines-Lymphatiques	16	19	114	156
Analgesie chirurgicale	8	38	16	83
Total	196	1053	5428	7034

Les valeurs absolues (tableau III) nous permettent de constater que si l'on confond toutes les langues de publication, les trois premiers postes sont les coronaropathies, l'insuffisance cardiaque et l'hypertension artérielle, alors qu'en langue française on trouve l'hypertension artérielle, les coronaropathies et les artériopathies.

Cette première place des coronaropathies est essentiellement due à la proportion considérable d'articles chinois sur le sujet (soit un peu plus de 38% des articles sur les pathologies cardiovasculaires publiées en chinois sont consacré aux coronaropathies). Donc, soit les coronaropathies posent un problème particulièrement fréquent en Chine, dans la période considérée, soit la médecine traditionnelle chinoise en est une application recommandée. Des études ultérieures devront déterminer précisément la part représentée par les études sur la phytothérapie et le *qi gong* dans ce groupe, que nous évaluons à plus de 80%. D'une manière plus générale, il est vraisemblable que ces différences tiennent autant à des facteurs d'engouement variables dans le temps, aux rapports culturels à la gravité et à la fréquence de la pathologie, ainsi qu'à l'organisation institutionnelle de cette spécialité, à l'épidémiologie propre à chaque pays et aux politiques de santé publique qui en découlent.

D'un autre côté, pour ces mêmes coronaropathies, par exemple, si la proportion des études françaises a une place honorable ainsi que nous venons de le souligner, soit 16% des publications en MTC et en français, elles ne sont que 1% des publications en MTC et en toutes langues. Les acupuncteurs de langue française estiment-ils que les coronaropathies ne sont pas une bonne indication de l'acupuncture (ce qui est démenti par les données chinoises) ? Ils semblent valoriser des études plus à leur portée, en terme de faisabilité, ou qui posent, à leurs yeux, plus de problèmes thérapeutiques aux allopathes, ainsi que l'explique sans doute la forte présence d'articles concernant l'hypertension artérielle (23%). Mais cette situation est certainement également le fruit de l'insertion des acupuncteurs dans le système médical français.

Données bibliographiques qualitatives

Nous pouvons distinguer trois types de contenus d'articles

- théorique : approche théorique et éventuellement classements des signes cliniques mais sans présentation de cas cliniques.
- clinique : des rapports de cas, des séries de cas, des études contrôlées randomisées ou non.
- expérimental : ils visent à expliciter les mécanismes physiologiques de l'action de l'acupuncture dans telle ou telle pathologie et peuvent apporter des éclairages particuliers plus précis sur les études cliniques et/ou théoriques.

On ne peut manquer de remarquer, dans la perspective française, que les années 1985 à 90 ont constitué un grand tournant dans les types d'articles publiés. Il faudra corroborer ces données avec les autres disciplines. On est passé en effet d'une période à plus grande fréquence des articles théoriques à une autre où ce sont les articles cliniques qui dominent. On peut également noter l'émergence progressive du « tout syndromique » au sein d'un paysage « tout-énergétique ».

Nous pensons que cette « révolution » n'est pas moindre que celle qui a eu lieu au sein même de la cardiologie « occidentale » avec le dosage biologique de la troponine, qui a multiplié, en quelques années, la fréquence du diagnostic de syndrome coronarien aigu par 2 (puisqu'il est passé de ce fait de 400 000/an à 800 000/an), et les explorations telles que, par exemple, l'angioplastie sous coronarographie. Elle engage tout autant les mécanismes de physiopathologie que les nosologies, ce qui ne peut manquer de se répercuter sur les attitudes thérapeutiques...

Cela nous démontre, s'il en était besoin, que la médecine traditionnelle chinoise est une pratique vivante, moderne et que nous participons à ces évolutions.



D^r Claude Pernice
43 avenue Victor Hugo,
13100 Aix-en-Provence
☎ 04 42 26 55 05
✉ claud.pernice@gmail.com

1. Centre de Documentation du Gera, 192 chemin des Cèdres, F-83130 La Garde, France // Tél : 04.96.17.00.30, Fax : 04.96.17.00.31 www.acudoc2.com
2. www.ncbi.nlm.nih.gov



Pratique en auriculothérapie

Monique Mingam

Apport de l'Acupuncture Auriculaire dans le traitement des Scolioses Juvéniles Idiopathiques Evolutives. Premiers résultats.

Résumé : Les auteurs rapportent le traitement par acupuncture auriculaire de 20 patients atteints de scoliose juvénile évolutive. Ces 20 patients ont été choisis du fait que leur scoliose s'aggravait malgré le traitement orthopédique. Les points d'acupuncture ont été déterminés en lien avec le rôle important de la mélatonine dans la croissance symétrique du système proprioceptif et des muscles spinaux. La pose d'aiguilles semi-permanentes sur les points «épiphyse» (glande pinéale) et «oméga» (tissus mésodermiques) ont permis chez ces 20 patients la stabilisation ou l'amélioration de l'angulation scoliotique (16 cas), la rotation vertébrale (13 cas), l'asymétrie du tronc (19 cas) et, surtout, de la gibbosité, effet le plus remarquable (17 cas) : celle-ci perd son aspect angulaire et diminue de hauteur. Ainsi l'acupuncture auriculaire améliore efficacement le traitement médical orthopédique de la scoliose juvénile évolutive. **Mots-clés :** scoliose - mélatonine - glande pinéale - acupuncture auriculaire.

Summary : The authors report the medical treatment by auricular acupuncture of 20 juvenile-evolutive scoliosis. Those 20 patients have been choosed among 48 others for their unstabilized scoliosis despite an orthopedical treatment. Auricular acupuncture points have been determined according to the (henceforth known) fact that melatonin (and the pineal gland) is playing an important role in the symmetrical growth of the proprioceptive system and the spinal muscles. The semi-permanent implantation of needles on the "pineal gland" and "omega 2nd" (points mesodermic tissues) allowed for 20 of those patients the stabilization or the amelioration of : the scoliosis angulation in 16 cases, the vertebral rotation in 13 cases, the torso asymmetry in 19 cases, and especially the most striking, the gibbosity in 17 cases, with a much less angular and smaller aspect. Hence, auricular acupuncture efficiently improves the medical treatment of juvenile-evolutive scolioses. **Keywords :** scoliosis - melatonin - pineal gland - auricular acupuncture.

But de la publication

C'est de faire connaître rapidement les premiers résultats positifs d'un essai de traitement par acupuncture auriculaire des scolioses juvéniles évolutives déjà traitées par corset et kinésithérapie.

Faire connaître ces résultats, c'est donner la possibilité de poursuivre ce premier essai à plus grande échelle et ainsi de stabiliser et améliorer le plus rapidement possible un grand nombre de scolioses !

Démarche suivie

Depuis 2000, nous avons suivi 46 patients porteurs de scolioses juvéniles évolutives. Tous ont bénéficié du traitement orthopédique «classique» associant kinésithérapie et port d'un corset de nuit ou permanent.

20 enfants ont accepté en plus des séances d'acupuncture auriculaire, proposées du fait principalement que leur scoliose s'aggravait malgré le traitement orthopédique, en plus de celui-ci.

Au début de la prise en charge, ces 20 enfants avec traitement orthopédique et acupuncture auriculaire étaient âgés de 8 ans 6 mois à 15 ans 8 mois (11 ans 5 mois en moyenne). Les 26 enfants avec traitement orthopédique seul étaient âgés de 8 ans 5 mois à 15 ans 10 mois (13 ans 3 mois en moyenne).

Nous savions, depuis les travaux de J. Dubousset, M. Machida et collaborateurs [1,2,4,5], l'importance du rôle de la mélatonine (sécrétée par l'épiphyse) dans le développement symétrique du système proprioceptif et des muscles spinaux. Une insuffisance du taux de la mélatonine de 33% chez 15 jeunes scoliotiques

par comparaison avec 15 jeunes non scoliotiques a été montré [3,6].

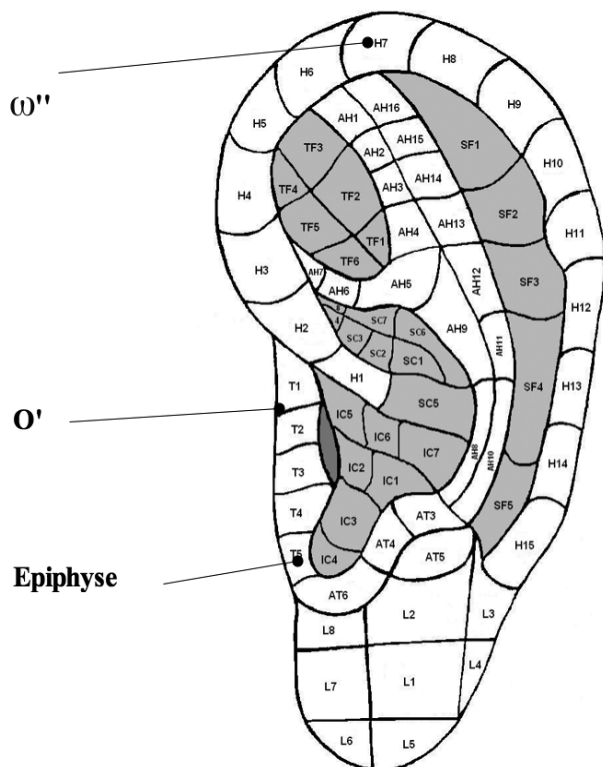
C'est ainsi que nous avons eu l'idée d'utiliser chez nos patients scoliotiques, la stimulation par aiguilles d'acupuncture du point « épiphyse » en association avec le point « ω », projection des tissus mésodermiques (musculo-squelettiques dans la pathologie scoliotique).

Moyens mis en œuvre

Le protocole d'acupuncture auriculaire appliqué a été le suivant [7,8] :

- 1 à 6 séances par patient, espacées de 6 à 8 semaines.
- utilisation d'aiguilles semi-permanentes.
- points sélectionnés :
 - épiphyse (glande pinéale).
 - ω (tissus mésodermiques).
 - O' (point utilisé dans les contractions musculaires).

Les points sont recherchés au «POINTOSELECT». Ils sont piqués uniquement s'ils «s'allument». On remarquera que c'est toujours le cas pour le point «épiphyse» des 20 scolioses évolutives.



Résultats

20 enfants avec traitement d'acupuncture auriculaire :

Angulation			
Amél	Stab	Aggr	Global
6,6 %P	0,0 %P	-8,5 %P	1,6 %P
10	6	4	0
Rotation			
Amél	Stab	Aggr	Global
18,8 %+	0,0 %+	-12,5 %+	5,3 %+
7	11	2	0
Gibbosités			
Amél	Stab	Aggr	Global
6 mm	0 mm	-3 mm	5 mm
17	0	3	0
Asymétrie			
Amél	Stab	Aggr	Global
10 mm	0 mm	0 mm	6 mm
11	8	0	1

%P : Pourcentage pondéré de l'amélioration / aggravation de l'angle de l'angulation

$$\%P (\Delta(\alpha, \beta)) = \cos(\pi/2 * \alpha/60^\circ) - \cos(\pi/2 * \beta/60^\circ)$$

$$[0^\circ < \alpha, \beta < 60^\circ]$$

%+ : Pourcentage pondéré de l'amélioration / aggravation de la rotation

$$\%+ (\Delta(+_1, +_2)) = (\#(+_2) - \#(+_1)) / 4$$

26 enfants sans traitement d'acupuncture auriculaire :

Angulation			
Amél	Stab	Aggr	Global
6,9 %P	0,0 %P	-11,2 %P	-0,7 %P
11	0	8	7
Rotation			
Amél	Stab	Aggr	Global
12,2 %+	0,0 %+	-18,8 %+	0,2 %+
8	5	5	8
Gibbosités			
Amél	Stab	Aggr	Global
4 mm	0 mm	-7 mm	0 mm
12	5	8	1
Asymétrie			
Amél	Stab	Aggr	Global
7 mm	0 mm	-10 mm	2 mm
9	8	2	7

Résumons les résultats avec acupuncture auriculaire :

	Améliorations	Stabilisations	Aggravations
Angulation	10	6	4
Rotation vertébrale	7	11	2
Asymétrie du tronc	11	8	-
Gibbosité	17	-	3

Conclusion

Ces premiers résultats montrent qu'une scoliose mal stabilisée sous traitement orthopédique peut se stabiliser voire s'améliorer si on adjoint un traitement par l'acupuncture auriculaire. Il semble cependant plus difficile d'agir favorablement sur l'angulation que sur les autres facteurs.

