



Institut d'Ostéopathie de Rennes
Département des mémoires
Session Juin 2015

Approche réflexe en Ostéopathie : Les cartographies antérieures à point nommé

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathe
Présenté par Fabien LE MAUR

Tuteur Pédagogique : Simon CHAPALAIN, Ostéopathe DO

Année Universitaire 2014/2015

Attestation de non plagiat

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Ostéopathe est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 30 Avril 2015

LE MAUR Fabien

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie l'institut d'ostéopathie de Rennes et plus particulièrement Madame BOURGIN et l'ensemble du corps enseignant pour la qualité de leur suivi, leur dévouement et leur disponibilité.

A mon tuteur, Simon CHAPALAIN, pour ses conseils et son aide précieuse. Sans lui, ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

A Sébastien PAPAILHAU, pour son approche et son enseignement de l'ostéopathie.

A ma famille, pour leur soutien au cours de ces cinq années.

A Antoine ROBERT, qui a su me motiver dans les moments d'interrogations.

A mes amis, mes proches, qui ont contribué à leur manière à mon développement personnel.

« Je veux que ce soit compris que je considère le traitement des effets étant comme aussi déplacé que cela pourrait l'être pour un pompier de la ville de combattre la fumée sans porter d'attention à la cause qui la produit. »¹

(Andrew Taylor STILL)

¹ A.T. STILL. *Osteopathy Research and Practice*. p.2.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Remerciements..... | 3 |
| Sommaire | 5 |
| Introduction..... | 6 |
| Chapitre 1 : Andrew Taylor STILL et l'ostéopathie..... | 7 |
| 1.1 Historique..... | 7 |
| 1.2 Les principes de l'ostéopathie..... | 9 |
| Chapitre 2 : Irvin KORR et la facilitation médullaire..... | 13 |
| 2.1 Historique..... | 13 |
| 2.2 L'aspect neurologique de la lésion ostéopathique | 13 |
| 2.3 Interprétation ostéopathique | 16 |
| 2.4 Conclusion | 17 |
| Chapitre 3 : Les auteurs | 18 |
| 3.1 Généralités | 18 |
| 3.2 Le périoste de Paul VOGLER | 19 |
| 3.3 KNAP ou l'homme aux quatre-vingt métiers | 24 |
| 3.4 CHAPMAN, un précurseur..... | 28 |
| 3.5 Henri JARRICOT | 32 |
| Etude des cartographies | 35 |
| Chapitre 5 : Matériel et méthode | 35 |
| 5.1 Matériel..... | 35 |
| 5.2 Méthode | 36 |
| Chapitre 6 : Résultats | 37 |
| 6.1 Cartographie..... | 37 |
| 6.2 Résultats d'analyse | 38 |
| 6.3 Zone thoracique sus-diaphragmatique | 38 |
| 6.4 Zone sous-diaphragmatique | 50 |
| 6.5 Zone du bassin | 62 |
| Chapitre 7 : Discussion | 73 |
| 7.1 Généralités | 73 |
| 7.2 L'observation | 73 |
| 7.3 L'interrogatoire | 74 |
| 7.4 Les tests ostéopathiques..... | 75 |
| 7.5 Le traitement ostéopathique..... | 76 |
| Chapitre 8 : Conclusion | 77 |
| Références et Index | 79 |
| Table des Figures | 79 |
| Références Bibliographiques | 81 |
| Table des Matières | 83 |

Introduction

Andrew Taylor STILL ne pouvait imaginer lors du fondement de l'ostéopathie que cette approche novatrice allait être la source d'innombrables recherches fidèles à son enseignement.

L'approche réflexe, dont l'efficacité n'est plus à démontrer est pourtant peu utilisée par les praticiens ostéopathes. Née de l'époque contemporaine de STILL, cette pratique n'a cessé d'évoluer au cours du XX^{ème} siècle et nous a laissé pour héritage de nombreuses cartographies. Ces supports visuels nous permettent d'apporter à l'ostéopathie un véritable outil de diagnostic et de traitement.

Ces références incontournables présentent des contenus différents en lien avec l'histoire, la pratique et la sensibilité de chaque auteur. Cette observation induit une question évidente à laquelle je devais répondre : existe-t-il des points communs entre ces cartographies ?

Afin de répondre à cette problématique, je devais réaliser préalablement un important travail bibliographique et ce mémoire doit beaucoup aux enseignements de Robert PERRONNEAUD-FERRE dans « *Techniques réflexes en ostéopathie* ». Toutefois une telle étude exigeait également des recherches en physiologie et anatomie afin d'y apporter une approche scientifique.

En m'appuyant sur des recherches historiques et bibliographiques, nous verrons dans un premier temps les concepts ostéopathiques et les bases physiologiques indispensables au praticien avant d'introduire les travaux de Paul VOGLER, Georgia KNAP, Frank CHAPMAN et Henri JARRICOT.

A l'aide de l'outil informatique, j'ai superposé l'ensemble des cartographies antérieures afin d'observer les analogies. Dans un second temps, nous analyserons les résultats de cette étude illustrés par des planches anatomiques.

Il est difficile dans cette recherche de ne réaliser qu'une étude sur les points communs des cartographies c'est pourquoi dans un dernier temps, nous verrons comment intégrer l'approche réflexe dans un traitement ostéopathique.

Le but de cette étude est d'analyser différentes cartographies réflexes et d'en extraire les points communs. En aucun cas, cela ne permet de simplifier cette pratique au quotidien mais d'apporter une composante utile à une vision holistique de l'ostéopathie réflexe.

CHAPITRE 1 : ANDREW TAYLOR STILL ET L'OSTEOPATHIE

1.1 Historique

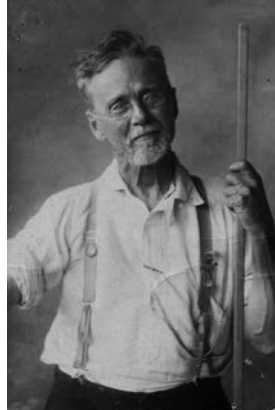


Figure 1 : Andrew Taylor STILL

C'est au cours du XIX^{ème} siècle, qu'un homme, Andrew Taylor SILL, a peu à peu mit en place une nouvelle approche médicale. Les Etats-Unis étaient à cette époque composés de 24 états situés à l'Est², l'Ouest étant occupé par les indiens d'Amérique.

Né le 6 Août 1828 à Jonesville en Virginie, Andrew Taylor STILL grandit dans le Missouri, à la frontière entre le grand Ouest et les états de l'Est. Ce contexte historique et géographique lui permit de faire le lien entre la culture indienne, proche de la nature et de ses ressources, et celle des pionniers, à la conquête de nouveaux territoires. C'est aussi la période de l'esclavagisme qui a séparé les états du sud agricoles pro-esclavagistes et les états du sud industriels anti-esclavagistes, faisant naître les premiers conflits et la guerre de sécession³. STILL y prit part du côté nordiste en tant que soldat, médecin et chirurgien.

Il apprit la médecine en pratiquant avec son père auprès des indiens Shawnees dont il a la charge. Ce conflit lui fit prendre conscience des limites de la médecine à guérir les malades et blessés traumatisés. Une constatation qui viendra se renforcer suite au décès de trois de ses enfants d'une méningite cérébro-spinale en 1865. Dès lors, il accentua ses recherches afin de trouver une méthode permettant de soigner plus efficacement et se plonge dans l'étude approfondie du corps humain.

² Les États-Unis d'Amérique comptent depuis 1959, cinquante états.

³ La guerre de sécession (1861-1865) opposa les États-Unis d'Amérique dirigés par Abraham Lincoln et les états confédérés d'Amérique de Jefferson Davis.

De 1870 à 1874, il expérimenta cette nouvelle approche médicale en guérissant par exemple un enfant atteint de dysenterie, maladie infectieuse du côlon.

Il lui fallait trouver les fondements et concepts propres à cette pratique. Au terme de cette réflexion, il déclara le 22 Juin 1874 :

« Ma science où ma découverte naquit au Kansas à l'issue de multiples essais, réalisés à la frontière, alors que je combattais les idées pro-esclavagistes, les serpents et les blaireaux puis, plus tard, tout au long de la guerre de Sécession et jusqu'au 22 juin 1874. Comme l'éclat d'un soleil, une vérité frappa mon esprit : par l'étude, la recherche et l'observation, j'approchais graduellement une science qui serait un grand bienfait pour le monde »⁴.

Une science qu'il nomma Ostéopathie.

Par la suite il transmettra son savoir grâce à la création de l'American School of Osteopathy (ASO), à Kirksville dans les années 1890. Ce collège délivrera des diplômes à des élèves comme John Martin LITTLEJOHN et William Garner SUTHERLAND, célèbres aujourd'hui.

STILL, atteint d'un ictus cérébral décèdera le 12 décembre 1917, nous laissant pour héritage une approche novatrice de la médecine vouée à l'expansion à travers le monde. La France compte aujourd'hui environ 22000 praticiens ostéopathes.

⁴ A.T. STILL. *Autobiographie*. p.73-74.

1.2 Les principes de l'ostéopathie

Depuis le décès de STILL, la principale tentative pour rédiger un ensemble de principes directeurs est parue en 1953 dans le journal de l'ostéopathie. Elle énonce quatre principes fondamentaux :

1. Le corps est une unité.
2. Le corps possède ses propres mécanismes d'autorégulation.
3. Structure et fonction sont réciproquement interdépendantes.
4. Une thérapeutique rationnelle se base sur la compréhension de l'unité du corps, des mécanismes d'autorégulation et de la relation entre la structure et la fonction.

Plus récemment, en 2009, ces quatre principes ont été réécrits en faveur d'une nouvelle interprétation des travaux de STILL⁵ :

1. L'être humain est une unité de fonction dynamique.
2. Le corps possède des mécanismes d'autorégulation qui sont auto-guérisseurs dans leur nature.
3. Structure et fonction sont étroitement liées à tous les niveaux.
4. Un traitement rationnel se base sur ces principes.

1.2.1 L'être humain est une unité de fonction dynamique

Ce premier principe représente la base de la définition de l'ostéopathie. La notion d'unité, s'apparente à celle de globalité, souvent utilisée pour décrire les travaux de STILL. Elle énonce que l'Homme, fonctionne de manière holistique et doit être considéré comme tel. L'holisme est basé sur la philosophie d'Aristote qui énonce que : « *le tout est plus grand que la somme de ses parties* »⁶.

⁵ AACOM. *Glossary of Osteopathic Terminology*. p.30.

⁶ Aristote : Philosophe grec de l'antiquité (324-382 av. J.-C).

D'une manière semblable, STILL parle d'holisme en affirmant que : « *nous regardons le corps dans son état de santé comme signifiant une perfection et une harmonie, non pas comme une partie, mais comme un tout* »⁷.

Cette philosophie imprègne l'ensemble des travaux de STILL, ce qui en fait un élément indispensable de la philosophie ostéopathique. De nombreux termes sont retrouvés dans ses ouvrages comme : « *le tout, le corps entier, la totalité de l'être, unie dans la forme, le corps humain comme un tout* ». Ces expressions montrent que l'holisme est le fil conducteur de ses recherches.

De plus STILL parle d'*harmonie, d'universalité, d'équilibre des forces et d'interconnexion des systèmes*, ce qui nous indique que la notion d'*unités interconnectées*⁸ est l'expression de sa perception de l'holisme.

1.2.2 Le corps possède des mécanismes d'autorégulation qui sont auto-guérisseurs dans leur nature

Les forces de guérison n'ont pas été nommées directement par STILL, il s'y référerait comme étant la Nature. Les manipulations ostéopathiques permettent d'accroître les mécanismes d'autorégulation et non de les substituer, et initialement de permettre à ces forces de s'exprimer, « *la nature n'a pas d'excuse à offrir, elle fait le travail* »⁹.

La nature est considérée comme un véritable médecin qui réalise les ajustements compensatoires à la suite d'un traitement ostéopathique. Le but du praticien est d'éliminer les obstructions qui génèrent un déséquilibre et de favoriser les conditions d'autorégulation afin de retrouver la pleine expression de l'holisme « *L'harmonie ne peut exister que là où il n'y a pas d'obstruction* »¹⁰.

⁷ A.T. STILL. *Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. p.44

⁸ A.T. STILL. *Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. p.73.

⁹ A.T. STILL. *Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. p.14.

¹⁰ A.T. STILL. *Philosophie de l'ostéopathie*. p.201.

1.2.3 Structure et fonction sont étroitement liées à tous les niveaux

Pour mieux comprendre ce principe, la structure représente l'anatomie, et la fonction, la physiologie. STILL n'a jamais affirmé dans ses écrits que la structure et la fonction sont en interrelation, mais il utilisait d'autres expressions afin d'unir ces deux entités : « *l'ostéopathie est la science consistant en une connaissance exacte, exhaustive et vérifiable de la structure et des fonctions du mécanisme humain* » ou encore « *retrouver son équilibre normal de forme et de fonction en santé et en force* »¹¹.

La structure et la fonction sont donc interconnectées et inséparables puisqu'un déséquilibre anatomique aura des répercussions sur la physiologie et inversement. Cette relation doit être utilisée et analysée par les ostéopathes car elle représente une base fondamentale de la perception du corps et elle est d'autant plus importante qu'elle induit un traitement adapté.

Il est important de noter, en lien avec ce principe de réciprocité, que les symptômes sont l'expression d'un dérèglement, c'est pourquoi il faut rechercher et traiter les causes plutôt que de s'interroger sur les conséquences. Par exemple, si la douleur (symptôme sensitif) est traitée et que le traitement n'atteint pas les origines de celle-ci, alors les actions thérapeutiques sont limitées.

Une grande connaissance en anatomie et en physiologie est donc indispensable, c'est pourquoi STILL y fait référence de nombreuses fois dans ses ouvrages « *la philosophie des manipulations se base sur une connaissance absolue de la forme et de la fonction* »¹².

1.2.4 Un traitement rationnel se base sur ces principes

Les trois principes précédents forment les bases fondamentales de la pratique ostéopathique.

L'apprenti ostéopathe doit avant tout avoir une connaissance accrue de l'anatomophysiologie afin de poser un diagnostic précis. Cette orientation diagnostic permet la mise en place d'un traitement ostéopathique spécifique. Le but est de résoudre les perturbations fonctionnelles qui ont une répercussion sur la santé locale et globale des tissus.

¹¹ A.T. STILL. *Autobiographie*. p.360.

¹² A.T. STILL. *Osteopathy Research and Practice*. p. 66.

Les mains de l'ostéopathe vont induire ces changements mais aussi permettre aux mécanismes d'autorégulation de s'exprimer, afin de rétablir la dynamique du corps, l'holisme, la santé.

Pour mettre fin à ce système cyclique de dérèglement, l'ostéopathe choisira les techniques appropriées. STILL n'utilisait pas le terme de biomécanique mais il y faisait référence : « *Les principes mécaniques sur lesquels se base l'ostéopathie sont aussi anciens que l'univers* »¹³. Même si il utilisait le système musculo-squelettique comme référence dans sa pratique, ses recherches ne se limitaient pas à l'investigation de cette sphère. C'est pourquoi, l'ostéopathe moderne se doit de diagnostiquer l'entièreté du corps et de ses structures, à la recherche de lésions ostéopathiques¹⁴.

Enfin, il choisira des techniques propres à chaque patient, en tenant compte de son ressenti, de son physique et son psychisme. Chaque thérapeute possède une pratique qui lui est propre, reflétant sa personnalité et sa sensibilité, et sait en faire usage afin de prodiguer un traitement ostéopathique interconnecté.

¹³ A.T. STILL. *Osteopathy Research and Practice*. p. 10.

¹⁴ STILL n'utilisait pas les termes de lésions ostéopathiques ou dysfonctions somatiques, il parlait de ce qui est « normal et anormal ».

CHAPITRE 2 : IRVIN KORR ET LA FACILITATION MEDULLAIRE

2.1 Historique



Figure 2 : Irvin KORR

Physiologiste Américain, Irvin KORR (1909-2004) a travaillé pendant trente ans afin de donner une explication scientifique et une conception physiologique de la lésion ostéopathique. Entre les années 1940 à 1970, il étudia principalement l'aspect neurologique de la lésion et donna des preuves expérimentales permettant de prouver l'efficacité de l'ostéopathie dans un langage scientifique.

2.2 L'aspect neurologique de la lésion ostéopathique

2.2.1 Introduction

La médullaire en anatomie, fait référence à la partie centrale d'une structure, d'un organe. Ce terme global comprend la moelle épinière ou moelle spinale qui désigne la partie du système nerveux central, divisée en 31 segments, du bulbe rachidien à la deuxième vertèbre lombaire. Notons que le système nerveux périphérique est composé des ganglions et nerfs à l'extérieur du système nerveux central, donc du cerveau et de la moelle épinière.

Le myélomère est par définition l'étage de moelle épinière innervant via une paire de nerfs rachidiens¹⁵ un territoire appelé métamère.

¹⁵ Nerfs rachidiens ou spinaux : émergeant de la moelle spinale ou épinière, au nombre de deux par étage.

Le métamère est composé de cinq éléments :

- Le dermatome : territoire cutané (sensitif)
- L'angiotome : territoire vasculaire (sensitif et moteur)
- Le viscérotome : territoire viscéral (sensitif et moteur)
- Le myotome : territoire musculaire (moteur)
- Le sclérotome : territoire des tissus de soutien et du squelette axial (sensitif)

Irvin KORR met en évidence quatre principes essentiels en ostéopathie¹⁶ :

1. Les articulations et tissus de soutien sont sujets à des dérèglements anatomiques et fonctionnels.
2. Ces dérèglements ont des répercussions locales et à distance.
3. Ces dérèglements sont en relation directe ou indirecte avec d'autres facteurs pathologiques.
4. On peut déceler ces dérèglements et influencer favorablement leurs répercussions locales et systémiques par des manipulations ostéopathiques.

Selon le deuxième principe, les répercussions locales et à distance vont se retrouver dans les différents composants du métamère cités ci-dessus. Nous trouverons comme manifestations :

- Une hyperesthésie¹⁷ des muscles et vertèbres.
- Une hyper-irritabilité¹⁸ avec changement du comportement musculaire.
- Une modification de la texture des tissus musculaires, conjonctifs et cutanés.
- Une modification de la circulation locale et des échanges entre le sang et les tissus.
- Une modification de la fonction viscérale et végétative.

¹⁶ I. KORR. *Bases physiologiques de l'ostéopathie*. p.19.

¹⁷ Hyperesthésie : exagération physiologique ou pathologique de la sensibilité.

¹⁸ Hyper irritabilité : augmentation de la stimulation nerveuse d'un muscle.

2.2.2 La fonction nerveuse

Ces modifications proviennent d'informations véhiculées par les nerfs efférents¹⁹ du système nerveux central réflexe. L'activité vaso-motrice (vasculaire) de la peau, des muscles, des viscères, ainsi que les sécrétions glandulaires (viscérales et sudoripares) et la contraction musculaire (lisse viscérale et striée), seront modifiées.

Par conséquent, une sur ou sous-activité des neurones efférents peut entraîner des perturbations fonctionnelles dans les tissus ou organes qu'ils innervent.

Deux principes sont à mettre en évidence pour démontrer la modification du comportement des neurones efférents, donc du nombre d'influx nerveux véhiculés²⁰ :

1. Le principe de réciprocité : au sein d'un réseau d'interneurones²¹ dans le système nerveux central, chaque neurone peut influencer et peut être influencé par presque tous les autres neurones du corps. On note alors plusieurs afférences et plusieurs efférences.
2. Le principe de convergence : de nombreuses fibres nerveuses convergent vers chaque neurone moteur et s'articulent avec ceux-ci. Ces fibres présynaptiques²² conduisent des influx en provenance de nombreux points d'origine différente vers le neurone efférent qui représente une voie finale commune. On note alors plusieurs afférences et une seule voie efférente.

Via ces deux principes, nous pouvons mieux comprendre comment une désorganisation anatomique ou fonctionnelle d'un tissu ou d'un organe peut entraîner des répercussions sur l'ensemble d'un métamère.

¹⁹ Le trajet nerveux efférent est moteur, nait du système nerveux central et rejoint la périphérie. L'afférence est sensitive et empreinte le trajet inverse.

²⁰ I. KORR. Bases physiologiques de l'ostéopathie. p.25.

²¹ Interneurone : neurone situé dans le système nerveux central, il n'est ni moteur ni sensitif. Il établit la connexion entre les neurones moteurs et sensitifs.

²² Synapse : région d'interaction entre deux neurones ou un neurone et une cellule. Elle permet d'assurer la continuité de la propagation de l'influx nerveux.

2.2.3 Les différents réflexes mis en jeu

Les neurones efférents et afférents représentent des voies de conduction entre le système nerveux central et la périphérie, donc des tissus et organes qu'ils innervent. Plusieurs réflexes sont mis en jeu et assurent la communication entre le système viscéral et pariétal cutané, musculaire et articulaire.

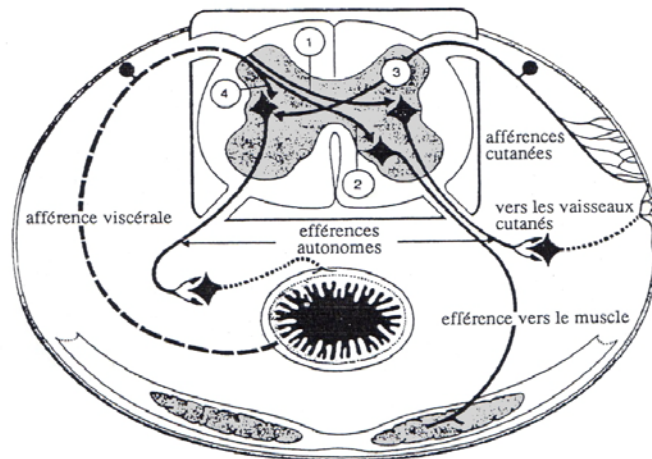


Figure 3 : Arc réflexes constitués par les connexions synaptiques de la moelle épinière ²³

La présence de ces voies de transmission de l'influx nerveux montre qu'une perturbation fonctionnelle d'une structure aura un impact sur l'ensemble des composants du même métamère. Par exemple, une dysfonction viscérale se manifestera au niveau du territoire cutané correspondant par le réflexe viscéro-cutané (1), mais aussi au sein des muscles et articulations par le réflexe viscéro-somatique (2), sans oublier une action rétrograde sur son propre fonctionnement par les réflexes cutané-viscéral (3) et viscéro-viscéral (4).

2.3 Interprétation ostéopathique

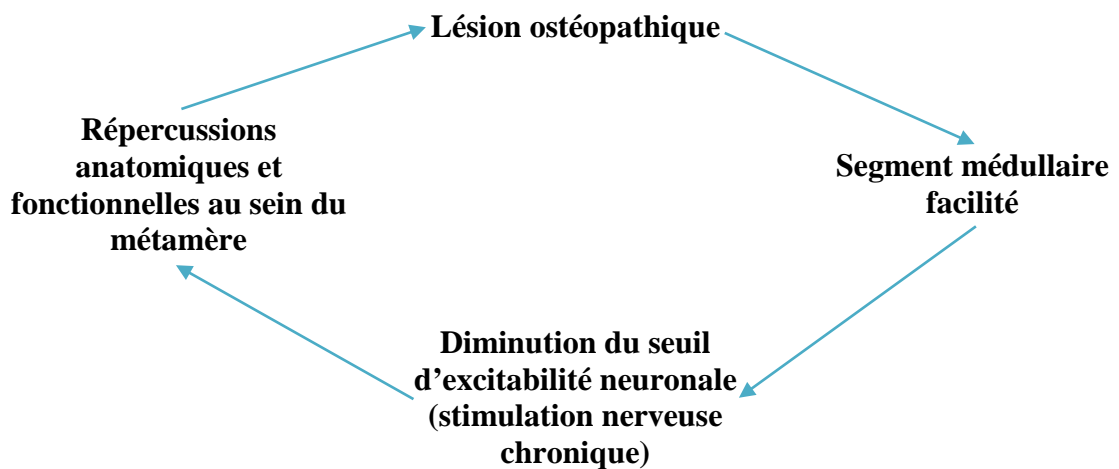
En présence d'une lésion ostéopathique, il y a une stimulation nerveuse afférente chronique provenant des différents composants du métamère (hyperexcitabilité).

N'importe quelle structure métamérique en lésion peut conduire à la chronicité de cette afférence (propriocepteurs, viscère pathologique et toute structure enflammée).

²³ CAPOROSI. *Le système neuro-végétatif et ses troubles fonctionnels*. p.88

On peut donc dire que toutes les structures qui sont sous le contrôle des fibres efférentes du segment médullaire facilité (en lésion) sont potentiellement exposées à une excitation ou inhibition excessive. Une lésion ostéopathique au sein d'une articulation vertébrale est susceptible de provoquer des répercussions au niveau viscéral, cutané, vasculaire et tissulaire.

Nous pouvons schématiser le principe de facilitation médullaire comme une boucle sans fin. Le rôle de l'ostéopathe est d'interrompre ce mécanisme pour rétablir un équilibre afin de diminuer la décharge sur les neurones efférents du métamère.



2.4 Conclusion

Les travaux du professeur Irvin KORR ont permis d'apporter aux écrits de STILL une explication scientifique.

Lors d'une lésion ostéopathique, il existe des effets locaux et à distance puisque tous les tissus qui reçoivent leur innervation d'un même métamère en état de facilitation, peuvent être exposés à une excitation ou inhibition excessive. De plus, l'interrelation entre ces composants donne un caractère plus complexe au diagnostic ostéopathique.

Le but du praticien est d'interrompre ce mécanisme d'action afin d'entraîner une normalisation définitive.

Il est important d'introduire ce mémoire par les écrits du professeur Irvin KORR. En effet, les notions d'interrelations entre les différents composants d'un métamère justifient l'apprentissage des différentes cartographies réflexes en ostéopathie.

CHAPITRE 3 : LES AUTEURS

3.1 Généralités

L'utilisation des points réflexes permet au praticien de compléter et orienter son diagnostic. En l'absence de pathologie nécessitant une réorientation médicale, c'est aussi une méthode de traitement.