C'est l'amélioration :

- de la symétrie du tronc



Avant



Après

- de la gibbosité, qui est l'effet le plus remarquable.



Avant



Après

Dès la première séance d'acupuncture auriculaire, on observe que la gibbosité perd son aspect angulaire et diminue de hauteur.

Il faut impérativement poursuivre cette étude sur un plus grand nombre de cas, avec un suivi clinique et radiologique jusqu'aux 20 ans du patient.



D^r Monique Mingam
Praticien Hospitalier
Service de Rééducation Enfants,
Médecin Directeur du C.A.M.S.P.
Centre Hospitalier de Cornouaille
BP 1757 - 29107 QUIMPER CEDEX
✉ monique.mingam@free.fr

Références

1. Machida M, Saito M, Dubousset J, Yamada T, Kimura J, Shibasaki K. Pathological mechanism of idiopathic scoliosis: experimental scoliosis in pinealectomized rats. *Eur Spine J.* 2005;14(9):843-8.
2. Machida M, Dubousset J, Satoh T, Murai I, Wood KB, Yamada T, Ryu J. Pathologic mechanism of experimental scoliosis in pinealectomized chickens. *Spine.* 2001;26(17):385-91.
3. Dubousset J, Machida M. Possible role of the pineal gland in the pathogenesis of idiopathic scoliosis. Experimental and clinical studies. *Bull Acad Natl Med.* 2001;185(3):593-602.
4. Machida M, Murai I, Miyashita Y, Dubousset J, Yamada T, Kimura J. Pathogenesis of idiopathic scoliosis. Experimental study in rats. *Spine.* 1999;24(19):1985-9.
5. Machida M, Miyashita Y, Murai I, Dubousset J, Yamada T, Kimura J. Role of serotonin for scoliotic deformity in pinealectomized chicken. *Spine.* 1997;22(12):1297-301.
6. Machida M, Dubousset J, Imamura Y, Miyashita Y, Yamada T, Kimura J. Melatonin. A possible role in pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis. *Spine.* 1996;21(10):1147-52.
7. Alimi D. Cours du D.I.U. d'Acupuncture Auriculaire de l'Université Paris-Nord 2001-2003
8. Alimi D., Geissmann A., Gardeur D. Auricular Acupuncture Stimulation Measured of Functional Magnetic Resonance Imaging. *Medical Acupuncture.* 2002;13(2):19-21.



Attention, c'est déjà arrivé !

Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

Jean-Marc Stéphan

Acupuncture abdominale et longues aiguilles : danger !

Deux études de cas ont été observées à Séoul en Corée du Sud.

Une pancréatite aiguë avec une amylasémie à 1162 U/l a été induite chez une femme de 42 ans ayant un index de masse corporelle bas (IMC=16,41 kg/m²) cinq heures après une séance d'acupuncture. L'acupuncteur avait utilisé des aiguilles de 13 cm de long placées au niveau de la paroi abdominale antérieure en région péri-ombilicale. La patiente souffrait d'une dyspepsie fonctionnelle à type de gonflement et plénitude épigastrique, sans preuve d'ulcère ou de reflux à la gastro-fibroscopie. Pendant deux mois, elle avait bénéficié en vain d'un traitement à base d'anti-H2 et de thérapeutiques prokinétiques. Les auteurs concluaient que cette pancréatite aiguë, la première décrite dans la littérature internationale et heureusement résolutive, était en rapport chez cette femme à faible index de masse corporelle à la perforation de la glande par une aiguille de trop grande longueur.

Uhm MS, Kim YS, Suh SC, Kim I, Ryu SH, Lee JW, et al. Acute pancreatitis induced by traditional acupuncture therapy. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005;17(6):675-7. Department of Internal Medicine, Seoul Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, Korea.

La deuxième observation décrit une complication rare ayant entraîné le décès d'un homme de 68 ans par hématomérose massive, résultat d'une fistule aorto-duodénale. Il s'agissait d'un homme ayant bénéficié un mois avant son admission hospitalière d'une séance d'acupuncture pour douleurs dorsales chroniques. L'acupuncteur lui avait enfoncé profondément dans la zone mi-abdominale et supra-ombilicale une aiguille de 15 cm de long. La dorsalgie s'était aggravée avec des douleurs abdominales sévères, nausées, vomissements. Une fièvre intermittente se développa deux semaines plus tard accompagnée de méléna, d'hématomérose. Il perdit 8 kg en 1 mois. Le scanner objectiva un pseudo-anévrisme de l'aorte abdominale juste en-dessous du duodénum entouré d'un hématome et de multiples bulles d'air, le tout évoquant une fistule aorto-duodénale. D'autre part, des hémocultures révélèrent deux jours après le décès la présence de *Klebsiella pneumoniae*.

Chang SA, Kim YJ, Sohn DW, Park YB, Choi YS. Aortoduodenal fistula complicated by acupuncture. Int J Cardiol 2005;104(2):241-2. Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Seoul National University College of Medicine, 28 Yongon-dong, Chongno-gu, Seoul 110-744, Republic of Korea.

COMMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS

Ces deux études de cas rapportent à nouveau le danger des aiguilles de longueur supérieure ou égale à 10 cm que nous avons déjà évoqué dans l'acupuncture dorso-lombaire à longues aiguilles dans un précédent article [1].

Ainsi, dans ces deux observations coréennes, il apparaît que les acupuncteurs ne maîtrisent pas les notions

simples d'anatomie surtout chez les personnes à faible indice de masse corporelle et qu'ils n'hésitent pas à puncturer avec de très longues aiguilles. Il semble que le point impliqué soit le *zhongwan* (VC12), point *mu* de l'Estomac, situé à mi-distance sur une ligne réunissant l'appendice xiphoïde et l'ombilic et se projetant au niveau de L1. Nous pouvons voir les rapports anatomiques sur la figure 1 et le scanner en

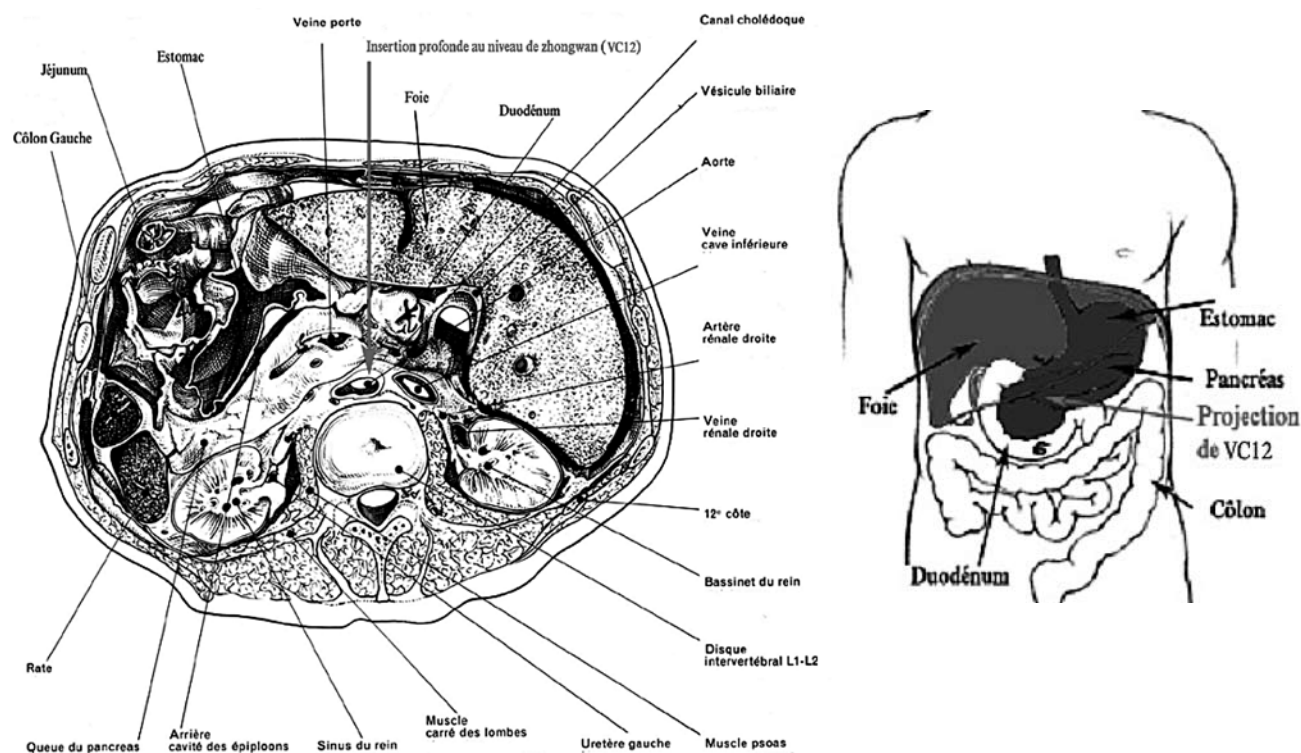


Figure 1. Rapports anatomiques du point VC12 au niveau du disque intervertébral L1-L2 suite à une insertion profonde.