La palpation est essentielle au repérage des points à traiter. La qualité tissulaire se voit modifiée, sous forme d'induration ou fibrose plus ou moins étendue et accompagnée d'une défense musculaire périphérique. Aussi, on pourra observer une diminution ou une augmentation de la chaleur locale associée à des rougeurs et une sudation.

L'observation et l'écoute sont aussi primordiales car les sensations perçues par le patient et leurs évolutions permettront de connaître l'avancée et la réussite de la technique. Lors de la palpation d'un point en lésion, la douleur, les picotements ou engourdissements sont retrouvés et seront utilisés comme références lors du traitement.

Le praticien notera le ou les points retrouvés en tenant compte des organes en relation avec ces points, et décidera d'appliquer une technique corrective si ceux-ci perturbent le fonctionnement holistique du patient.

Il existe des effets locaux et à distance lorsqu'un point est travaillé. Parmi les effets locaux on retrouve :

- Une diminution de la sensation douloureuse.
- Une modification à la palpation du point traité (sensation de fonte tissulaire).
- Une augmentation de la chaleur locale voire un réchauffement général.
- Des rougeurs et un changement du rythme respiratoire.

A distance on observera des modifications au niveau des organes, muscles, téguments et structures articulaires correspondants au métamère du point traité. Ceci s'explique par l'innervation et le principe de facilitation médullaire vu précédemment. Ce mécanisme est utilisé ici afin de réguler la décharge nerveuse afférente chronique d'un segment médullaire.

Cette pratique n'est donc pas limitée à une action locale au niveau d'un ou plusieurs points. Les points réflexes sont utilisés en ostéopathie pour leur action à distance sur l'ensemble d'un métamère présentant une perturbation fonctionnelle.

Les techniques réflexes sont souvent décrites pour leur action métamérique à la suite du traitement d'un ou plusieurs points. Il est important de noter que cette pratique est complémentaire à un traitement viscéral, tissulaire ou structurel réalisé en amont afin d'obtenir le relâchement d'un point.

3.2 Le périoste de Paul VOGLER

3.2.1 Historique

Le traitement par le périoste a été découvert par le professeur Allemand Paul VOGLER en 1928. Bien que cette technique soit essentiellement utilisée aujourd'hui pour ses résultats à distance conduisant directement au système réflexe, son but initial était différent.

En effet, Paul VOGLER cherchait à provoquer, par le traitement de certaines parties osseuses, une stimulation de la fonction hématopoïétique²⁴ chez des patients atteints d'anémie²⁵ pernicieuse. Cette technique a d'ailleurs fait ses preuves quant à cet objectif. Mais on remarqua alors des résultats à distance sur des organes précis. C'est donc par hasard qu'est née cette technique enseignée aujourd'hui dans le milieu médical et paramédical, notamment en ostéopathie.

3.2.2 Rappels anatomiques sur le périoste

Le périoste est par définition la membrane qui recouvre les os longs et plats. Il n'est cependant pas présent au niveau des articulations, des ligaments et tendons. Il est en rapport via sa surface externe avec les muscles, tendons, artères, veines, muqueuses et glandes dont il est séparé par une couche tissulaire.

²⁴ Hématopoïèse : processus physiologique de fabrication et de renouvellement des cellules sanguines.

²⁵ Anémie : diminution de la concentration en hémoglobine dans le sang (protéine de transport du dioxygène).

Il joue un rôle important dans la construction osseuse, c'est la membrane nourricière de l'os. Il assure également le bon fonctionnement du système vasculaire. Il est lui-même parcouru par un vaste réseau artériel, veineux et lymphatique. Le professeur VOGLER a axé son traitement selon cette caractéristique.

Très innervé, il permet d'assurer la transmission d'informations en cas de douleur et entre dans le mécanisme de réparation et de consolidation de l'os lors de fractures.

Il peut être touché par une inflammation, on parlera alors de périostite, fréquemment retrouvée dans le milieu sportif.

3.2.3 Examen :

Le périoste étant localisé en profondeur sur la majorité du squelette osseux, l'examen ne peut être visuel. L'interrogatoire mènera le praticien vers une zone susceptible de présenter une lésion ostéopathique.

De plus, la connaissance de la localisation des points périostés permettra la réalisation d'un examen palpatoire puisque la structure du périoste se modifie par voie réflexe. Cette modification oriente le thérapeute lors de ses tests et de son traitement en ciblant un tissu ou un organe en souffrance. A l'inverse, si un tissu ou un organe est retrouvé en lésion, le praticien pourra compléter son action en cherchant le ou les points associés.

Rappelons que ces modifications ont plusieurs origines puisque nous avons montré qu'une facilitation nerveuse d'un métamère peut avoir des répercussions sur l'ensemble de ses composants. Par exemple, une lésion d'un organe peut provoquer une modification au niveau du périoste et ainsi du point correspondant à cette structure, montrant l'interrelation entre viscérotome et sclérotome. Aussi, une atteinte musculaire, vasculaire ou cutanée est susceptible d'entraîner une modification de la structure périostée.

L'examen palpatoire se réalise en profondeur à l'aide de la pulpe du majeur et de l'annulaire. Le praticien entre en contact avec la peau dans un premier temps, puis gagne en profondeur jusqu'au contact de la structure osseuse.

A ce niveau, plusieurs signes peuvent être observés :

- Une tonicité des tissus ou inversement un relâchement.
- Une hypertonicité musculaire.
- Une zone cutanée chaude ou froide (signes vaso-moteurs).
- Une augmentation de la sensibilité à la douleur.
- Une diminution de la résistance élastique de l'os.

3.2.4 Traitement

C'est une technique ponctuelle car la surface de contact avec le périoste doit être réduite au maximum. Elle est aussi rythmique puisqu'elle alterne appui et courte période de relâchement.

On pourrait penser que le choix d'un ou plusieurs points se fait en fonction de la sensibilité douloureuse ressentie par le patient, or il faudra commencer à distance de ce point et surtout si celui-ci présente un état aigu. On s'en approchera peu à peu, provoquant un effet analgésiant sur le point principal à traiter.

Lorsqu'il s'agit de traiter un organe ou une zone cutanée, une connaissance de la composition des différents métamères est requise puisque la recherche de points se fera dans l'ensemble des zones innervées par un segment médullaire. Il faudra néanmoins lors du traitement, orienter le doigt qui palpe en direction de l'organe à traiter.

« Il est parfaitement possible d'agir et d'utiliser le périoste partout où il nous semble présenter un intérêt »²⁶.

²⁶ R. PERRONNEAUD-FERRE. *Techniques réflexes en ostéopathie*. p.113.

Le praticien utilisera afin de limiter la surface d'appui, la deuxième phalange de l'index ou du majeur (figure 4 à gauche) ou la troisième phalange de l'index, du majeur ou du pouce (figure 4 à droite)

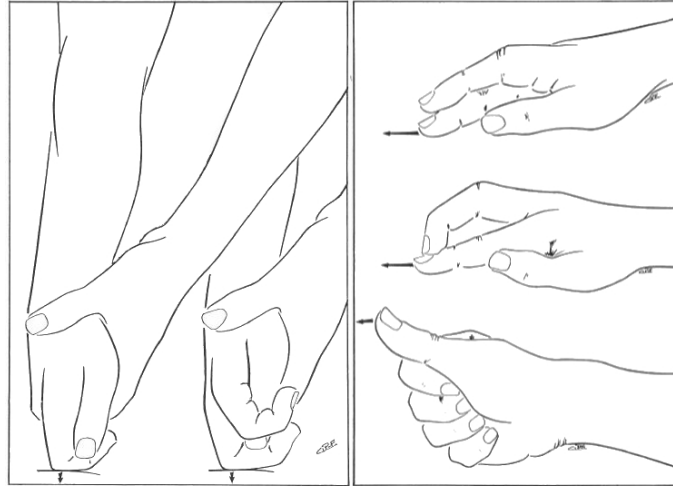


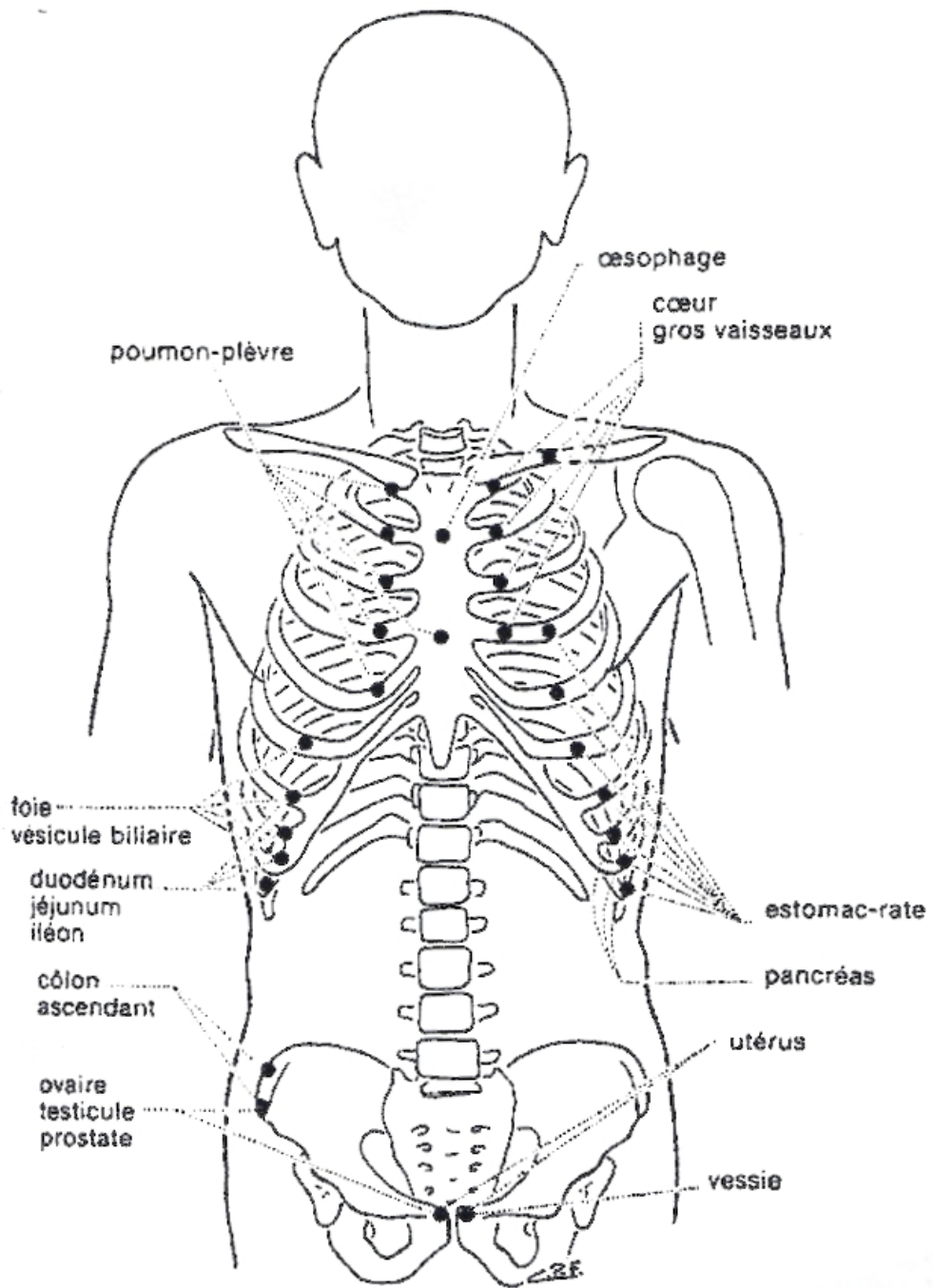
Figure 4 : positions de traitement du périoste

La pression exercée se situe entre 2 et 15 kilos mais elle doit être adaptée à la sensibilité de chaque patient. L'appui ne doit pas venir uniquement de la main, l'épaule et le corps du praticien formant une ligne droite doivent intervenir afin de créer une meilleure transmission des forces et ainsi éviter toute crispation et fatigue au cours de la technique.

Les doigts pénètrent les tissus mous par des rotations jusqu'à atteindre la surface osseuse. Une fois ce contact réalisé, une succession d'appuis et de relâchements sont opérés. La période d'appui est trois fois plus longue que le relâchement.

Retirer le doigt quand la sensation douloureuse a disparu (la durée moyenne d'une technique réflexe est de 90 secondes) en réalisant des mouvements de rotations afin de normaliser les modifications produites.

3.1.5 Cartographie des points périostés



SITUATION DES RÉGIONS VISCÉRALES
face antérieure

Figure 5 : Cartographie antérieure des points périostés

3.3 KNAP ou l'homme aux quatre-vingt métiers



Figure 6 : Georgia KNAP

3.3.1 Historique

Surnommé l'homme aux quatre-vingt métiers, Georgia KNAP, né à Troyes en 1866 et décédé en 1946 est sans doute la personne la plus atypique étudiée dans ce mémoire. Fils de boucher puis orphelin, il fut apprenti mécanicien au chemin de fer. Il apprit dans un premier temps la mécanique et donna son nom quelques années plus tard à des innovations telles qu'une motocyclette et une voiture électrique brevetée.