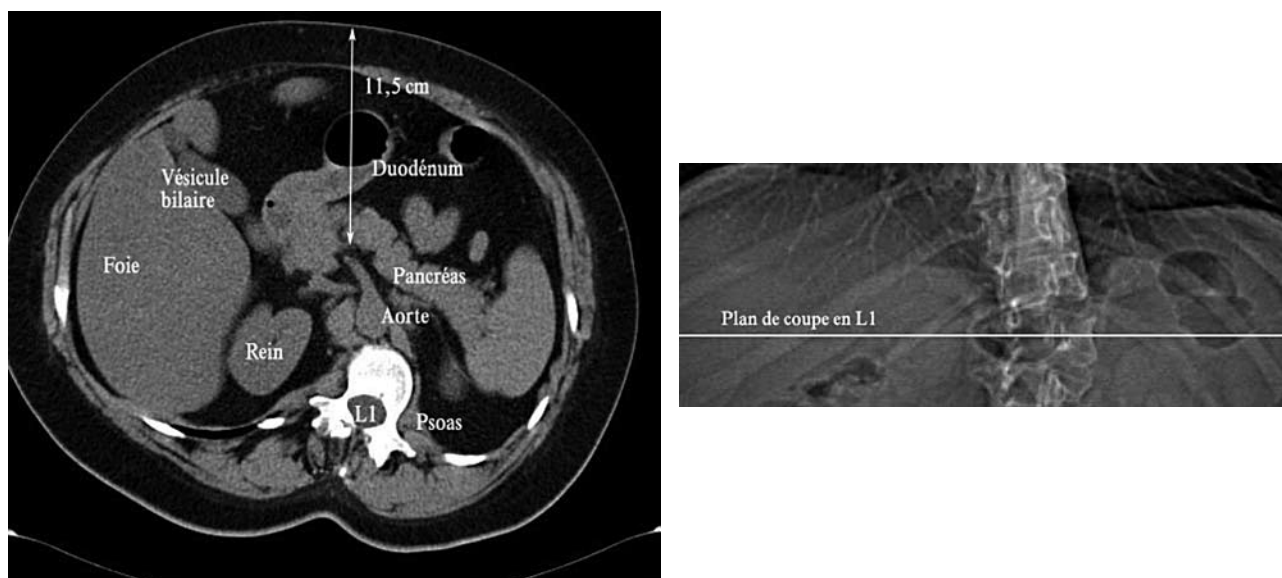


Figure 2. Scanner passant en L1 chez une personne obèse scoliotique avec IMC à 30 kg/m²

figure 2 avec l'insertion d'une longue aiguille. Ainsi au niveau du VC12, le duodénum, le pancréas et plus en profondeur l'aorte peuvent être perforés. Hao et al avaient observé au scanner chez 25 patients les rapports anatomiques de la puncture profonde au

niveau du *zhongwan*. Dans trois cas, l'aiguille atteignait le bord de la petite courbure de l'estomac ; dans cinq cas, elle prenait place le long du bord droit de la veine mésentérique supérieure ; dans un cas, elle touchait le bord gauche de la veine mésentérique inférieure ; deux

cas : la tête du pancréas, trois cas le corps du pancréas ; sept cas la veine cave inférieure et enfin dans quatre cas l'aorte abdominale bord antérieur ou bord droit. La distance entre la pointe de l'aiguille et le bord antérieur du corps vertébral se situait entre 10 et 60 mm avec une moyenne de $33 \text{ mm} \pm 17,29 \text{ mm}$ [2].

Mais pourquoi puncturer aussi profondément ? Les indications les plus fréquentes du VC12 sont les gastralgies, les dyspepsies, les vomissements. On le pique à une profondeur habituelle de 0,8 à 1,2 *cun* ou selon l'académie de Beijing entre 2,5 et 5 cm. Le VC12 n'est habituellement pas utilisé pour traiter des dorsalgies, ni les lombalgies. Néanmoins, deux études chinoises préconisent l'utilisation des points abdominaux dans le traitement des lombalgies [3,4] et concluent que l'acupuncture abdominale s'est montrée de manière statistiquement significative ($p < 0,05$) plus efficace que l'acupuncture corporelle ou même que l'électroacupuncture [5].

Quoiqu'il en soit, à nouveau, il apparaît nécessaire de répéter que l'utilisation des aiguilles trop longues même chez les personnes en surpoids est dangereuse et que les notions élémentaires d'anatomie doivent être enseignées et assimilées.

Les indications classiques du *zhongwan* (VC12) et la profondeur d'insertion.

Selon l'expérience clinique de Wang Fenggyi, la profondeur d'insertion du *zhongwan* (VC12) doit être d'environ de 4 à 5 *cun* dans les indications de gastrite aiguë accompagnée de douleurs abdominales sévères, mais aussi dans les gastrites chroniques [6]. Il précise que la puncture est dangereuse et doit être réservée à des professionnels avertis. Wu et Yan utilisent des aiguilles de 125 mm qu'ils font pénétrer en les faisant tourner lentement en fonction de la respiration du patient jusqu'à une profondeur de 75 mm. Les applications cliniques sont identiques à celles précédemment décrites, en particulier la gastralgie (par stagnation du *qi* de Foie, Vide-Froid d'Estomac et de Rate-Pancréas)

qui sera immédiatement soulagée. Le patient retrouve une rapide augmentation du péristaltisme gastro-intestinal suivie d'une amélioration de l'appétit et une normalisation graduelle des fonctions digestives. Ces auteurs préconisent aussi d'utiliser les aiguilles longues au VC12 en cas de migraines (par excès à la fois de Feu de Foie et de Feu de Vésicule Biliaire) et d'hystérie (par stagnation du *qi* de Foie entrant dans le cadre du syndrome *yuzheng* [7]. Le point *zhongwan* (VC12) en puncture profonde est préconisé parce qu'il est le pivot des énergies des trois foyers, point *mu* de l'Estomac, point Grande Réunion (*bahuixue*) des entrailles *fu*, point de restauration du *yang* (*huiyang jiuzhengxue*), point de croisement (*jiaohuixue*) avec le *zushaoyin*, *zuyangming* et *zutaiyin*.

L'acupuncture abdominale de Bo

L'acupuncture abdominale est une méthode acupuncturale introduite par Bo Zhiyun dans les années 1990 [8,9]. Il s'agit d'une nouvelle méthode d'insertion et de manipulation de longues aiguilles au niveau des points abdominaux permettant de régulariser les *zangfu* [10]. Les indications concernent essentiellement la rhumatologie (hernie discale, cervicalgie, mais aussi les problèmes digestifs). Ainsi la périarthrite scapulo-humérale traitée par la méthode de l'acupuncture abdominale (points *zhongwan* (VC12), *shangqu* (RE17), *huaroumen* (ES24)) associée à l'acupuncture classique corporelle est statistiquement plus efficace que l'acupuncture classique ($p < 0,05$) [11]. Mais on l'utilise aussi dans un cadre plus en rapport avec ses indications. Ainsi dans les dyspepsies non ulcéreuses, Wang Zichen et al ont démontré dans un essai clinique randomisé chez 91 sujets que l'utilisation de l'aiguille longue au *zhongwan* (VC12) était statistiquement plus efficace que le groupe traité par administration orale de dompéridone ($p < 0,01$) [12].



Dr Jean-Marc Stéphan
jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Secrétaire Général de l'ASMAF-EFA
Co-directeur de la revue *Acupuncture & Moxibustion*
Membre du Collège Français d'Acupuncture (CFA)
Médecin acupuncteur attaché au CH de Denain

Attaché d'enseignement à la faculté de médecine de Lille
(AUEC d'acupuncture obstétricale)

Références

1. Stéphan JM, Nguyen J. Attention, c'est déjà arrivé ! Incidents et accidents attribués à l'acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion*. 2006;5(1):71-74.
2. Hao Zz, Chuo Zh, Gao T. [Anatomic observation of the qi-getting layer of point zhongwan with deep insertion of an elongated needle]. *Shanghai journal of acupuncture and moxibustion*. 2004;23(11):35.
3. Zuo-Tao Z, Xiao-Shan L. [observations on the effect of abdominal acupuncture in treating 42 cases of lumbar intervertebral disc protusion]. *Shanghai journal of acupuncture and moxibustion* 2004;23(2):13.
4. Wu Yang-Yang, liao Jing-Ping, Li Qiong. [Clinical observation on abdominal acupuncture for treatment of 114 case of prolapse of lumbar intervertebral disc]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2004;24(11):750.
5. Guo Wangang, Linru A, Gong Lifeng et al. [Observation on the therapeutic effect of abdominal acupuncture on intervertebral disk displacement in 50 cases.]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2003;23(3):145.
6. Wang Fengyi. Deep insertion of zhonwan (ren12), heavy moxibustion at guanyuan (ren4), bloodletting at weizhong (b40), and venous cupping therapies. *Essentials of contemporary chinese acupuncturists' clinical experiences*, Foreign Lang 1989:22-5.
7. Wu J-H, Yan L. Examples of clinical application of acupuncture of zhongwan (CV 12) with elongated needle. *World J. Acu-moxi* 2005;15(1):43-45.
8. Bo Zhiyun. [Clinical application of abdominal acupuncture]. *Beijing journal of traditional chinese medicine* 1992;6:44.
9. Bo Zhiyun. [On abdominal acupuncture therapy]. *Chinese Acupuncture and moxibustion* 2001;21(8):474.
10. Wang Li-Ping, Bo Zhiyun [Clinical experience on Bo's abdominal acupuncture]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2004;24(3):201.
11. Sui Minghe. Clinical observation on 36 cases of scapulo-humeral peri arthritis treated by abdominal acupuncture and body acupuncture. *World journal of acupuncture-moxibustion* 2001;11(2):43.
12. Wang Zichen, Wang Wenli. [Observation on therapeutic effect of elongated needle therapy on non-ulcerative dyspepsia]. *Chinese acupuncture and moxibustion* 2002, 22(3):149.

François Gonneau

Le clavier dorsal : un jeu de points d'acupuncture utiles au diagnostic pour le vétérinaire néophyte

Résumé : A travers l'étude des points *shu* du dos faciles d'accès chez l'animal, on propose un clavier dorsal pratique de points utiles au diagnostic pour tous les vétérinaires qui ne peuvent interroger leur patient. **Mots clés :** Clavier dorsal - diagnostic - vétérinaire.

Summary: From the study of the *shu* points, easily accessible on the animal's back, we suggest a practical dorsal series of points easy to treat by the acupuncturists and useful for the diagnosis by veterinarians who can't question their patients. **Keywords:** dorsal keyboard - diagnosis - veterinary.

Dans l'impossibilité de pouvoir demander à l'animal où il souffre, il nous faut aller interroger directement son corps. C'est ce que nous faisons chaque jour lorsque nous prenons la température, pratiquons une auscultation ou observons la coloration de muqueuses. Or l'acupuncture nous dit qu'un point d'acupuncture en relation avec une fonction troublée, présente des anomalies de sensibilité, de température ou de consistance. Alors, que l'on soit ou non acupuncteur, pourquoi ne pas sélectionner une série complète de points d'acupuncture utilisable pour mener à bien un diagnostic ?

Comment repérer un point sur un animal

Le point d'acupuncture représente un territoire cutané privilégié, pourvu d'un rôle d'échange entre les milieux extérieurs et intérieurs, à ce titre il va intégrer les modifications externes, notamment climatiques (humidité, vent, froid) qu'elles soient normales ou excessives. De même il sera le témoin physiologique de l'état des fonctions avec lesquelles il est en relation.

En assentiment avec l'état de la fonction qu'il dessert, le point souffre lorsque l'organe souffre. Son trouble est aigu lorsque la pathologie est aiguë et des lésions chroniques peuvent devenir visibles sur le point lorsqu'un trouble ancien atteint l'organe concerné.

Repérez donc les zones anormalement chaudes, ou froides, disesthésiques, dépilées, colorées, boutonneuses... Repérez les zones pigmentées dans le pelage du caniche

ou les poils blancs sur la robe du cheval, surtout s'ils sont symétriques, mais ne les confondez pas avec des erreurs de toilettage ou des blessures de harnachement. Soyez attentifs, « lisez » l'animal. Pour commencer palpez le dos, puis les membres de l'animal, repérez en les creux et bosses à la manière d'un aveugle. Vous prendrez alors l'habitude, notamment en ce qui concerne les points du dos, qui constituent un véritable clavier sémiologique.

Les points *shu* et *mu*

Les propriétés régulatrices du fonctionnement des organes que l'on attribue à l'acupuncture, font référence au système nerveux autonome. Or, la disposition des points d'acupuncture paravertébraux, ou "*shu*" que nous allons étudier, révèle un véritable calque de l'organisation en ganglions et plexus de cette innervation viscérale autonome [1].

Head chez l'homme, puis Roger chez le cheval ont décrit au début du vingtième siècle et sans connaître l'acupuncture, des douleurs projetées sur la peau issues de troubles internes. André Demontoy [2], chez le chien, met en évidence deux lignes de points sensibles et également perturbés lors de certaines pathologies. La première ligne est paravertébrale, l'autre sur le flanc, elles coïncident avec les zones de Roger. L'auteur établit de même la correspondance entre ces lignes et les lieux d'émergence du plan profond des rameaux cutanés sensitifs des nerfs rachidiens.