Dans son ouvrage intitulé « *Quand j'étais vieux* » destiné à sa bien-aimée, âgé alors de seize ans, il écrit « *La magnifique créature que vous êtes sera détruite en moins de vingt-cinq à trente ans, et je voudrais, fou que je suis, trouver le secret de Faust afin de vous conserver près de moi, toujours aussi jeune, aussi éblouissante de beauté idéale, que le jour béni d'avril où, au milieu d'une incontestable féerie printanière, je fus mis en votre présence* »²⁷.

Dès lors, KNAP s'intéressa au vieillissement du corps humain afin de mettre en place une méthode de rajeunissement. Il mit en évidence des principes d'élimination des facteurs d'intoxication alimentaire qui altèrent la fonction viscérale et endocrinienne comme le tabac, l'alcool, le sucre et la viande.

De plus, il réalisa de multiples expériences sur son propre corps. Par exemple, il bêcha son jardin toute une journée afin de provoquer une crise de rhumatisme.

²⁷ Source : <https://sites.google.com/site/infosknap/home/le-secret-de-knap-ou-le-miracle-de-faust>

Ce but atteint, il se massa vigoureusement et deux heures plus tard, il retourna dans son jardin pour finir de bêcher les quelques mètres qui lui restait.

A la suite de ces expérimentations, KNAP mit en place une cartographie regroupant dix-huit points principaux et quinze secondaires ou points de carrefour nerveux, aujourd'hui connus sous le nom de points de KNAP.

Ces points sont localisés à la face superficielle du corps. Ils représentent des points de tensions liés à une posture spécifique, un dysfonctionnement viscéral, entraînant dans sa surface une modification de la musculature, du tissu cutané et plus en profondeur du tissu osseux. La peau représente donc le miroir des dérèglements sous-jacents. Robert PERRONNEAUD-FERRE explique par exemple que : « *Le blocage de la vésicule biliaire, les atteintes du foie, le froid, le désir de se redresser avec un dos faible, engendrent des états de tension dans les insertions musculaires de la tête et du tronc. Le trapèze, maître muscle de cette région, à innervation crânienne, ne demande qu'à devenir douloureux, qu'à présenter une hypersensibilité locale* »²⁸.

Ces zones de contraintes qui voient leur sensibilité douloureuse augmentée représentent un élément important de l'examen ostéopathique.

Enfin il ne faut pas perdre de vue la visée de cette technique instaurée par Georgia KNAP, qui est le rajeunissement du corps. On peut donc noter à plus long terme une restauration plus ou moins profonde de la santé générale psychosomatique.

3.3.2 Examen

La connaissance de la localisation des points de KNAP est essentielle au diagnostic. Suite à l'interrogatoire ainsi que l'observation du patient, l'ostéopathe s'informerait sur la sensibilité douloureuse de chaque point qui est le seul indicatif qualifiable et quantifiable du test des points de KNAP. Le ou les points traités seront les plus hyperalgiques.

Bien que la douleur soit l'élément clé, comme nous l'avons déjà vu, la palpation viendra compléter notre diagnostic par une densification du tissu cutané, une défense musculaire entourant la zone, une chaleur accrue ou encore une réaction des composants du métamère.

²⁸ R. PERRONNEAUD-FERRE. *Techniques réflexes en ostéopathie*. p.124.

STILL évoquait l'importance de rechercher les causes et non les conséquences d'un déséquilibre. C'est pourquoi il est important de prendre en compte les organes et tissus-cibles de chaque point afin de connaître les effets locaux et à distance avant la réalisation d'un traitement interconnecté.

3.3.3 Traitement

La position de traitement des points est unique, seul le pouce d'une main est utilisé par la partie distale de la deuxième phalange (figure 7). L'avant-bras et la main sont maintenus rigides tout au long de la technique de telle façon que le membre supérieur du praticien forme une ligne droite. L'ongle doit être coupé court, bien qu'une légère participation soit loin d'être nuisible.

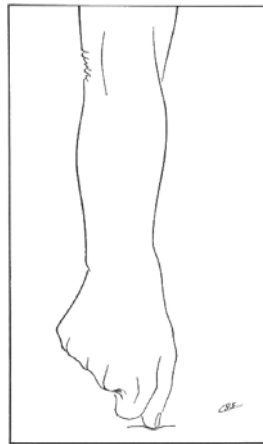


Figure 7 : Position de traitement des points de Knap

Le but est de venir « écraser » le point douloureux perpendiculairement au tissu cutané d'une façon superficielle dans un premier temps, puis en profondeur. A cela sont ajoutés des mouvements de rotations horaires et antihoraires alternés. Généralement une centaine de mouvements suffisent à faire disparaître la sensation douloureuse ressentie par le patient.

La disparition de la douleur signe la fin de la technique. Si la douleur ne diminue ou ne disparaît pas au-delà de 90 secondes, il est aussi possible de traiter ce point par une autre technique réflexe comme CHAPMAN ou JARRICOT.

3.3.4 Cartographie des points de KNAP

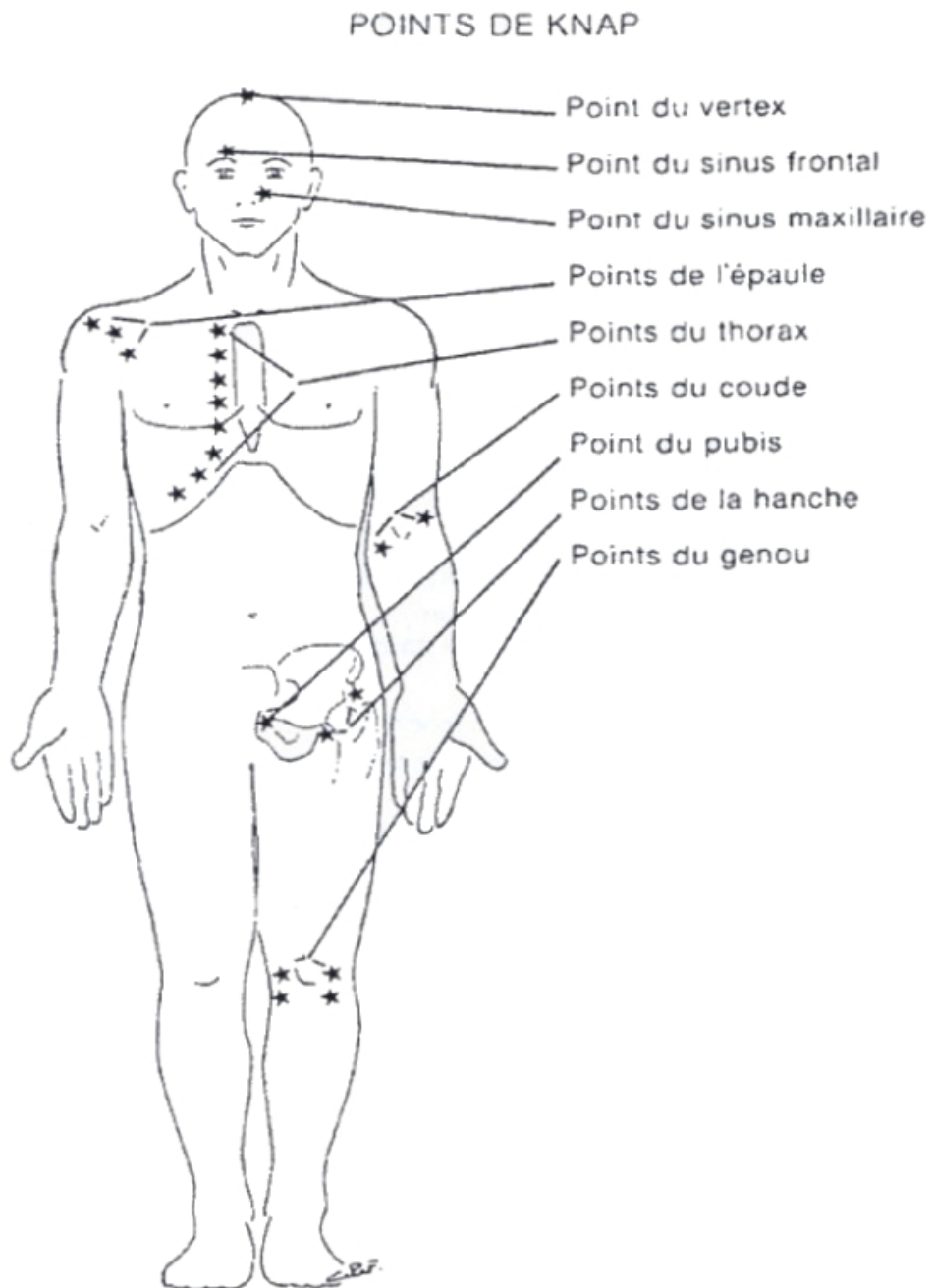


Figure 8 : Cartographie antérieure des points de KNAP

3.4 CHAPMAN, un précurseur

3.4.1 Historique

Frank CHAPMAN est entré en 1897 à l'ASO, la même année que LITTLEJOHN et SUTHERLAND. Il reçut son diplôme des mains de STILL en 1900.

IL fût l'un des premiers à donner une autre origine que les lésions articulaires dans les processus pathologiques. Grâce aux études de STILL et LITTLEJOHN sur le système lymphatique, il montra qu'il existe un réflexe neuro-lymphatique à l'origine de dysfonctions ostéopathiques au même titre que les réflexes neuro-musculaires et végétatifs.

Convaincu que le traitement articulaire n'était pas toujours efficace, il mit en place une cartographie regroupant les points « d'engorgement lymphatique ».

De plus il montra que les notions de diététique et d'hygiène de vie intervenaient chez le patient comme facteurs favorisant les maladies si celles-ci n'étaient pas adéquates.

Ses recherches ont été reprises par le docteur MITCHELL qui leur donna un sens pratique en montrant l'importance du réflexe neuro-lymphatique dans le diagnostic ostéopathique ainsi que l'influence des fluides du corps sur la fonction viscérale au travers du système nerveux.

3.4.2 Rappels anatomiques sur le système lymphatique

Le système lymphatique regroupe l'ensemble des structures permettant la fabrication et la circulation de la lymphe²⁹. Ce réseau est constitué de vaisseaux lymphatiques satellites du système veineux, de ganglions lymphatiques, de tissus lymphoïdes associés aux muqueuses ainsi que des organes lymphoïdes comme la rate et le thymus.

Les vaisseaux naissent en cul de sac dans les différents tissus et organes du corps irrigués classiquement par les vaisseaux sanguin à l'exception du cerveau qui est avasculaire.

Ils collectent la lymphe (liquide interstitiel ou extracellulaire) chargé en déchets métaboliques cellulaires.

²⁹ Lymphe : liquide jaunâtre, de composition proche du plasma sanguin. Contient de nombreux leucocytes et globules blancs. Elle se retrouve dans des organes et tissus lymphoïdes.

Le passage au niveau des ganglions permet de filtrer cette lymphe et donc d'éliminer ces déchets avant de rejoindre la circulation sanguine par le conduit lymphatique à droite et thoracique à gauche au niveau des veines sous-clavières droite et gauche (confluents jugulo-sous-claviers). La lymphe intestinale diffère de par son aspect et sa composition. Appelée chyle, elle est de couleur blanche et renferme de fins globules gras.

Il s'agit donc d'un système collatéral important souvent peu investigué qui a une action prépondérante dans les défenses de l'organisme.

3.4.3 Examen

L'examen est semblable aux points de KNAP. Il sera uniquement palpatoire à la suite d'un interrogatoire orientant le praticien, puisqu'aucune modification cutanée n'est visible.

Plus précisément, ces modifications concernent le tissu sous-cutané ou conjonctif. En relation avec un organe, ces points pourront être mis en évidence par une induration ou fibrose tissulaire pouvant varier de la taille d'un noyau de cerise à une véritable plaque de plusieurs centimètres.

Il est par ailleurs important de différencier à la palpation la présence d'un point de CHAPMAN de celle d'une autre structure comme un nodule ou un kyste qui ne doivent en aucun cas faire l'objet d'une technique réflexe. De plus, il faut noter qu'à la partie antérieure du corps les points de CHAPMAN se situent en superficie.

3.4.4 Traitement

Le traitement est réalisé d'une seule main à l'aide de l'index ou du majeur (figure 9.a). L'appui peut être renforcé en superposant au niveau de la troisième phalange le doigt adjacent (figure 9.a et 9.b). Dans les deux positions, les autres doigts de la main qui n'interviennent pas dans la palpation et la réalisation de la technique sont relevés et ne contactent pas la peau du patient.

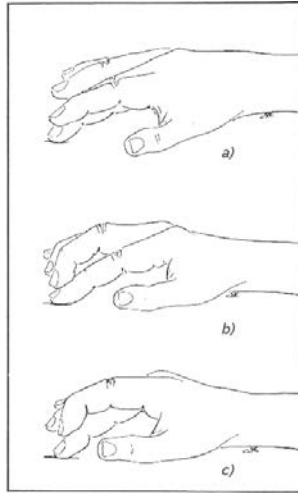


Figure 9 : Positions du traitement des points de CHAPMAN

Le doigt qui palpe recherche le point de densité tissulaire plus ou moins étendu comme décrit lors de l'examen.