Ces découvertes n'étonnent pas l'acupuncteur. En effet, si la souffrance constitue le signal d'appel le plus fréquent en médecine occidentale, cela est particulièrement vrai en acupuncture: elle oriente le diagnostic et contribue au choix des points pour le traitement (figure 1). Ainsi les deux lignes déterminées par Demontoy, se calquent sur une branche paravertébrale d'une ligne de points "*shu*" ou "assentiment", et sur le flanc, une ligne de points dont certains sont baptisés points *mu* ou "alarmes". Tous ces points sont douloureux lors de souffrance de l'organe qui leur est associé. C'est aux *shu* qu'ira notre préférence en sémiologie, pour des raisons de commodité de repérage et d'accès. En effet le patient canin est debout sur ses quatre pattes et l'exploration du dos est le geste le plus facile et spontané à réaliser. Ces points *shu* sont associés traditionnellement à la fonction chinoise "Vessie" appelée aussi Méridien Vessie, lié à l'excrétion, à la dépense énergétique, au rejet des membres, des déchets du catabolisme; c'est un "pot d'échappement", et à ce titre, il est relié à tous les "moteurs" de l'organisme. Notons bien sûr que cette ligne de points est très utilisée, parfois sans le savoir, par les ostéopathes et mésothérapeutes.



Figure 1. *Shu* du Rein tonifié au moxa (photo Eric Tournier).

Le clavier canin

Réalisation

Apartir des sources bibliographiques [3] et expérimentales [4], nous avons tenté de cartographier ces témoins cutanés de la vie d'un viscère en zone paravertébrale

pour établir un "clavier canin" sémiologique. Nous avons rencontré quelques divergences suivant les auteurs, le plus souvent liées à des problèmes de traduction. En effet, la signification chinoise d'une fonction est souvent assez éloignée de son homologue occidentale, ainsi, la Rate chinoise rend compte des liquides interstitiels, de l'immunité; le Foie chinois regroupe la fonction hépatique occidentale, mais aussi l'ensemble de l'appareil musculaire.

Par ailleurs, dans le clavier proposé, on rencontre plusieurs points, par exemple pour l'Estomac; d'un point de vue occidental, on le justifie par le fait que l'innervation d'un organe de la taille de l'estomac ne saurait procéder d'un seul segment médullaire, et qu'une douleur viscérale ainsi rapportée en périphérie cutanée, si elle est vive, peut "rayonner" dans les territoires voisins. Pour l'acupuncteur traditionnel, il s'agirait plutôt de recoupement entre certaines propriétés des différentes "fonctions chinoises".

Le chien comporte 13 vertèbres thoraciques et 7 vertèbres lombaires. On remarque que la séquence de L1 à L7, commode d'accès et en relation avec des organes importants, est précisément et unanimement cartographiée.

Interprétation

Pour chaque point, nous associerons un segment vertébral et nous rappellerons l'interprétation chinoise de la fonction et les troubles éventuellement associés.

T3-T4: Le *shu* du Poumon concerne la fonction respiratoire en général, de la gorge aux alvéoles, ainsi que la peau, dont on sait qu'elle est aussi pourvue d'un rôle dans la respiration.

T4-T5: Le *shu* du Maître du Cœur est le reflet du système orthosympathique en général, on trouve ce point sensible lors de tachycardie ou d'épilepsie.

T5-T6: Le *shu* du Cœur révèle la fonction cardiaque ainsi que l'émotivité. Ce point est réactif lors de pathologies cardiaques "en hyper".

De T6 à T8: Le Diaphragme n'est pas un organe décrit par les chinois; nous avons observé une réaction du point *shu* en T6-T7 lors de pathologies agressives pour ce muscle: pleurésie, cardiopathie, gastrite, dysenteries,

ballonnements, flatulences, pyomètre (infection purulente de l'utérus de la chienne). Le point en T7-T8 réagit plutôt lors de nausées ou d'inappétence.

De T9 à T11 : Le *shu* du Foie et de la Vésicule Biliaire réagissent lors de pathologies hépatiques ou biliaires, mais aussi lors de pathologies musculaires généralisées.

T11-T12 : Le *shu* de la Rate est réactif lors déficiences immunitaires, de splénomégalie, d'anémie, de diabète sucré, dans deux cas, je l'ai trouvé réactif lors de grave pathologie biliaire.

T13-L1 : Le *shu* de l'Estomac est le plus extraverti des points *shu*, il réagit très vivement lors de gastrite, de gastro-entérite, de diarrhées, de troubles dermatologiques d'origine alimentaire, de douleurs épigastriques, d'alimentation déséquilibrée.

L1-L2 : Le *shu* du Triple Réchauffeur est le reflet du parasympathique, ce point se manifeste lors de troubles chroniques respiratoires, digestifs ou génitaux. Il est utilisé en traitement pour traiter les spasmes du tube digestif.

L2-L3 : Le *shu* du Rein est réactif lors de pathologie rénale et surrénale, mais aussi lors de graves pathologies osseuses. A l'inverse de l'Estomac ce *shu* est assez discret dans ses manifestations de troubles.

L4-L5 : Le *shu* du Gros Intestin est chaud et douloureux lors de constipation, pseudo-parésies d'origine digestive, diarrhée, coliques.

L5-L6 : Un *shu* qu'on peut intituler "génital haut", ce que les chinois appellent « origines des barrières » fait référence aux affections des testicules ou des cornes utérines.

L6-L7 : Le *shu* de l'Intestin Grêle est réactif lors de volvulus, constipation, et parfois lors de pathologies utérines (aspect métamérique).

L7-S1 : Le *shu* de la Vessie est perturbé lors de cystite, lithiase vésicale et rénale, on l'utilise pour induire l'accouchement.

S1-S2 : Le *shu* de l'anneau de jade est le reflet des affections de la vulve, du vagin, de la verge, mais aussi de l'anus (ténesme), c'est le *shu* des organes desservis par le nerf honteux interne (figure 2).

Pratique

Quand ?

Chez un chien malade, la palpation des *shu* pourra éclairer les recherches sur le niveau d'atteinte de l'organisme (par exemple "interroger" l'état du rein lors de pyomètre).

Chez un chien dont la maladie est mal identifiée, on pourra préciser un diagnostic qui balance entre deux hypothèses.

Chez un chien apparemment en bonne santé, on pourra découvrir un trouble qui sourd, en effet l'acupuncture révèle et traite des déséquilibres, mais, à l'instar d'un vase qui se remplit sans avoir encore débordé, l'organisme peut être perturbé sans qu'il y ait encore une expression clinique.

Comment ?

Tout d'abord, en faisant connaissance avec l'animal, en regardant son dos pour y repérer d'éventuelles zones rouges ou dépilées, puis en le caressant pour détecter

T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	S	
T2-T3	T3-T4	T4-T5	T5-T6	T6-T7	T7-T8	T8-T9	9-T10	10-T11	11-T12	12-T13	13-L1	L1-L2	L2-L3	L3-L4	L4-L5	L5-L6	L6-L7	L7-S	S1-S2
	P	MC	C	Dia phrag me	Dia phra gme		F	F	Rte		Est	TR	Rn		GI	Gén	IG	V	AJ Anneau de jade

Figure 2. La correspondance des points *shu* et le clavier dorsal.

des zones de chaleur le long de son échine. Enfin on palpe bilatéralement, avec le pouce et le médus en "cavalier", en partant du *shu* de l'Estomac, à la jonction thoraco-lombaire, sous la masse des muscles paravertébraux contre laquelle le doigt bute lorsqu'il remonte le long de la dernière côte. On remonte ainsi jusqu'à la ceinture scapulaire, puis on effectue le même examen en partant du *shu* de l'Estomac et en descendant jusqu'au sacrum.

Interprétation

Un *shu* est réactionnel lorsqu'il est douloureux, lorsque le réflexe panniculaire est exacerbé, lorsqu'il est chaud ou rouge, lors de dépilations non parasitaires, ou de dérobade systématique de l'animal à l'approche de cette zone. Inversement on peut observer un renforcement de l'appui de l'animal contre le doigt du praticien.. Ces observations nous rappellent que les points d'acupuncture étant des voies de communication avec l'intérieur de l'organisme et la palpation d'un *shu* troublé, est déjà le début d'un traitement.

Limites de cet examen

Innocuité : La simple palpation est inoffensive. On évitera simplement de masser trop fortement les *shu* lombaires sur une chienne en gestation avancée.

Fiabilité de cet examen: les principales erreurs d'interprétation que l'on peut commettre sont dues à des douleurs somatiques locales, proche d'un *shu*. Par exemple si le chien a reçu un coup de bâton! On peut pêcher par manque de précision dans les zones où les projections d'organes ont tendance à se recouvrir comme T8-T9. Une hypersensibilité d'un *shu* n'est qu'une indication.

On aurait pu également utiliser les points *mu* ou alarme ou, pour des acupuncteurs chevronnés n'importe quel point d'acupuncture puisqu'ils sont tous en sym-pathie (étymologiquement: "qui souffre avec") avec les organes qu'il desservent.

Exercice

On repère, sur une chienne à écoulements génitaux purulents une atteinte du *shu* du Foie, du Rein, du Triple Réchauffeur et, bien sûr, de la zone de projection

génitale. A n'en pas douter le problème date déjà de plusieurs jours et l'ovario-hystérectomie ne peut attendre le lendemain, on pourra également réaliser les dosages biochimiques nécessaires pour quantifier les atteintes rénales et hépatiques. Si la seule zone réactive avait été L5-L7, vous pouviez différer de quelques heures l'intervention à votre guise.

Autres espèces

Chez le chat : la séquence de T13 à L7 est la même, mais les chats se laissent parfois moins aisément palper dans cette zone que les chiens.

Chez le cheval : on retiendra surtout le *shu* de l'Estomac dans le 6^{ème} espace intercostal en partant de la dernière côte (il y en a 18 chez le cheval), le *shu* Energétique des fluides dans le deuxième espace en partant de la dernière côte, le *shu* de l'Ovaire en L1-L2, le *shu* du Rein en L2-L3, ou le *shu* de la Vessie en L6-S1.

Conclusion

Lisons nos compagnons !

Chez l'animal les points d'acupuncture perturbés vont changer souvent de consistance, de couleur, de pilosité, de chaleur et les points *shu* du dos sont particulièrement extravertis dans ce domaine. Alors, observons, lisons nos animaux, pour trouver leur pathologie et les soulager avec les doigts, les aiguilles ou le laser. C'est aussi par les points d'acupuncture que les animaux parlent aux humains.



D^r François GONNEAU
Vétérinaire
Clinique de l'Aiguille
48, rue C F Pommies
65000 TARBES
✉ francois.gonneau@wanadoo.fr

Président honoraire du GEA (groupe d'étude en acupuncture de l'Association française des vétérinaires des animaux de compagnie AFVAC).

Chargé de cours en acupuncture vétérinaire à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse.

Thésé médaillé par la faculté de Purpan en acupuncture vétérinaire.

Auteur de nombreuses communications nationales et internationales dans ce domaine.

Références

1. Sialelli JN. Bases occidentales de l'acupuncture (Thèse) Ecole Nationale Vétérinaire Toulouse; 1997.
2. Demontoy A. Sémiologie cutanée de la douleur, Proceeding du congrès CNVSPA-1989 Dec 2-Paris
3. Molinier F. Traité d'acupuncture vétérinaire. Réédition ed Phu Xuan Paris; 2002.
4. Gonneau F. La palpation des points d'acupuncture paravertébraux du chien, application au diagnostic ; (Thèse) Ecole Nationale Vétérinaire Toulouse; 1991.