Le praticien ayant trouvé le point à traiter, engage des mouvements de rotation horaire et antihoraire de grande amplitude. Il faut cependant noter qu'il n'y a pas de déplacement ni de frottements du doigt, la rotation entraîne les tissus sous-jacents et favorise la pénétration.

Différemment des points de KNAP par exemple, où la douleur nous indique l'avancement de la technique, les points de CHAPMAN se voient modifiés dans leur structure par une diminution de l'induration. C'est la disparition de cette sensation première qui indique l'arrêt de la technique, d'une durée moyenne de 90 secondes.

Il faut noter que cette pratique demande beaucoup d'entraînement, afin de ressentir les modifications tissulaires et déterminer si nous sommes en présence d'un point de CHAPMAN.

3.4.5 Cartographie des points de CHAPMAN

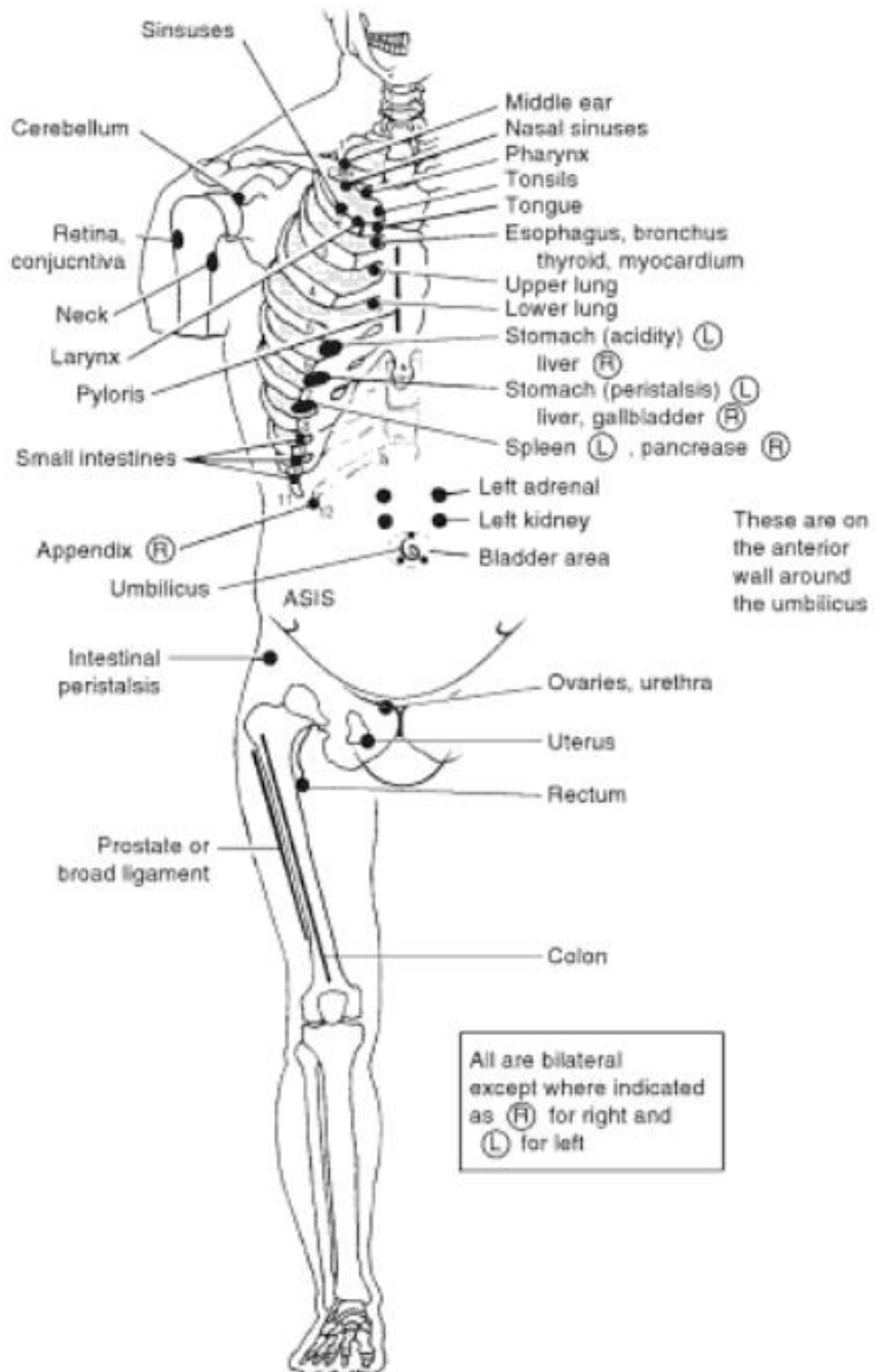


Figure 10 : Cartographie antérieure des points de CHAPMAN

3.5 Henri JARRICOT

3.5.1 Historique

Henri JARRICOT (1903-1989), Ostéopathe et acupuncteur français, est sans doute l'auteur dont la cartographie est la plus connue dans le milieu ostéopathique. Ses travaux s'intéressent aux dermalgies réflexes en lien avec la sphère viscérale.

En 1929, il établit le rapport métamérique entre les méridiens en acupuncture et la dermalgie réflexe thoraco-abdominale.

En 1932, il établit la relation entre les viscères et la peau (réflexe viscéro-cutané) en mettant en évidence la présence d'une dermalgie lors d'une perturbation fonctionnelle d'un organe.

« Il apparaissait ainsi que les dermalgies réflexes traduisaient le dysfonctionnement d'un organe viscéral »³⁰

Il s'appuya sur les travaux de Joseph Jules DEJERINE³¹ pour la notion de métamérisation, Henry HEAD³² pour celle de dermatome et James MACKENSIE³³ pour les réactions des myotomes accompagnant les processus douloureux viscéraux.

Les études théoriques du Docteur JARRICOT s'accompagnent de nombreuses dissections anatomiques permettant de prouver l'existence des points et donner une dimension scientifique à ses travaux.

Ses recherches et écrits ont fait l'objet de plusieurs publications dans la revue « *méridien* » comme en 1971 dans l'article « *De certaines relations viscéro-cutanées métamériques (Dermalgies réflexes viscérales) en acupuncture* ».

³⁰ MUR. Y. *La Douleur articulaire, dermalgies, auriculothérapie*. Préface rédigée par Henri JARRICOT.

³¹ Joseph Jules DEJERINE : neurologue français 1849-1917.

³² Henry HEAD : neurologue anglais 1861-1940

³³ James MACKENSIE : cardiologue anglais 1853-1925

3.5.2 Examen

La cartographie de JARRICOT a pour but de mettre en évidence un organe viscéral en dysfonction grâce à des zones cutanées superficielles. Le patient décrit une douleur viscérale associée à une douleur référée superficielle souvent mal limitée et diffuse. C'est d'ailleurs pour cette raison que le terme de zones est préféré à celui de points de JARRICOT.

L'examen palpatoire s'appuie sur la technique du palper-rouler ou manœuvre de WETTERWALD en kinésithérapie. La zone cutanée se trouve modifiée de par un épaissement et une augmentation de la tension tissulaire. De plus le patient décrira cette zone comme douloureuse à type de brûlure lors de la mobilisation.

Une décharge nerveuse afférente chronique au niveau du dermatome incriminé provoque l'ensemble des sensations perçues par le patient ainsi que les modifications palpatoire mis en évidence par le praticien.

3.5.3 Traitement

Une fois qu'une ou plusieurs zones ont été mises en évidence par le thérapeute, celui-ci choisira une technique propre à sa pratique.

Le palper-rouler est décrit comme une méthode de diagnostic mais il peut être aussi utilisé à des fins thérapeutiques. De plus nous avons décrit dans les chapitres précédents plusieurs approches possibles. Une pression continue, associée ou non à des mouvements de rotations peut être effectuée.

Comme les autres pratiques décrites précédemment, la durée du traitement d'une zone est d'environ 90 secondes. La modification de la texture des tissus et la diminution des sensations décrites par le patient signent l'arrêt de la technique.

Cette approche est une référence dans la pratique réflexe en ostéopathie, mais il faut noter qu'elle est aussi utilisée en acupuncture, formation initiale du docteur JARRICOT.

3.5.4 Cartographie de JARRICOT

DOCTEUR HENRI JARRICOT

**DERMALGIES
REFLEXES
THORACO-
ABDOMINALES**

(projection schématique)

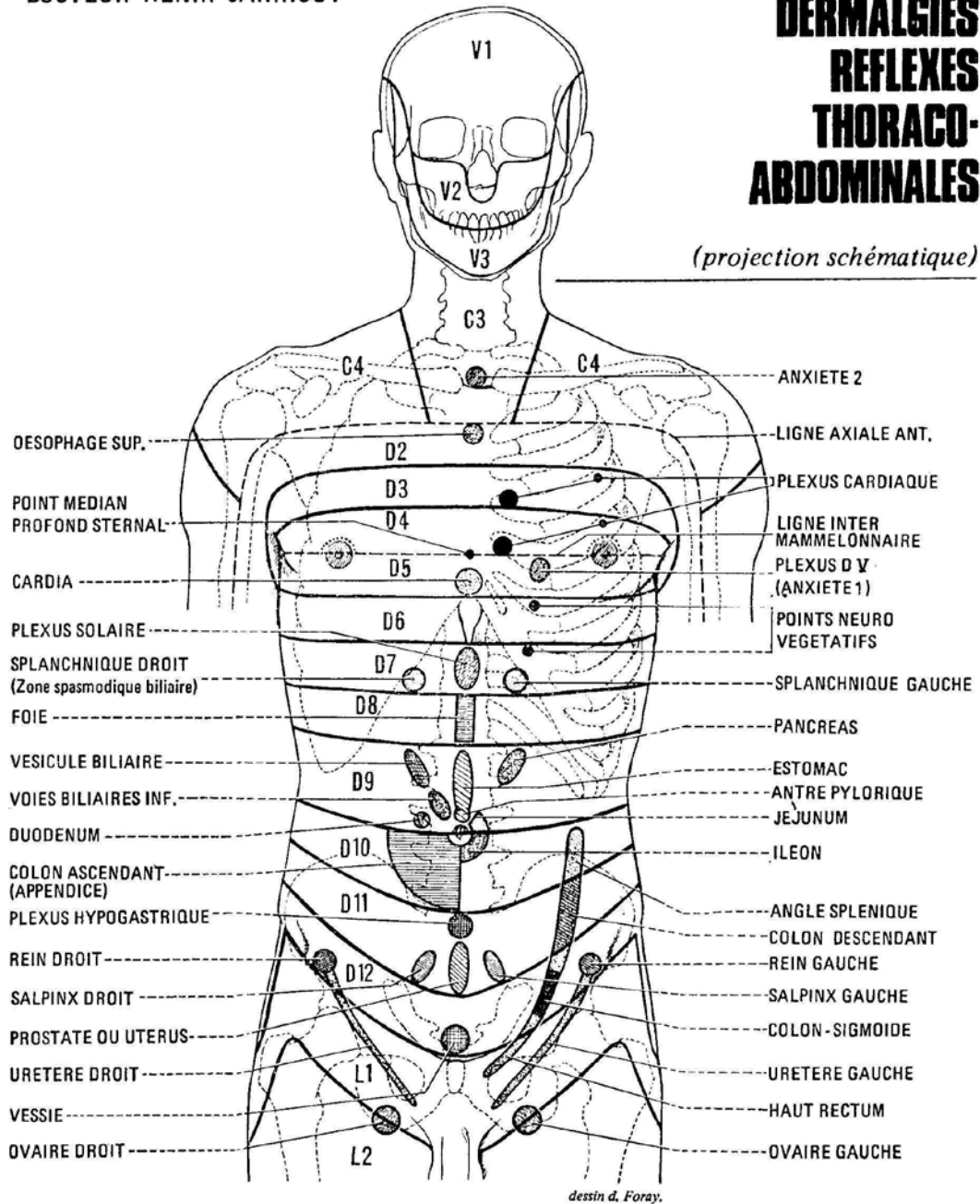


Figure 11 : Cartographie de JARRICOT

Etude des cartographies

CHAPITRE 5 : MATERIEL ET METHODE

5.1 Matériel

Afin de mener à bien mon expérimentation, j'ai extrait les cartographies initiales des auteurs étudiés de l'ouvrage de Robert PERRONNEAUD-FERRE et du mémoire de Thierry CHARPENTIER.

Les quatre auteurs présentés en introduction sont sélectionnés selon deux critères :

- Le premier concerne leur notoriété et leurs compétences reconnues au sein du milieu ostéopathique.
- Le deuxième consiste à utiliser des travaux faisant appel aux principes du professeur Irvin KORR des voies réflexes et de la facilitation médullaire. A titre d'exemple, j'ai volontairement écarté de mon étude les travaux de TRAVELL et SIMONS et de Lawrence H. JONES puisque leurs schémas correctifs sont essentiellement neuro-musculaires.

Cette étude porte sur les travaux de Paul VOGLER, KNAP, CHAPMAN et JARRICOT. Tous ont répertorié des points réflexes sur la partie antérieure et postérieure du corps à l'exception de JARRICOT qui s'est intéressé plus spécialement à la partie antérieure. Afin d'éviter un biais et d'avoir un critère d'objectivation différent pour chacune des faces, j'ai choisi de limiter mon propos à la partie antérieure du corps sachant qu'une étude similaire peut être menée postérieurement. De plus, les zones de JARRICOT sont reconnues en ostéopathie, il est donc important pour moi de les analyser.

Les repères anatomiques sont des références indispensables pour reporter avec précision l'ensemble des points sur un support commun. La superposition des différentes cartographies a nécessité l'utilisation de l'outil informatique afin de rendre plus visible les résultats de cette étude.

Une représentation globale du squelette osseux obtenue à partir de VisibleBody® a permis la réalisation d'un traitement d'image grâce au logiciel TheGimp®.

Ce programme permet de superposer l'ensemble des cartographies, mais aussi, de les modeler les unes par rapport aux autres par un système de calques afin d'apprécier chaque point, sa localisation et son environnement.

Ce traitement d'image permet de mettre en relation l'ensemble des points et de rendre visible des analogies.

5.2 Méthode

Une fois la superposition réalisée, l'analyse se déroule en trois parties.

Dans un premier temps, une observation globale est effectuée afin de déterminer des regroupements de points. Le code couleur utilisé permet de connaître le nombre de cartographies représentées au sein de chaque territoire. La présence des quatre auteurs est requise pour qu'une zone soit soumise à une investigation plus spécifique.

Chaque cartographie est associée à une légende présentant les projections viscérales des points réflexes, ce qui nous permet dans un second temps de réaliser une analyse précise de chaque zone. Pour qu'un organe ou un groupe d'organe soit validé, il est nécessaire qu'il soit représenté sur l'ensemble des cartographies.

Pour compléter cette étude, j'ai utilisé les travaux de Robert PERRONNEAUD-FERRE afin de noter les correspondances viscérales absentes de la cartographie de KNAP. De plus, des structures annexes sont représentées et non des organes dans leur intégralité. Aussi, nous noterons les rapports anatomiques qui permettent de les relier à une structure viscérale.

Enfin, nous ferons le lien entre les organes notés en deuxième partie et leurs projections pariétales.

Pour qu'une structure anatomique soit notée comme commune à un élément viscéral, il faut qu'elle reçoive la projection de points réflexes de l'ensemble des cartographies.

Une observation globale de ces cartographies permet de mettre en évidence des structures anatomiques communes aux organes contenus dans une zone ciblée.

CHAPITRE 6 : RESULTATS

6.1 Cartographie

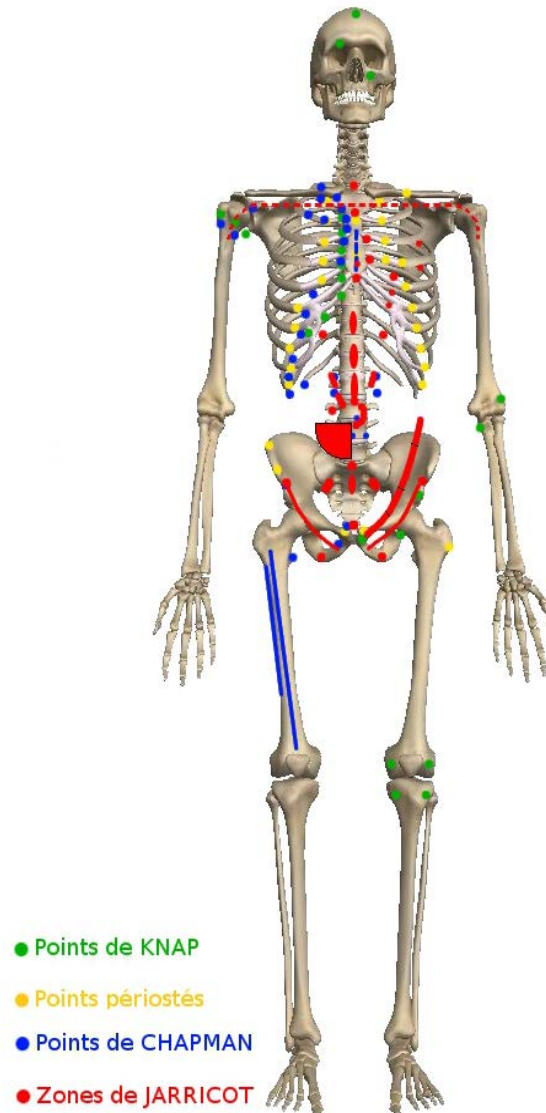


Figure 12 : Cartographie antérieure des points réflexes en ostéopathie

Cette cartographie antérieure regroupe les points des auteurs abordés en introduction :

- Les points de KNAP : en vert, ils sont bilatéraux et sont représentés d'un seul côté.
- Les points périostés : en jaune, tous représentés.
- Les points de CHAPMAN : en bleu, ils tous bilatéraux hormis ceux accompagnés d'un R (right / droite) ou L (left / gauche) sur la cartographie de l'auteur (p.31).
- Les zones de JARRICOT : en rouge, toutes représentées.

6.2 Résultats d'analyse

L'étude des points et des légendes correspondantes, met en évidence trois zones distinctes, que nous allons nommer en fonction de leurs localisations :

- La première ou zone thoracique sus-diaphragmatique.
- La deuxième ou zone sous-diaphragmatique.
- La troisième ou zone du bassin.

6.3 Zone thoracique sus-diaphragmatique

6.3.1 Cartographies et points de la zone

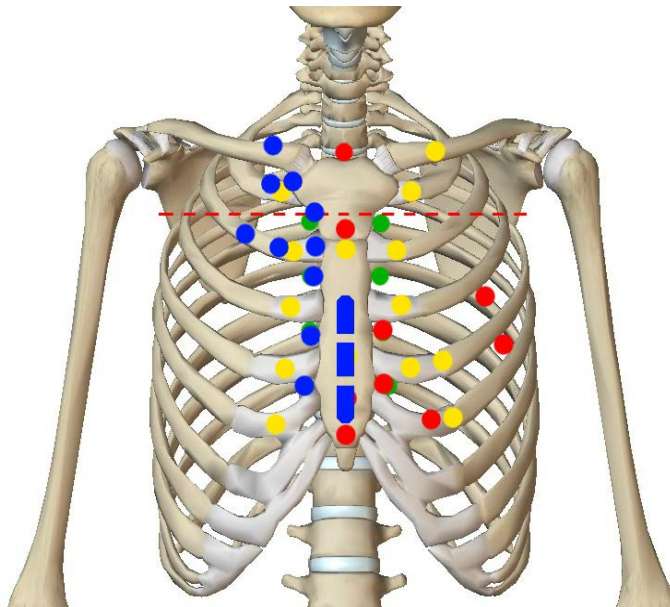


Figure 13 : Zone thoracique sus-diaphragmatique

6.3.1.1 Les points de KNAP

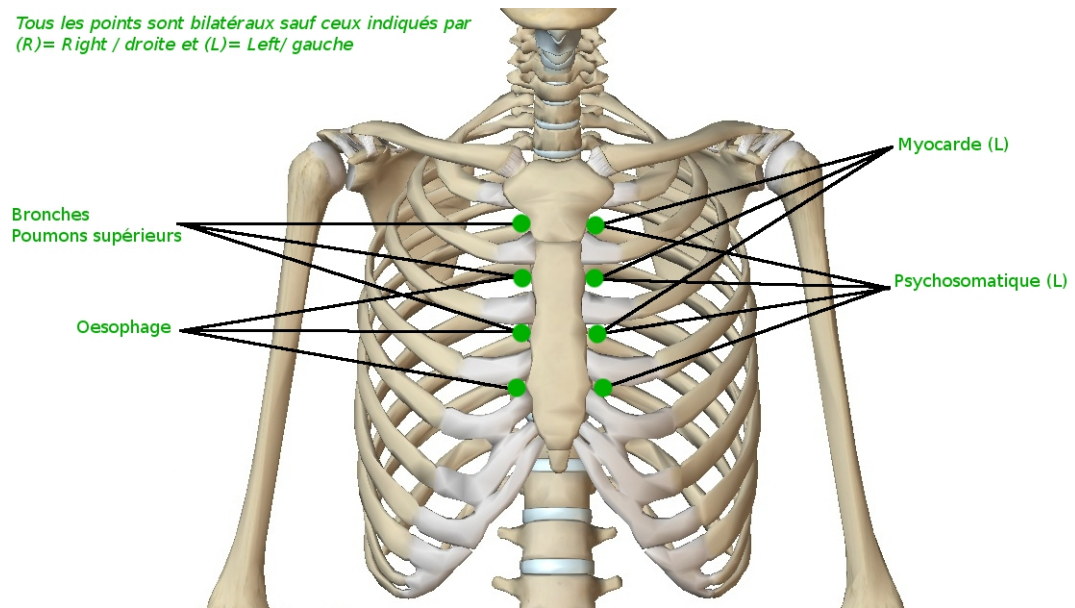


Figure 14 : Points de KNAP de la zone thoracique sus-diaphragmatique

- **Points des bronches et des poumons supérieurs** : situés près du bord sternal, au niveau des trois premiers espaces intercostaux. Ces points sont bilatéraux.
- **Points de l'œsophage** : situés près du bord sternal, au niveau des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} espaces intercostaux. Ces points sont bilatéraux.
- **Points du myocarde** : situés à gauche près du bord sternal, au niveau des trois premiers espaces intercostaux.
- **Points psychosomatiques** : situés à gauche près du bord sternal, au niveau des quatre premiers espaces intercostaux.

6.3.1.2 Les points périostés

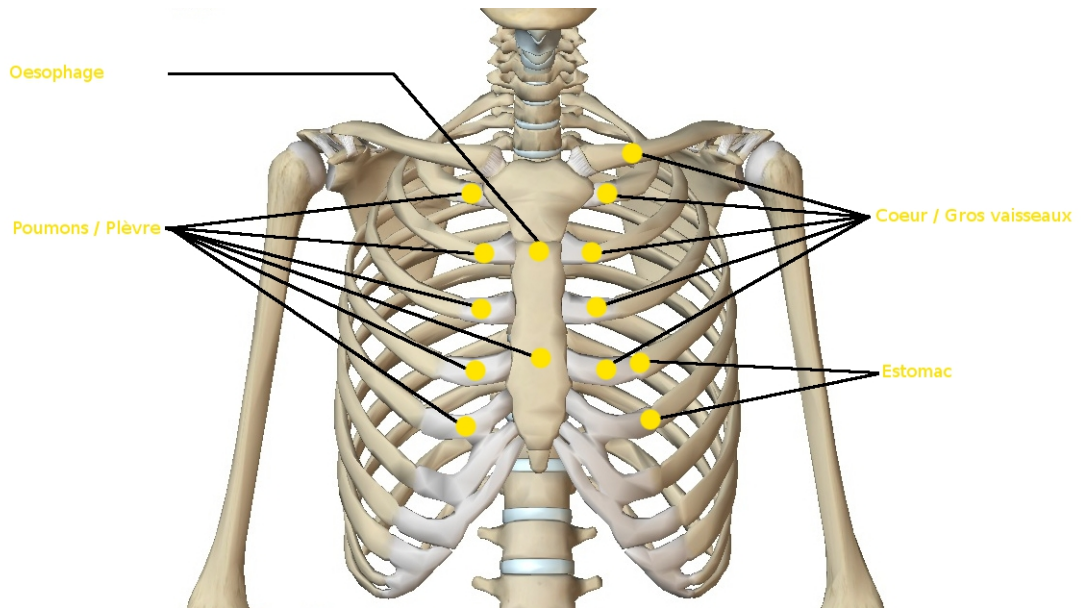


Figure 15 : Points périostés de la zone thoracique sus-diaphragmatique

- **Point de l'œsophage** : situé médialement sur le sternum, sous l'articulation manubrio-sternale en regard des 2^{èmes} cartilages costaux.
- **Points des poumons et de la plèvre** : situés près du bord sternal, au niveau des cinq premiers cartilages costaux droits. Il existe aussi un point sternal médial en regard des 4^{èmes} cartilages costaux.
- **Points du cœur et des gros vaisseaux** : situés près du bord sternal, au niveau des quatre premiers cartilages costaux gauches. Il existe aussi un point sur la face antérieure de la clavicule gauche à sa partie moyenne.
- **Points de l'estomac** : situés à gauche, au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} articulations chondro-sternales.