Remarques

Le livre de Molinier est la bible des acupuncteurs Canins.

La thèse de Sialelli est un ouvrage remarquable qui décrypte l'acupuncture en physiologie occidentale.

Lucile Thibaud

Lettre d'Asie, Phnom Penh

Résumé : Présentation de l'auriculothérapie au Cambodge dans le cadre du Certificat de la douleur. Ce cours post universitaire s'adressait aux médecins et infirmiers. Il était proposé par l'association « Douleurs Sans Frontières » en charge du service d'analgésie de l'hôpital Preah Keth Mealea. Ce cours théorique et pratique était présenté traduction simultanée. Nous avons fait l'analyse des difficultés rencontrées et de la réaction des étudiants. **Mots clés :** auriculothérapie - douleur -Cambodge.

Summary: Presentation of auriculotherapy in Cambodia in the context of Pain certification. This post-graduate course aimed medical doctors and nurses'public. It was proposed by "Douleurs Sans Frontieres" association, responsable of analgesic departement in Preah Keth Mealea Hospital. This theoretic and partical course was presented in simultaneous translation. We have analysed the encountered difficulties and students' reactions. **Keywords:** auriculotherapy – pain – Cambodia.

A l'automne 2003, avec le soutien d'Auriculo Sans Frontières, nous avons été accueillis à Phnom Penh, la capitale du Cambodge, par l'association Douleurs Sans Frontières (DSF) dont le siège se situe à l'hôpital Gustave Roussy à Villejuif (France).

Cette association fondée en 1995, par des médecins du service d'analgésie, s'occupe de la douleur chronique. Elle forme du personnel médical et paramédical dans le monde. Son objectif s'est focalisé sur la douleur des cancéreux, la douleur post-amputation par mutilation (mutilation par explosion de mine) ou la douleur des personnes atteintes du Sida en phase terminale.

DSF nous a proposé de faire un exposé des thérapeutiques non médicamenteuses de la douleur, dont l'auriculothérapie, dans le cadre du « Certificat de capacité de la douleur ».

Notre public était composé d'une soixantaine de médecins et d'infirmiers hospitaliers et libéraux venant des dispensaires des différentes provinces. Bien que le certificat de la douleur ne soit habituellement dispensé qu'aux médecins, nous avons une part importante de paramédicaux. Dans les villages, les infirmiers sont souvent amenés à établir des diagnostics et des traitements pour pallier l'insuffisance de médecins.

Nous avons divisé notre exposé en deux chapitres : les techniques périphériques (passant par les récepteurs périphériques) et les techniques centrales (axées sur la gestion de la douleur au niveau du cortex).

Dans les techniques périphériques, nous avons abordé le massage et l'auriculothérapie ou plutôt la neuropuncture auriculaire, comme l'appelle le Dr David Alimi.

Puis nous avons abordé les techniques corticales en utilisant des techniques de relaxation, respiration et visualisation afin d'aider les malades à mieux supporter la douleur. En ce qui concerne l'auriculothérapie, nous avons exposé l'historique et la neurophysiologie de l'oreille selon le Professeur Jean Bossy. Puis nous avons présenté les travaux d'IRM fonctionnelle démontrant la validité de la zone réflexe à l'oreille et la relation aux zones corticales cérébrales.

Nous avons expérimenté qu'en pinçant douloureusement le genou, le point réflexe de la zone du genou à l'oreille devenait douloureux et que la douleur auriculaire disparaissait lorsque la stimulation douloureuse du genou cessait. Puis nous avons expliqué que par voie réflexe en piquant le point du genou à l'oreille, nous obtenions une réaction cérébrale induisant une cicatrisation ou l'atténuation de la douleur du genou.

Nous avons fait des travaux pratiques pendant les visites du service de soins palliatif de DSF, dirigé par le Dr Om Kanthay, à l'hôpital Preah Keth Mealea. Nous sommes intervenus en auriculothérapie sur les douleurs néoplasiques terminales en posant des aiguilles semi-permanentes à l'oreille des patients (figure 1). En effet, l'auriculothérapie permet de diminuer le nombre et la prise de médicaments antalgiques [1].



Figure 1. Pose d'une aiguille semi-permanente chez une patiente cambodgienne.

Nous n'avions pas pour but de former des auriculothérapeutes mais plutôt d'informer les professionnels de santé dans le cadre du certificat de la douleur. La société Sédatelec a offert les posters de présentation des points, les boîtes d'aiguilles semi-permanentes et les palpeurs à pression pour rechercher les points réflexes douloureux (figures 2 et 3).



Figure 2. Utilisation d'un palpeur à pression.



Figure 3. Les posters de présentation des points.

Plusieurs difficultés se sont présentées :

- En premier lieu, la barrière de la langue : les termes médicaux sont dits en français mais leur explication en khmer est compliquée, car la structure linguistique de cette langue est d'origine indo-birmane, langue imagée où la notion de temps et d'abstraction est pratiquement absente.

- En deuxième lieu, la culture asiatique et la façon de réagir n'obéissent pas aux mêmes codes que les nôtres. Par exemple au Cambodge, il est mal séant de dire que l'on n'a pas compris. La seule parade est de répéter inlassablement son cours qui est en traduction cambodgienne simultanée. Il faut donc apprendre à parler lentement et ne pas hésiter à vérifier la bonne compréhension de notre enseignement en posant des questions aux étudiants.

- En troisième lieu, les bases anatomiques neurologiques et neuroembryologiques sont indispensables à la neuroacupuncture d'oreille pour que l'auriculothérapie soit totalement efficace.

Cette initiation à l'auriculothérapie a provoqué l'enthousiasme de la population médicale par cette technique qui relie le savoir neurophysiologique occidental et une technique traditionnelle qui utilise des aiguilles sans injection de médicaments. D'autre part, l'association Douleurs Sans Frontières a été intéressée par le faible coût de cette méthode thérapeutique alternative.

Puisse l'intérêt de DSF pour cette pratique non invasive et efficace entraîner une collaboration fructueuse entre la France et le Cambodge pour le bien des malades.



Dr Lucile Thibaud*
6, rue de la République
97100 basse terre (DOM)
Guadeloupe - France
☎ 05 90 25 99 52
✉ lucile@easyconnect.fr
✉ lucile.thibaud@wanadoo.fr

* Lucile Thibaud est née au Cambodge et pratique l'ostéopathie, l'acupuncture et l'auriculothérapie depuis 1988.

Référence

1. Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E, Femand-Brule S, Dubreuil-Lemaire ML, Hill C. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. J Clin Oncol. 2003 Nov 15;21(22):4120-6.

Remerciements

ASF : Auriculothérapie Sans Frontières. association à but non lucratif qui encourage la diffusion de cette technique dans le monde. Sédatelec. Société vendant le matériel spécifique de l'auriculothérapie dont le siège est à Irigny près de Lyon .



Formation : mise au point

Les *jingjin* 經筋, Méridiens Tendino-Musculaires ou Muscles des Méridiens

Jean-Marc Stéphan

Note : les caractères chinois afférents aux mots sont en caractères traditionnels. Ceux entre crochets sont en caractères simplifiés. Tous les mots chinois sont en *pinyin* exceptés pour les citations. Les points *shu* antiques sont retranscrits aussi en *pinyin* mais aussi entre parenthèse selon l'Ecole Française d'Extrême Orient (EFEO) chère à Georges Soulié de Morant.

OBJECTIF

Connaître à la lumière des Textes classiques le trajet, la structure et l'utilisation thérapeutique des *jingjin*.

Les *jingjin* [經筋] font partie des Vaisseaux Secondaires. Il s'agit de comprendre leur apparition dans la Médecine Traditionnelle Chinoise de manière épistémologique ; de connaître leur trajet ainsi que la symptomatologie occasionnée par leur atteinte ; enfin de savoir les utiliser dans des pathologies courantes.

La médecine traditionnelle chinoise considère que l'Energie (*qi* 氣 [气]) et le Sang (*xue* 血) circulent à travers un réseau reliant les régions superficielles et les régions profondes du corps : ce sont les méridiens (*jingmai* 經脈 [经脉]) et les vaisseaux secondaires (*luomai* 絡脈 [络脉]), le tout formant un système énergétique le *jingluo* 經絡 [经络].

Les méridiens sont les troncs principaux dont le *qi* et le *xue* circulent longitudinalement. Ils sont en relation avec différents méridiens secondaires leur appartenant pour former une entité en rapport en profondeur avec les organes-entrailles (*zangfu* 臟腑 [脏腑]), mais aussi en superficie avec les zones cutanées ou les zones tendino-musculaires, ou reliant un méridien *yin* à un méridien *yang* ou vice-versa.

Les Méridiens Principaux peuvent être classés en deux groupes :

- les méridiens réguliers (les douze Méridiens : *jingmai*) et les méridiens extraordinaires (les huit Méridiens Extraordinaires : *qijing bamai* 奇經八脈) encore appelés Merveilleux Vaisseaux, Méridiens Curieux ou Méridiens Singuliers selon les différents auteurs ;

- les Méridiens secondaires (*luomai*) : les *jingjin* (Méridiens Tendino-Musculaires, MTM, aujourd'hui traduits par Muscles des Méridiens) ; les *jingbie* 經別 (Méridien distincts) ; les *luomai* transversaux ; les *luomai* longitudinaux.

À la source des Textes Classiques et problématiques

Encore appelés méridiens tendino-musculaires, Muscles des Méridiens » ou « Zone tendino-musculaire des méridiens », les *jingjin* représentent une notion diversement interprétée par les auteurs occidentaux.

Notons d'ailleurs que les *jingjin* ne sont pas couramment utilisés en Chine, ni en Extrême-Orient. C'est une notion théorique apportée par Nguyen Van Nghi [1,2]. Cependant, notons que l'institut de médecine traditionnelle chinoise de Shanghai traduit par Roustan en fait état [19].

Revenons donc aux textes de base : le chapitre XIII du *Lingshu*. La traduction du titre par Chamfrault est : « Les méridiens et les muscles » ; par Schnorrenberger : « Les méridiens et les tendons » ; et pour Milsky et André : « Les tendons des méridiens » (traduction du

titre du chapitre VI du *Zhenjiu Jiayijing* qui reprend le chapitre XIII du *Lingshu*.

Selon Lara, le caractère chinois « *Tsing Tsing* » représente la notion de muscle traversé par un méridien [3]. Pour Lafont, Giraud et Taillandier, le concept de méridien tendino-musculaire est impropre car il sous-entend un système de méridiens identique au système des méridiens principaux. Ils préfèrent parler de « zone tendino-musculaire des méridiens ». En effet, ils considèrent que le méridien tendino-musculaire (MTM) correspond aux muscles squelettiques placés sous la dépendance des méridiens principaux [4,5].

De la même façon, Auteroche et Navailh précisent que les MTM représentent les muscles répartis le long des méridiens. « *Leur fonction est de relier le squelette, de maintenir la cohésion de l'ensemble du corps et de commander le mouvement des articulations* ». Pour eux, il n'existe que trois catégories de méridiens : les principaux (*jingmai*), les méridiens extraordinaires (*qijing bamai*) et enfin les méridiens distincts (*jingbie*). Les *jingjin* ne sont donc pas des méridiens [6].

Milsky et Andrès décrivent également les trajets des *jingjin* en parlant des tendons des méridiens : « *Quand le tendon de taiyang de pied est malade, on souffre de tiraillements et de douleurs au petit orteil et au talon, de spasmes et de contractions...* » [7].