6.3.1.3 Les points de CHAPMAN

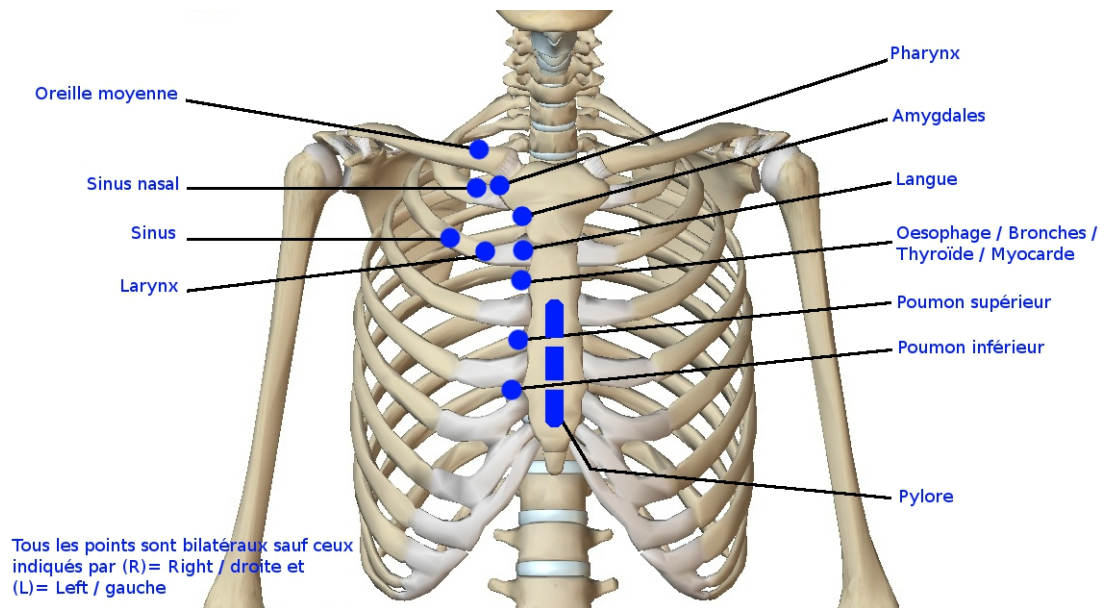


Figure 16 : Point de CHAPMAN de la zone thoracique sus-diaphragmatique

- **Point de l'oreille moyenne** : situé à la partie moyenne de la clavicule, deux travers de doigts en dehors de l'articulation sterno-costo-claviculaire. Ce point est bilatéral.
- **Point du sinus nasal** : situé au niveau de la 1^{ère} articulation costo-chondrale. Ce point est bilatéral.
- **Point des sinus** : situé au niveau de l'arc costal antérieur de la 2^{ème} côte (K2) en dehors de l'articulation costo-chondrale. Ce point est bilatéral.
- **Point du larynx** : situé au niveau de la 2^{ème} articulation costo-chondrale. Ce point est bilatéral.
- **Point du pharynx** : situé sur le bord latéral du manubrium sternal, au niveau de l'articulation sterno-costo-claviculaire. Ce point est bilatéral.
- **Points des amygdales** : situé sur le bord latéral du manubrium sternal à sa partie moyenne. Ce point est bilatéral.
- **Point de la langue** : situé près du bord latéral du sternum, au niveau du 2^{ème} cartilage costal. Ce point est bilatéral.

- **Point de l'œsophage, des bronches, de la thyroïde et du myocarde** : situé près du bord latéral du sternum, au niveau du 2^{ème} espace intercostal. Ce point est bilatéral.
- **Point des poumons supérieurs** : situé près du bord latéral du sternum, au niveau du 3^{ème} espace intercostal. Ce point est bilatéral.
- **Point des poumons inférieurs** : situé près du bord latéral du sternum, au niveau du 4^{ème} espace intercostal. Ce point est bilatéral.
- **Zone du pylore** : située à la face antérieure du sternum, elle s'étend de la partie moyenne jusqu'à la base de l'apophyse xiphoïde.

6.3.1.4 Les zones de JARRICOT

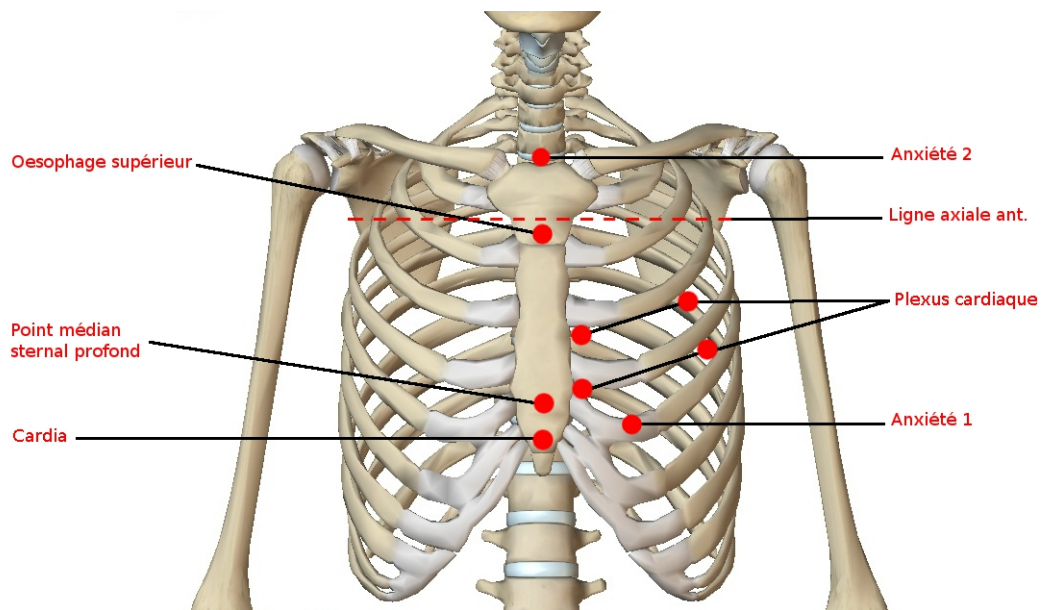


Figure 17 : Zones de JARRICOT de la zone thoracique sus-diaphragmatique

- **Zone de l'œsophage supérieur** : située médialement sur la face antérieure du sternum, au-dessus de l'articulation manubrio-sternale en regard des 2^{èmes} cartilages costaux.
- **Point médian sternal profond** : situé médialement sur la face antérieure du sternum au-dessus de l'apophyse xiphoïde en regard des cinquièmes cartilages costaux.

- **Zone du cardia** : située médialement sur la face antérieure du sternum, au-dessus de l'articulation sterno-xiphoidienne.
- **Zone de l'anxiété 1** : située à gauche en dedans de la 5^{ème} articulation chondro-sternale.
- **Zone de l'anxiété 2** : située au niveau de l'incisure jugulaire au-dessus du manubrium sternal.
- **Zone du plexus cardiaque** : située près du bord latéral du sternum, au niveau du troisième et quatrième espace intercostal. Il existe aussi deux zones latérales au niveau des arcs costaux antérieurs en regard du 3^{ème} et 4^{ème} espace intercostal.
- **Ligne axiale antérieure** : présentée en ligne droite, elle passe en regard du manubrium sternal et des premiers espaces intercostaux. Elle est la projection pariétale thoracique de la sphère pulmonaire.

6.3.2 Interprétation

Etendue le long du sternum et des arcs costaux antérieurs, cette zone est limitée en haut par l'orifice supérieur du thorax.

Le diaphragme forme la limite inférieure. Il remonte en position neutre dans la cavité thoracique en projection du quatrième espace intercostal à droite et du cinquième espace à gauche.

Suite à l'étude des points, de leur topographie et de leurs organes-cibles, on peut mettre en évidence trois orientations viscérales :

1. La sphère cardio-vasculaire
2. La sphère respiratoire
3. La sphère digestive supérieure

6.3.2.1 La sphère cardio-vasculaire

Représentée par le cœur et son enveloppe ainsi que les gros vaisseaux assurant la circulation sanguine, elle est protégée par la cage thoracique.

D'un point de vue topographique, le cœur, organe central de cette sphère répond aux deux premiers espaces intercostaux pour les angles supérieurs, au sixième cartilage costal droit pour l'angle inférieur droit, et au cinquième espace intercostal gauche pour l'angle inférieur gauche. La présence de points réflexes au niveau du thorax n'est donc pas surprenante.

Voici sous forme de tableau, la synthèse des points qui concernent la sphère cardio-vasculaire :

| Auteurs | Points de la sphère cardio-vasculaire |
|----------|---------------------------------------|
| KNAP | Points du myocarde |
| Périoste | Points du cœur et des gros vaisseaux |
| CHAPMAN | Points du myocarde |
| JARRICOT | Zone du plexus cardiaque |

Ces points se situent d'une part au niveau de la cage thoracique gauche à l'exception du point de CHAPMAN qui est bilatéral, et d'autre part sur la partie haute du grill costal, ne dépassant pas la cinquième côte.

De plus, ils sont en rapport avec plusieurs côtes car ils se positionnent sur leurs parties osseuses et cartilagineuses via les cartilages costaux adjacents mais aussi au niveau des espaces intercostaux qui unissent les côtes par un système musculo-ligamentaire.

Après superposition des points, les troisièmes côtes représentent les structures anatomiques communes de la sphère cardio-vasculaire. Les deuxièmes et quatrièmes côtes ont aussi une importance remarquable puisqu'elles sont notées chez trois auteurs.

En résumé, voici les structures anatomiques en rapport avec les points réflexes cardio-vasculaires de chaque auteur. Nous utiliserons l'abréviation « K » pour la numérotation des côtes :

- KNAP : **K3** + K1 / K2 / K4 (à gauche).
- Périoste : **K3** + K1 / K2 / K4 + point claviculaire (à gauche).
- CHAPMAN : **K3** + K2 (en bilatéral).
- JARRICOT : **K3** + K4 / K5 (à gauche).

6.3.2.2 La sphère respiratoire

La sphère respiratoire est composée dans sa partie initiale de la cavité bucco-nasale, du pharynx et du larynx. Le pharynx que nous verrons ultérieurement, est un carrefour aérodigestif. Le larynx, dont la fonction est uniquement respiratoire, se voit prolongé par la trachée qui se divise en deux bronches pour rejoindre les poumons.

D'un point de vue topographique, les poumons dépassent légèrement les bords supérieurs des premières côtes via les dômes pleuraux. Les limites inférieures des poumons se projettent en regard des neuvièmes côtes. Comme la sphère cardio-vasculaire, elle est protégée par la cage thoracique.

Voici sous forme de tableau, la synthèse des points qui concernent la sphère respiratoire :

| Auteurs | Points de la sphère respiratoire |
|----------|--|
| KNAP | Points des bronches et des poumons supérieurs |
| Périoste | Points des poumons et de la plèvre |
| CHAPMAN | Points des poumons supérieurs et inférieurs Points des bronches Points du larynx |
| JARRICOT | Ligne axiale antérieure (projection pariétale de la sphère pulmonaire) |

Ces points se situent de part et d'autre du sternum sur la cage thoracique pour les cartographies de CHAPMAN et JARRICOT, et de façon unilatérale à droite pour les cartographies de KNAP et des points périostés.

Cependant ils ne se placent pas sur toute la longueur du thorax puisqu'ils sont en rapport avec les cinq premières côtes au niveau de leurs parties osseuses, cartilagineuses et des espaces intercostaux mettant en lien les côtes adjacentes.

Sur l'ensemble des cartographies, les deuxièmes et troisièmes côtes sont présentées comme les structures anatomiques de la sphère respiratoire. Les premières et quatrièmes côtes sont aussi importantes puisqu'elles sont présentes sur trois cartographies.

En résumé, voici les structures anatomiques en rapport avec les points réflexes de la sphère respiratoire selon chaque auteur. Nous utiliserons l'abréviation « *K* » pour la numérotation des côtes :

- KNAP : **K2-K3** + K1 / K4 (à gauche)
- Périoste : **K2-K3** + K1 / K4 / K5 (à gauche) + point périosté sternal inférieur
- CHAPMAN : **K2-K3** + K4 / K5 (en bilatéral)
- JARRICOT : **K2-K3** + K1 (en bilatéral)

6.3.2.3 La sphère digestive supérieure

Elle représente la partie initiale du tube digestif jusqu'au sphincter inférieur de l'œsophage, le cardia. Elle traverse le diaphragme au niveau de la neuvième vertèbre thoracique (T9) au travers de l'orifice œsophagien et sera suivie de l'estomac.

Seul CHAPMAN décrit des points qui ne concernent pas l'œsophage, mais la proximité anatomique de la langue et du pharynx ainsi que leurs rôles dans l'ingestion du bol alimentaire, les placent au sein de cette sphère digestive supérieure. De plus, ils précèdent l'œsophage et assurent une continuité tissulaire au sein du conduit digestif.

Voici sous forme de tableau, la synthèse des points qui concernent la sphère digestive supérieure :

| Auteurs | Points de la digestive supérieure |
|-----------------|---|
| KNAP | Points de l'œsophage |
| Périoste | Point de l'œsophage |
| CHAPMAN | Point du pharynx Point de la langue Point de l'œsophage |
| JARRICOT | Zone de l'œsophage supérieur Zone du cardia |

Deux catégories de points sont mises en évidence. Les points de CHAPMAN et KNAP se retrouvent latéralement au niveau des cartilages costaux et des espaces intercostaux près des articulations chondro-sternales. Le point périosté de l'œsophage ainsi que les zones de l'œsophage et du cardia de JARRICOT sont placés médialement sur le sternum.