« *Les méridiens ont sous leur influence les muscles qui se trouvent sur leur trajet et envoient des ramifications aux muscles environnants* » (*Lingshu*). La traduction de Chamfrault est donc à cet égard très explicite. Il ne parle absolument pas d'un nouveau réseau de méridiens. Et pourtant Chamfrault, dans son tome VI, reprend avec Nguyen Van Nghi ce système des méridiens tendino-musculaires et y développe une théorie énergétique intéressant la circulation de l'énergie *wei* 衛 [卫], les attaques par les énergies perverses *xie* et le traitement des MTM [8]. D'autres auteurs (Faubert, Guillaume, Ming Wong, Lebarbier, etc.) utilisent également ce système des MTM selon la conception de Chamfrault et Nguyen Van Nghi [9-13]. Esposito [21], plus récemment, considère que le système des *jingjin* représente « *le dispositif énergétique chargé de la transformation de*

l'énergie trophique (rong qi - ying qi) en énergie mécanique » pour le travail musculaire.

Trajet et structures

Points jing (ting) 井

Les 12 *jingjin* constituent un système circulatoire interconnecté situé dans l'espace dermo-musculaire de la couche superficielle externe des 12 *jingmai*. Tous débutent à l'extrémité des doigts et des orteils au niveau des points *jing*, longent les 4 membres, et suivent en général le trajet des méridiens principaux dont ils dépendent. Les figures 1 et 2 illustrent les trajets des *jingjin* du *shoushaoyang* 手少陽 et du *zujueyin* 足厥陰. Les trajets des différents *jingjin* ont été décrits de façon détaillée par Nguyen Van Nghi [2].

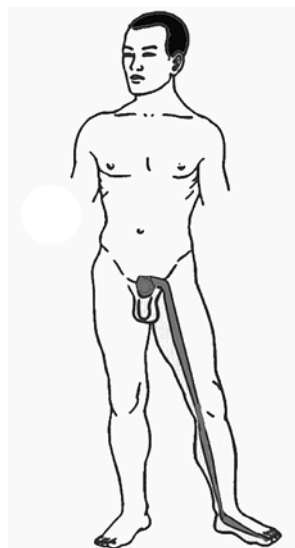


Figure 1. Trajet du *jingjin* du Triple Réchauffeur *shoushaoyang* 手少陽.



Figure 2. Trajet du *jingjin* de Foie *zujueyin* 足厥陰.

Les points d'union des jingjin

En effet, les *jingjin* sont reliés par le point ou zone de réunion ou d'union, selon leur nature et leur topographie.

Ainsi la réunion des trois *jingjin* des méridiens *yang* des membres inférieurs est située au niveau de l'os malaire, au point 18IG (*quanliao*).

La réunion des trois *jingjin* des méridiens *yang* des membres supérieurs est le 13VB (*benshen*).

Le 3VC (*zhongji*) est la réunion des *jingjin* des méridiens *jin* des membres inférieurs.

Enfin, le 22VB (*yuanye*) est celui des trois *jin* des membres supérieurs.

Le *Lingshu* [6] ne parle pas de ces zones d'union. On peut alors se référer au *Zhenjiu Jiayijing* de Huangfu Mi : « *Le tendon du taiyang de pied commence au petit orteil... et descend se nouer à la pommette...* » ; « *Le tendon du shaoyang de pied commence sur le quatrième orteil... et monte se nouer à la pommette...* » ; « *Le tendon du yangming du pied commence au troisième orteil... arrive au creux sus claviculaire et s'y noue, monte au cou et des deux côtés de la bouche, s'unit aux pommettes...* » [7].

On remarque qu'à chaque *jingjin* d'un méridien *yang* du membre inférieur, correspond une intersection commune avec les deux autres *jingjin* de la même catégorie, dans le cas présent, la pommette avec le point 18IG. Notons pour être exhaustif qu'il peut exister des divergences au niveau de certains points. Par exemple certains auteurs considèrent que le 8ES (*touwei*) est le point d'union des trois *jingjin* des méridiens *yang* des membres inférieurs à la place du 13VB [2,21], et que, à la place du 3VC, le 2VC (*qugu*) est celui des *jingjin* des méridiens *jin* des membres inférieurs [21]. D'où l'intérêt de parler des zones d'union. Effectivement on constate que les points en question sont proches l'un de l'autre, tout en sachant que certains auteurs doutent même de l'existence des ces points d'union. Néanmoins, Esposito expose bien qu'il est difficile de les nier à la vue de la biomécanique moderne [21].

Utilisation thérapeutique

Selon Nguyen Van Nghi : « *En cas d'atteinte par l'énergie perverse, celle-ci emprunte les capillaires pour atteindre les méridiens tendino-musculaires. Lorsque l'énergie Oé (défensive) n'est pas assez puissante, c'est-à-dire lorsqu'elle se trouve en état de vide, l'énergie perverse pénètre dans les méridiens principaux et gagne les organes* » .

Les troubles des *jingjin* ont pour symptômes caractéristiques la contracture et la douleur sur leur trajet.

Les énergies perverses (*xie* 邪), (le vent, le froid, l'humidité, la chaleur) pénètrent tout d'abord dans

les *jingjin* et vont entraîner un état de plénitude énergétique alors que le méridien principal se trouve en état de vide.

Ensuite le *xie*, dans un second temps et après avoir séjourné dans le *jingjin*, passe dans le méridien principal en y provoquant la plénitude tout en laissant le *jingjin* en vide.

En cas de plénitude du MTM, on disperse l'énergie perverse au niveau des points douloureux du MTM et tonifie le méridien principal.

« *Tous les méridiens ont des vaisseaux secondaires qui les relient à l'épiderme. Quand on est atteint par l'énergie perverse, celle-ci passe d'abord dans les vaisseaux secondaires pour pénétrer ensuite dans les méridiens, les organes, ou pour séjourner dans les muscles et les os... Quand les vaisseaux secondaires sont en plénitude et le méridien en vide, il faut faire des moxas au inn (au méridien) et puncturer le yang (aux vaisseaux secondaires). Quand le méridien est en plénitude et les vaisseaux secondaires en vide, il faut puncturer le Inn (le méridien) et faire des moxas au yang...* » (Suwen chapitre LVI, « l'épiderme ») [14].

« *L'énergie perverse pénètre en premier lieu dans les méridiens tendino-musculaires qui sont les plus superficiels des méridiens. Elle gagne ensuite des points ting (jing 井), qui sont des points de Grande Réunion des Énergies inn et yang (Nei King) sur les méridiens Principaux. Elle passe ensuite aux points iu (shu 輸 [輸]) qui correspondent à l'énergie extérieure. C'est à ces points iu que l'on peut toucher l'Énergie perverse...* » [8].

Ainsi donc, de nombreux auteurs préconisent de puncturer les points *jing* (*ting*) et *shu* (*iu*) dans toutes les atteintes par le *xie*.

Point de tonification du méridien principal

On utilise la règle Mère-Fils. Cette théorie permet ainsi de déterminer des points de tonification et de dispersion en fonction de la saison. Les points de tonification et de dispersion habituellement utilisés ne le sont qu'en fonction de leur mouvement et sont en relation directe avec le point racine *ben* (*penn*) qui représente le point élément dans le mouvement même. La mère tonifie, le fils disperse. De ce fait, ces points sembleraient n'être

réellement efficaces que dans leur mouvement. Intérêt donc de la théorie des points saisonniers qui montre que l'activité énergétique des points varie selon la saison au cours de laquelle le patient est traité [15,20].

Ainsi prenons l'exemple d'une plénitude de Rein (mouvement eau) à traiter en hiver (mouvement eau). Il faut disperser le Fils. Le Fils de l'élément eau est l'élément bois. D'où le point dispersant du Rein en hiver est le point *jing (ting)* soit le 1Rn ; point tonifiant la Mère : 7Rn (figure 3).

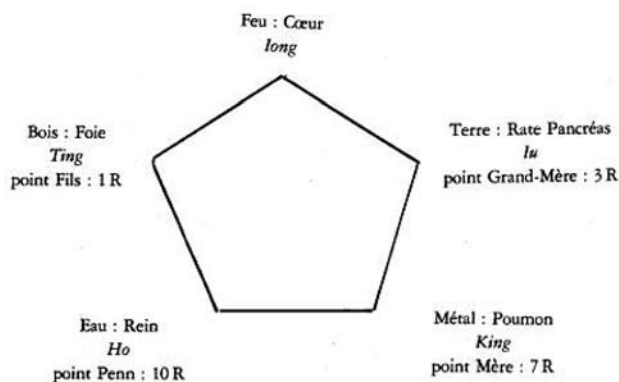


Figure 3. Règle mère-fils dans la recherche du point de tonification du Rein en hiver.

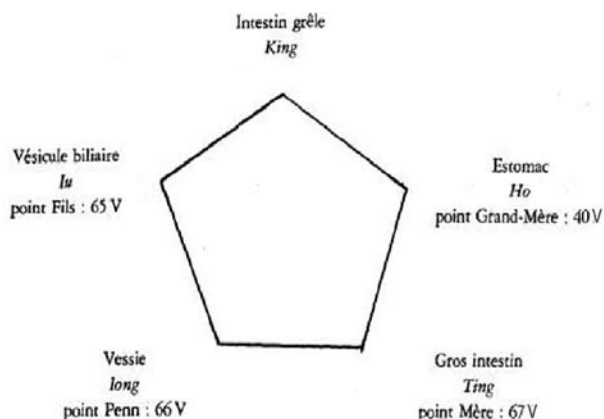


Figure 4. Le point *jing* des Entrailles est au mouvement Métal. Ici 67V sera le point de tonification en hiver mais point dispersant durant la 5^{ème} saison.

De la même façon, un vide de Poumon vu en été (mouvement feu) sera traité en tonifiant cette fois la Mère, c'est-à-dire le bois. Piquer donc le point *jing (ting)* du poumon: 11P, point tonifiant saisonnier. Au printemps, le point de tonification de Vessie sera le 66V et non le 67V, tout comme celui-ci sera dispersant à la 5^{ème} saison (figure 4).

Puncturer les points jing (ting)

Selon la théorie des 5 éléments, le point *jing* des organes correspond au mouvement Bois et le point *jing* des entrailles correspond au Métal (figure 3 et 4). Le point *jing (ting)* est le point de départ de l'énergie *wei* dans les *jingjin*. C'est aussi un « carrefour de l'énergie » *yin* et *yang* [16].

Puncturer les points shu (iu)

Le point *iu* est le « point d'embarquement de l'Énergie perverse » [8] et doit être utilisé dans les maladies des articulations, des os et des muscles [16].

Puncturer les points jing 經 [经] et hé 合

Il faut puncturer le point *jing (king)* si le *jingjin* est de nature *yin*, le point *he (ho)* si le *jingjin* est de nature *yang*. Les points *jing (king)* ont un rôle considérable dans le traitement des affections liées au *xie*. Chamfrault insiste sur leurs rôles de débarquement de l'énergie perverse [8]. « C'est le point de concentration et d'arrêt de l'énergie » pour Nguyen Tai Thu [16].

« Le point king attire l'Énergie perverse vers le passage dans un méridien principal dont le point *iu*, de son côté, assure la dispersion » [8]. Les points *he* sont les points d'entrée et de sortie de l'Énergie. Ils permettent de relier l'Intérieur à l'Extérieur.

Selon la loi des 5 éléments, le point *he* va correspondre à l'humidité pour les méridiens *yang*. Le puncturer permettra d'évacuer cette énergie perverse, tout comme le point *iu* le fera pour les méridiens *yin*. Par ailleurs, n'oublions pas que pour les méridiens *yang*, les points *iu* sont des points « vent » qui permettent de chasser l'humidité en utilisant le cycle de domination *ge (ke 克)*. Le tableau I ci-dessous récapitule les différents point *shu* antiques, points de tonification et dispersion selon la saison.

Puncturer les points d'union des jingjin

On utilisera systématiquement les points de réunion précédemment décrits.

Tableau I. Les points *shu*, points de tonification et dispersion selon la saison.

Organes	<i>jing (ting)</i>	<i>rong (iong)</i>	<i>shu (iu)</i>	<i>jing (king)</i>	<i>he (ho)</i>
Foie	1F	2F	3F	4F	8F
Cœur	9C	8C	7C	4C	3C
Maître du cœur	9MC	8MC	7MC	5MC	3MC
Rate-Pancréas	1RP	2RP	3RP	5RP	9RP
Poumon	11 P	10P	9P	8P	5P
Rein	1R	2R	3R	7R	10R
Tonification	été	5 ^{ème} saison	automne	hiver	printemps
Dispersion	hiver	printemps	été	5 ^{ème} saison	automne

Viscères	<i>jing (ting)</i>	<i>rong (iong)</i>	<i>shu (iu)</i>	<i>jing (king)</i>	<i>he (ho)</i>
Vésicule Biliaire	44VB	43VB	41VB	38VB	34VB
Intestin Grêle	1 IG	2IG	3IG	5IG	8IG
Triple Foyer	1TR	2TR	3TR	6TR	10TR
Estomac	45E	44E	43E	41E	36E
Gros Intestin	1 GI	2GI	3GI	5GI	11 GI
Vessie	67V	66V	65V	60V	40V
Tonification	hiver	printemps	été	5 ^{ème} saison	automne
Dispersion	5 ^{ème} saison	automne	hiver	printemps	été

Agir sur les points ashi (points centre-douleur)

L'intérêt de puncturer les points de réunion est de stopper l'énergie perverse et de l'empêcher de gagner les deux autres zones tendino-musculaires couplées.

Les tableaux 3 et 4 récapitulent le traitement complet des *jingjin* en fonction d'une plénitude ou d'un vide de la zone tendino-musculaire.

Tableau 3. Traitement d'une plénitude de la zone tendino-musculaire.

Plénitude de la zone tendino-musculaire

1. piquer le point de tonification du méridien principal selon la saison.
2. piquer le point *jing (ting)*.
3. piquer le point *shu (iu)*
4. piquer - le point *jing (king)* si le *jingjin* est de nature *yin* ; - le point *he (ho)* si le *jingjin* est de nature *yang*.
5. piquer le point d'union des *jingjin*.
6. disperser les points « *ashi* » de la zone douloureuse.

En cas de vide du MTM, c'est l'inverse : moxer les points douloureux (points *ashi*) du MTM et disperser le méridien principal.

Tableau 4. Traitement d'un vide de la zone tendino-musculaire.

Vide de la zone tendino-musculaire

1. piquer le point de dispersion du méridien principal.
2. piquer le point *jing (ting)*.
3. piquer le point *shu (iu)*
4. piquer - le point *jing (king)* si le *jingjin* est de nature *yin*,
- le point *he (ho)* si le *jingjin* est de nature *yang*.
5. piquer le point d'union.
6. moxer les points « *ashi* » de la zone douloureuse.

Application thérapeutique

Sans être exhaustif, voici quelques indications thérapeutiques du traitement par les *jingjin*.

- Syndrome du canal carpien [17]
- Périarthrite scapulo-humérale [18]
- Névralgie cervico-brachiale
- Épicondylite
- Rhizarthrose du pouce
- Maladie de Dupuytren
- Sciatique de type L5 ou S1
- Cruralgie
- Tendinite calcanéenne (talalgie), etc.



Dr Jean-Marc Stéphan
jm.stephan@acupuncture-medicale.org

Secrétaire Général de l'ASMAF-EFA
Co-directeur de la revue Acupuncture
& Moxibustion Membre du Collège
Français d'Acupuncture (CFA)
Médecin acupuncteur attaché au CH
de Denain

Attaché d'enseignement à la faculté de médecine de Lille
(AUEC d'acupuncture obstétricale)

Références

1. Nguyen VN. Pathogénie et pathologie énergétique en médecine chinoise. Marseille: Don Bosco; 1971.
2. Nguyen VN. Méridiens tendino-musculaires (*jingjin*). Revue Française de Médecine traditionnelle chinoise. 1991;148:159-76.
3. Lara J. Les problèmes musculaires traités dans le So-Ouenn. La revue française de médecine traditionnelle chinoise. 1987;122:154-163.
4. Lafont JL, Giraud JP, Taillandier J. Les muscles et les méridiens. Revue Française d'acupuncture. 1986;46:17-31.
5. Taillandier J. Les muscles et les méridiens, l'appareil locomoteur. La revue des séminaires d'acupuncture de l'AFERA, Nîmes 1985;1:43-62.
6. Auteroche B, Navailh P. Le diagnostic en médecine chinoise. Paris: Maloine; 1983.
7. Huangfu Mi, Milsky C, Andrès G. *Zhenjui jiyijing*. Les tendons des méridiens. Revue française d'acupuncture. 1987;50:45-60.
8. Chamfrault A, Nguyen VN. Traité de médecine chinoise: L'énergie humaine en médecine chinoise. tome 6. Angoulême: éd. Chamfrault; 1981.
9. Faubert A. Traité didactique d'acupuncture traditionnelle. Paris: Trédaniel; 1977.
10. Guillaume G, Mach Chieu. Rhumatologie (2 volumes). Paris: La Tisserande; 1990.
11. Lebarbier A. Acupuncture pratique. Moulin-les-Metz: Maisonneuve; 1975.
12. Ming Wong. Ling Shu, base de l'acupuncture traditionnelle chinoise. Paris: Masson; 1987.
13. Simatos Salva ME. Réflexions sur l'existence des méridiens tendino-musculaires. Contrepoint. Bulletin de la société d'acupuncture et de stimulothérapie de Toulouse. 1987;23:22-27.
14. Chamfrault A. Traité de médecine chinoise: Les livres sacrés de médecine chinoise, tome 2. Angoulême: éd. Chamfrault; 1981.
15. Borsarello JF. Acupuncture. 4è ed. Paris: Masson; 1997.
16. Nguyen TT, Lafont JL. Utilisation thérapeutique des points *shu*. Méridiens. 1983;61-62:145-157.
17. Stéphan JM. L'acupuncture dans le syndrome du canal carpien. Rôle du *jingjin* du Maître du Cœur. Méridiens. 1997;108:181-192.
18. Stéphan JM. Intérêt du traitement acupunctural du *jingjin* de *shouyangming* dans la périarthrite scapulo-humérale. Méridiens. 1992;97:109-133.
19. Roustau C. Traité d'acupuncture tome 3. Paris: Masson; 1984.
20. Stéphan JM. Traitement informatique de la théorie des *Zi Wu Liu Zhu* associée à celle des points saisonniers. Application aux techniques thérapeutiques des *Jing Jin*, des *Jing Bie* et à la méthode de Yanagiya Sorei. Méridiens. 1991;93:15-63.
21. Esposito B. La physiologie des vaisseaux tendino-musculaires (*jingjin*). Acupuncture & Moxibustion. 2004 ;3(1),11-16.

Mes remerciements à Pierre Dinouart pour l'insertion des caractères chinois.



FA.FOR.MEC infos

Agenda des congrès et séminaires de formation médicale

AVRIL 2007

09 avril : Paris

EEA : Les *hun* et les *po*.

20-21 avril : Nîmes

AFERA : Applications de l'acupuncture en pédiatrie. Les points *huang*.

20-21 avril : Aix-en-Provence

EEA : Comment dire le corps en chinois ? Corps et souffles.

21 avril : Clermont-Ferrand

AMAC : Vertiges, acouphènes, migraines, troubles de la mémoire, tics, ostéopathie et neurologie, 20VB.

28 avril : Paris

CdA : Décision du centre Vésicule Biliaire, *zhongzheng*.

MAI 2007

12-13 mai : Paris

APEMECT : Qi gong de la femme (*nu zi qi gong*).

JUIN 2007

01-02 juin : Paris

AFA-ADAO : *Shao yin* dans tous ses états et plus particulièrement dans celui de la grossesse.

01-03 juin : Barcelone

ICMART: Acupuncture, art, preuve et défis.

09 juin : Marseille

GERA : ateliers de formation pratique à partir de publications scientifiques (rhumatologie).

10 juin : Bobigny

AFMC APN : Dermatologie.

12 juin : Chambéry

AMA74 : EPP acupuncture 1^{re} séance : modalité groupe de pairs sans référentiel.

15-16 juin : Barcelone

AFERA : Intervenant catalan. Endocrinologie.

15-16 juin : Paris

AFA : Les points (74^{ème} séminaire).

16 juin : Nantes

FMC-RDAO : Acupuncture et psychiatrie.

29-30 juin : Bordeaux

AFA : Étude des points de *zushaoyang*.

SEPTEMBRE 2007

12 septembre : Chambéry

AMA74 : EPP acupuncture 2^{ème} séance.

14-15 septembre : Nîmes

AFERA : Médecine et écologie. Fibromyalgie. EPP.

29 septembre : Alby sur Chéran

I2F : La bouche, mouvement vers l'interne.

29 septembre : Marseille

GERA : Ateliers de formation pratique à partir de publications scientifiques (obstétrique).

OCTOBRE 2007

05-06 octobre : Paris

EEA : Le triple réchauffeur. Dynamique du *shaoyang* de main.

06 octobre : Saint-Etienne

AMAC-AMARRA : Gynécologie (séminaire d'automne).

09 octobre : Chambéry

AMA74 : EPP acupuncture 3^{ème} et dernière séance : validation EPP.

12, 13 et 14 octobre : Île de Ré

AFA : Les liquides organiques, *jinye* (congrès annuel).

19-20 octobre : Nîmes

AFERA : Journée d'obstétrique. MC, Sang et émotions.

21 octobre : Paris

EEA : La symbolique des nombres en chinois classique.

NOVEMBRE 2007

09-10 novembre : Paris

AFA : Les points (75^{ème} séminaire).

XI^e congrès FAFORMEC PARIS

30 novembre
et 1^{er} décembre 2007

Les 7 orifices de la tête,
Maladies ORL
et ophtalmologiques
en médecine chinoise

DÉCEMBRE 2007

14-15 décembre : Nîmes

AFERA : Les points de croisement. Les saveurs. Carnet de voyage.

FÉVRIER 2008

01-02 février : Nantes

EEA-FMC-RDAO : Physiopathologie de la femme.

MARS 2008

01 mars : Alby-sur-Chéran

I2F : Les souffles.

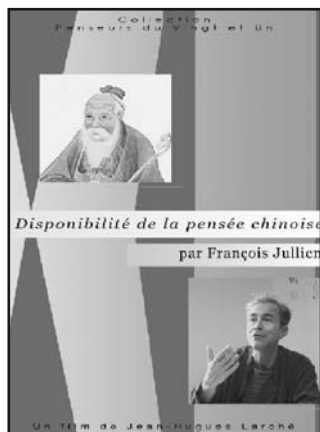
15 mars : Paris

ASMAF-EFA : Échanges George Soulié de Morant : Acupuncture, Auriculo-Acupuncture et NeuroSciences : des Laboratoires à nos Consultations Médicales.

Contacts

	AFA : Association Française d'Acupuncture 7 rue Marius - 13100 Aix-en-Provence ☎ 04 42 52 59 07 ✉ afa.qibo@gmail.com
	AFERA : Association Française pour l'Etude et la Recherche en Acupuncture ☎ 04 66 76 11 13 ☎ 04 66 76 06 17 ✉ afera@wanadoo.fr http://www.afera.org
	AMA74 : Association des Médecins Acupuncteurs de Haute-Savoie ☎ 04 50 37 82 10 ☎ gerard.berling@free.fr
	AMAC : Association Médicale d'Acupuncture du Centre D ^r Alain Schmidt ☎ 04 73 70 21 79 ☎ 04 73 70 24 60 ✉ schmidtalain@club-internet.fr
	AMERRA : Association des Médecins Acupuncteurs de la région Rhône-Alpes D ^r Evelyne Berthet ☎ 04 78 42 54 50 ✉ evelyne.berthet@wanadoo.fr
 發展促進協會 歐洲中醫藥	APEMECT : Association pour la Promotion Européenne de la Médecine Chinoise Traditionnelle M ^{me} Annick Ronné Le Verre ☎ 01 47 34 86 30 ✉ arlv@wanadoo.fr
	ASMAF-EFA : Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France - Ecole Française d'Acupuncture ☎ 01 42 73 37 26 ☎ 01 40 65 94 89 http://www.meridiens.org ✉ jmstephff@aol.com
	CDA : Association Connaissance de l'Acupuncture 44 avenue de Suffren, 75015, Paris - http://www.cdacupuncture.com/ ✉ anita_buy@hotmail.com , ✉ jclaudedubois@hotmail.com
	EEA : Ecole Européenne d'Acupuncture ☎ 0 877 00 04 15 ✉ e.e.a.@chello.fr http://www.acupuncture-europe.org
	FAFORMEC : Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue ☎ 02 40 48 26 31 ☎ 02 51 82 06 86 - http://www.acupuncture-medic.com Comité d'organisation de l'OCNA PARIS 2007 - Président : Denis Colin : ✉ drdcolin@wanadoo.fr - Secrétaire : Eric Kiener : ✉ ekiener@ifrance.com - Trésorière : Florence Phan-Choffrut : ✉ phan-choffrut@wanadoo.fr
	FMC-RDAO : Association de Formation Médicale Continue et de Recherche pour le Diplôme d'Acupuncture de l'Ouest D ^r Bernard Maire ☎ 02 40 80 62 07 ☎ 02 40 80 57 10 ✉ mairie.bernard@wanadoo.fr
	GERA : Groupe d'Etude et de Recherche en Acupuncture ☎ 04 96 17 00 30 ☎ 04 96 17 00 31 ✉ goret.olivier@wanadoo.fr
	ICMART ☎ +34 933 238 573 - ☎ +34 934 511 870 ✉ icmart2007@activacongresos.com
	I2F : Institut des 2 Fleuves D ^r Emmanuel Escalle - ☎ / ☎ 04 50 95 56 05 ✉ les2fleuves@chello.fr

Livres / dvd reçus



DISPONIBILITÉ DE LA PENSÉE CHINOISE

François Jullien

Bordeaux : Larché Jean-Hugues édit.,
2006, coll. penseurs du vingt et un
DVD Pal, couleur, 110 mn, 18 €

Voici un moyen de passer un long moment (110 min) en compagnie de François Jullien. Ce DVD, dont l'idée est due à Jean-Hugues Larché, bouquiniste bordelais, curieux de philosophie, de pensée, est disponible à l'adresse de ce promoteur 4 rue Castelnau d'Auros à Bordeaux, téléphone : 0556524074.

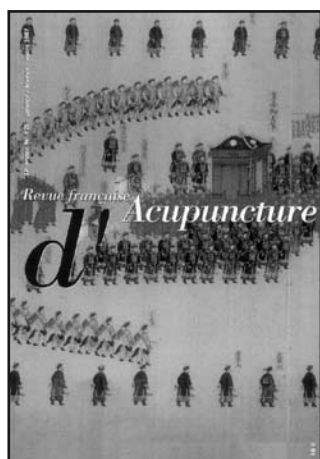
Le DVD permet de voir François Jullien traiter plusieurs sujets. De l'entendre (il parle peu dis-

tingement) disserter sur : la stratégie de l'oblique, l'ouverture du sage chinois, l'expérience de l'occident, la sinologie et ses précurseurs, la triple pratique du Lettré, la grande image et enfin sur la notion de temps dans un dernier exposé : le "temps" pour vivre.

Le DVD possède un bonus : 4 termes chinois, 2 commentaires de Zhuang Zi, de la réplique de François Jullien (visant Jean-François Billeter) et d'un exposé intitulé le Saint / le Sage. Il existe aussi une bibliographie.

Qui s'intéresse à la pensée chinoise se doit de posséder ce DVD. Regardez-le et écoutez-le sur un bon lecteur ou la TV du fait de la voix faible et de la diction de François Jullien.

Pierre Dinouart



REVUE FRANÇAISE D'ACUPUNCTURE

33^e année, n° 129

Janvier, février, mars 2007

Éditorial : Trajectoire « *L'acupuncture a évolué selon une remarquable histoire, une trajectoire unique en Europe. [...] La trajectoire s'élevait, et se rapprochait de l'organisation des autres spécialités médicales, désignant ainsi aux structures institutionnelles médicales des interlocuteurs de plus en plus représentatifs de la profession. [...] Quelles sont les forces de cette trajectoire ? D'abord le regroupement, puis le regroupement et encore le regroupement. Puis la collégialité à tous les niveaux, même si cela peut paraître lourd à certains et peu valorisant pour certaines individualités. [...] A ce jour s'impose la réflexion sur la trajectoire à venir. Soit nous en sommes au point le plus haut, ce qui veut dire que la suite sera la chute. Soit nous cherchons une nouvelle phase de trajectoire ascendante, un nouvel étage de fusée. [...] Quelles pourraient être les préoccupations de cette nouvelle phase ? Nos structures seront fortes tant que chacun de nous en respectera*

les règles. Et elles seront fortes tant qu'il y aura de la production (collections d'ouvrages professionnels ou grand public, congrès, débats ou séminaires européens, travaux de recherche). [...] Oser changer de regard. Oser sortir du cadre Oser imaginer. [...] C'est cette capacité à nous remettre en mouvement, dans un grand mouvement que je nous souhaite à tous pour cette année du Cochon de Feu. Pour que s'épanouisse cette acupuncture que nous aimons tous... » Christian Rempp[†].

Études :

Nicole Thurière : Le grand luo de la rate : « *Da bao, le grand luo de la rate conjugue donc une ambiance rate indiscutable [...]. Mais avec une ambiance forte du jueyin et du shaoyang.* »

Gilles Andrès : La ménopause, sa signification à travers ses aspects physiologiques, pathologiques et thérapeutiques : « *La ménopause n'est pas une maladie, mais une étape dans la vie d'une femme qui survient à un moment particulier [...]. C'est un passage critique qui voit la fin d'une période yin de fécondité [...] à une nouvelle tranche de vie plus yang [...]. Les mécanismes en jeu font intervenir le souffle des reins et le jing (essence) ainsi que les méridiens extraordinaires, tout particulièrement ren mai et chong mai. [...]* »

Jean-Yves Le Rol : « Autour des lombes ... *yao-wei* » : pathologie des lombes dans le suwen 41 (suite).

Traduction :

Constantin Milsky, Gilles Andrès : *Lingshu*, chapitre 4 : « Souffles pervers, organes, entrailles et symptômes objectifs des maladies » (suite).

Vie des points :

Jean-Marc Kespi : Quel est votre diagnostic ?

Gilles Cury : Le point du jour : *nao shu* (10IG).

Actualités :

Livres : L'esprit de l'aiguille. L'apport du *yi jing* à la pratique de l'acupuncture (M. Vinogradoff) - Nez, gorge, oreille en médecine traditionnelle chinoise (B. Cygler) - La symbolique des nombres dans la Chine traditionnelle (E. Rochat de la Vallée).

Revue des revues : A & M Vol. 5, numéro 4.

D' Florence Phan-Choffrut

✉ phan-choffrut@wanadoo.fr



Figure extraite du *Zhen Jiu Da Cheng* édition de 1680 (3^e édition)
tong shen cun fa "le cun, unité de mesure individuelle"

Acupuncture & Moxibustion

revue indexée dans la base de données Pascal (INIST-CNRS)

✠ Directeurs

Olivier Goret (La Garde)

✉ olivier-goret@acupuncture-medicale.org

Jean-Marc Stéphan (Haveluy)

✉ jm.stephan@acupuncture-medicale.org

✠ Rédacteurs en chef

Pierre Dinouart-Jatteau (Bordeaux)

✉ pierre.dinouart@acupuncture-medicale.org

Johan Nguyen (Marseille)

✉ johan.nguyen@acupuncture-medicale.org

Florence Phan-Choffrut (Pantin)

✉ f.phan-choffrut@acupuncture-medicale.org

Christian Rempp (Strasbourg)

✉ christian.rempp@acupuncture-medicale.org

Laurence Romano (Nîmes)

✉ laurence.romano@acupuncture-medicale.org

Patrick Sautreuil (Le Vésinet)

✉ patrick.sautreuil@acupuncture-medicale.org

✠ Comité éditorial

Robert Hawawini (Chantilly)

Eric Kiener (Paris)

Nguyen Trong Khanh (Toulouse)

Claude Pernice (Aix-en-Provence)

Marc Piquemal (Asuncion, Paraguay)

Yves Rouxville (Lorient)

✠ Comité de rédaction

David Alimi (Alfortville)

Philippe Castéra (Bordeaux)

Denis Colin (Paris)

Jean-Marc Eysallet (Paris)

Bruno Esposito (Ferrare- Italie)

Jean-Louis Lafont (Nîmes)

Christian Mouglalis (Nantes)

Elisabeth Rochat de la Vallée (Paris)

Henning Strom (Arcachon)

Patrick Triadou (Paris)

Henri Truong Tan Trung (St Orens)

Les opinions exprimées dans la revue n'engagent que leurs auteurs.

MÉRIDIENS

revue française de
**médecine
traditionnelle chinoise**
le mensuel du médecin acupuncteur

Acupuncture & Moxibustion

27, Bd d'Athènes,

F-13001 Marseille

☎ 04.96.17.00.31

www.acupuncture-moxibustion.org

ISSN 1633-3454

SIRET 451 817 910 00024

N° commission paritaire : 0307 G 86266

Imprimerie : Media Atelier Méditerranée,
36, rue Falque - 13006 Marseille
Conception Graphique :
Olivier Martin - Tél. : 04 91 46 97 80

Dépôt légal : Décembre 2006.

La revue Méridiens est issue du Bulletin de la Société d'Acupuncture créé en 1950 par les Docteurs Khoubesserian et Malapert, et la Revue d'Acupuncture, organe de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France.

Le Docteur Didier Fourmont, fondateur de la Revue Méridiens en 1968, en a été le Directeur de la Publication jusqu'en 1997, date à laquelle lui a succédé le Docteur Jean-Claude Du-bois. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 115 (dernier semestre 2000).

Le Mensuel du Médecin Acupuncteur a été créé en 1973 par Nguyen Van Nghi, avec comme premier rédacteur en chef Albert Gourion. En 1982 le Mensuel du médecin acupuncteur est devenu la revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 188 (dernier trimestre 2000).

Abonnements

France et étranger

Prix du numéro

25 €

Tarif individuel

70 €

Institution

100 €

Tarif réduit ^{(1) (2) (3) (4)}

50 €

(1) Membres des associations partenaires (AFERA, ASMAF-EFA, FMCRDAO, GERA, GLEM, INVN, SAA, SMP) : abonnement facultatif collecté par les associations.

(2) Etudiant du DIU d'acupuncture (joindre justificatif).

(3) Sage-femmes (joindre justificatif).

(4) Médecins retraités (joindre justificatif).