Contrairement aux deux premières sphères précédentes, le sternum s'ajoute aux côtes dans la recherche d'analogies. Il sert de point d'attache antérieur et ne peut donc pas être dissocié du grill costal.

Comme expliqué dans la description anatomique des cartographies, le point périosté et la zone de l'œsophage de JARRICOT se situent en regard des deuxièmes cartilages costaux. La zone du cardia, sus-xiphoïdienne, est à proximité des cartilages costaux communs aux côtes inférieures. Nous prendrons ces repères anatomiques dans la recherche d'analogies.

Sur l'ensemble des cartographies, les deuxièmes côtes sont présentées comme les structures anatomiques de la sphère digestive supérieure. Les troisièmes côtes et le sternum ont aussi une importance car on les retrouve respectivement sur les cartographies de deux auteurs.

En résumé, voici les structures anatomiques en rapport avec les points réflexes de la sphère digestive supérieure selon chaque auteur. Nous utiliserons l'abréviation « K » pour la numérotation des côtes :

- KNAP : **K2** + K3 / K4 / K5 (à droite)
- Périoste : **K2** (point sternal)
- CHAPMAN : **K2** + K1 / K3
- JARRICOT : **K2** (zone sternale) + zone du cardia sus-xiphoidien

6.3.3 Résumé

Voici les cartographies résumant les projections pariétales réflexes, commune à l'ensemble des auteurs, des sphères analysées de la zone thoracique sus-diaphragmatique :

Zone réflexe de la sphère cardio-vasculaire

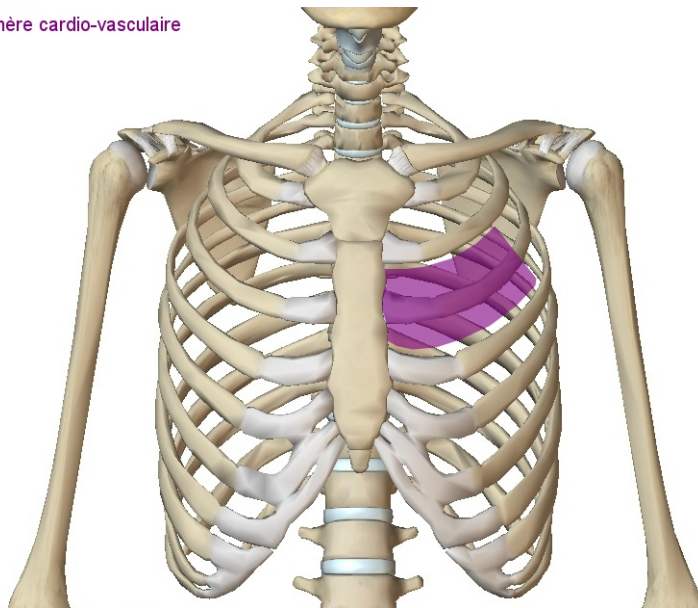


Figure 18 : Zone réflexe de la sphère cardio-vasculaire

Zone réflexe de la sphère respiratoire

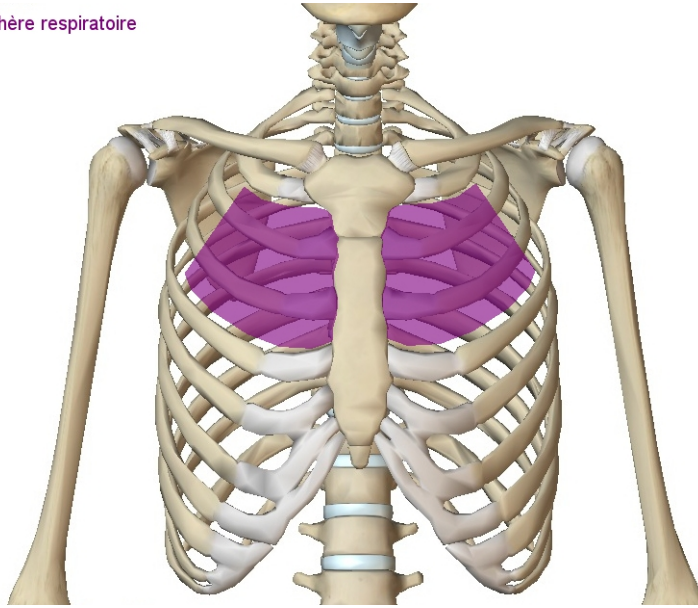


Figure 19 : Zone réflexe de la sphère respiratoire

Zone réflexe de la sphère digestive supérieure

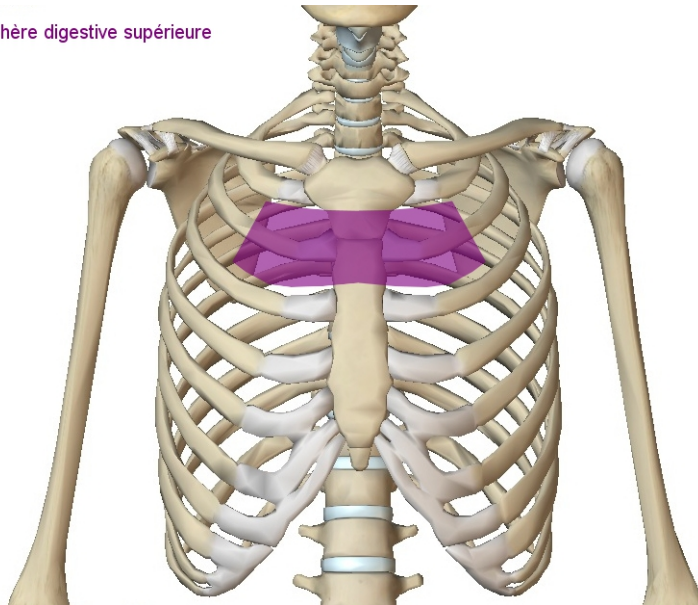


Figure 20 : Zone réflexe de la sphère digestive supérieure

6.4 Zone sous-diaphragmatique

6.4.1 Cartographies et points de la zone

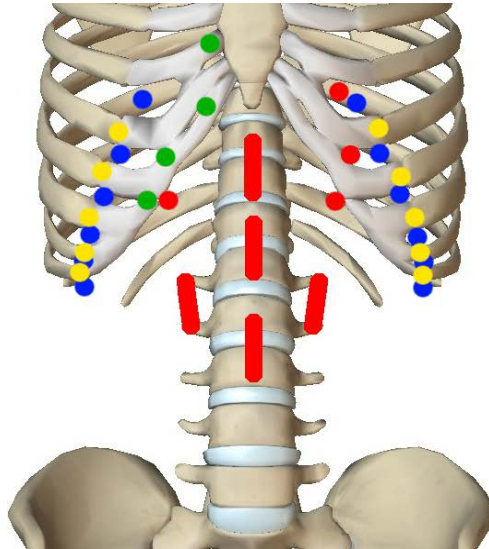


Figure 21 : Zone sous-diaphragmatique

Rappel de la nomenclature des points réflexes :

- Les points de KNAP : en vert, ils sont bilatéraux et sont représentés d'un seul côté.
- Les points périostés : en jaune, tous représentés.
- Les points de CHAPMAN : en bleu, ils tous bilatéraux hormis ceux accompagnés d'un R (right / droite) ou L (left / gauche) sur la cartographie de l'auteur (p.31).
- Les zones de JARRICOT : en rouge, toutes représentées.

6.4.1.1 Les points de KNAP

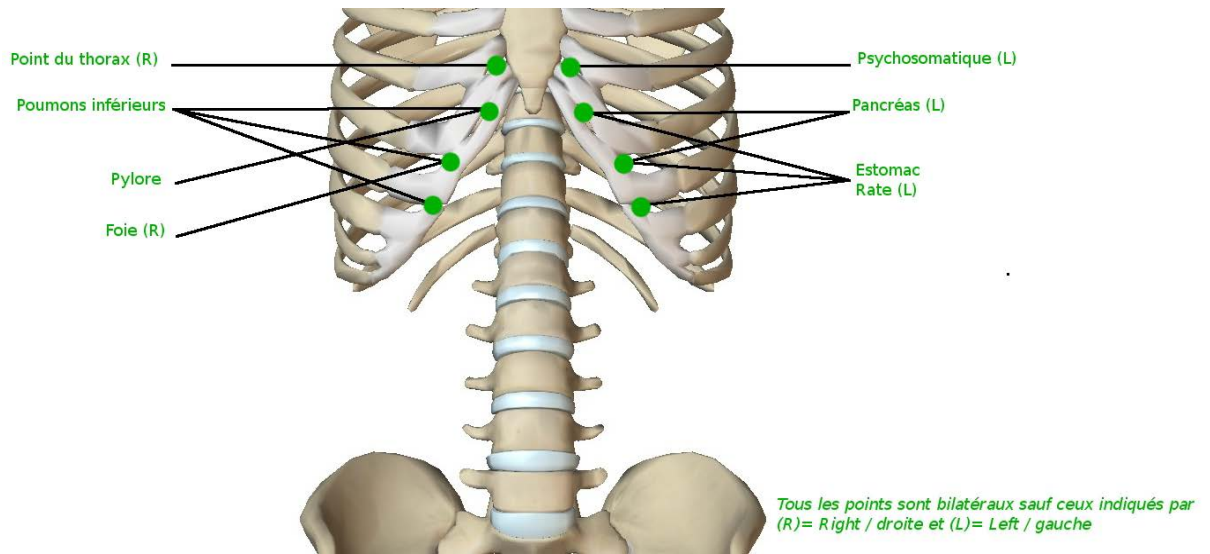


Figure 22 : Points de KNAP de la zone sous-diaphragmatique

- **Points des poumons inférieurs** : situés en regard des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} espaces intercostaux, à la partie médiale du cartilage costal commun aux côtes inférieures. Ces points sont bilatéraux.
- **Point du pylore** : situé près du bord sternal en regard du 5^{ème} espace intercostal, à la partie médiale du cartilage costal commun aux côtes inférieures. Ce point est bilatéral.
- **Point du foie** : situé à droite en regard du 6^{ème} espace intercostal, à la partie médiale du cartilage costal commun aux côtes inférieures.
- **Point psychosomatique** : situé à gauche près du bord sternal, au niveau du 5^{ème} espace intercostal.
- **Points du pancréas** : situés à gauche en regard des 5^{ème} et 6^{ème} espaces intercostaux, à la partie médiale du cartilage costal commun aux côtes inférieures.
- **Points de l'estomac** : situés en regard des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} espaces intercostaux, à la partie médiale du cartilage costal commun aux côtes inférieures. Ces points sont bilatéraux.
- **Points de la rate** : situés à gauche en regard des 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} espaces intercostaux, à la partie médiale du cartilage costal commun aux côtes inférieures.

6.4.1.2 Les points périostés

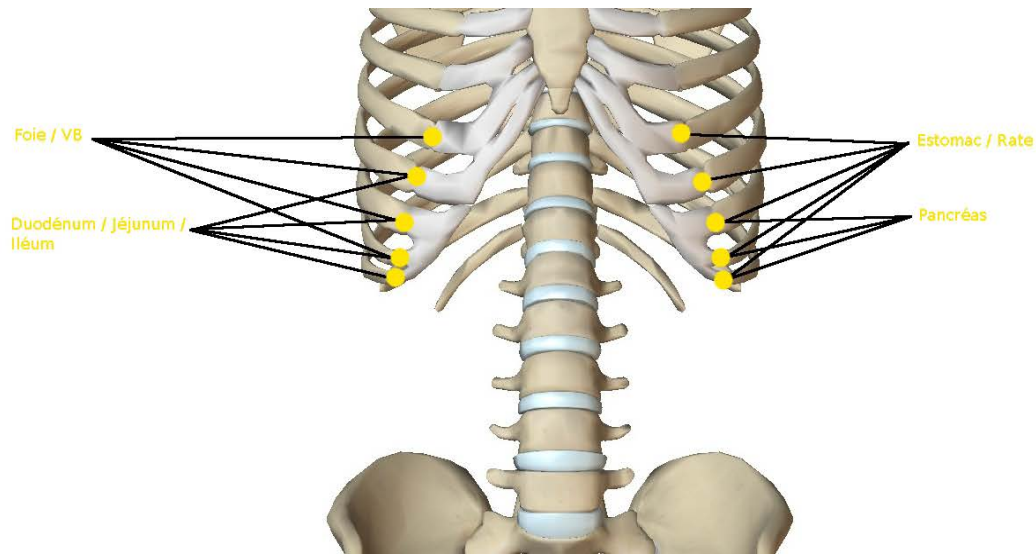


Figure 23 : Points Périostés de la zone sous-diaphragmatique

- **Points du foie et de la vésicule biliaire** : situés à droite, au niveau des articulations chondro-costales des côtes 6 à 9 (K6-K9).
- **Points du duodénum / jéjunum / iléum** : situés à droite, au niveau des articulations chondro-costales des côtes 7 à 10 (K7-K10).
- **Point de l'estomac et de la rate** : situés à gauche, au niveau des articulations chondro-costales des côtes 6 à 10 (K6-K10).
- **Points du pancréas** : situés à gauche, au niveau des articulations chondro-costales des côtes 8 à 10 (K8-K10).

6.4.1.3 Les points de CHAPMAN

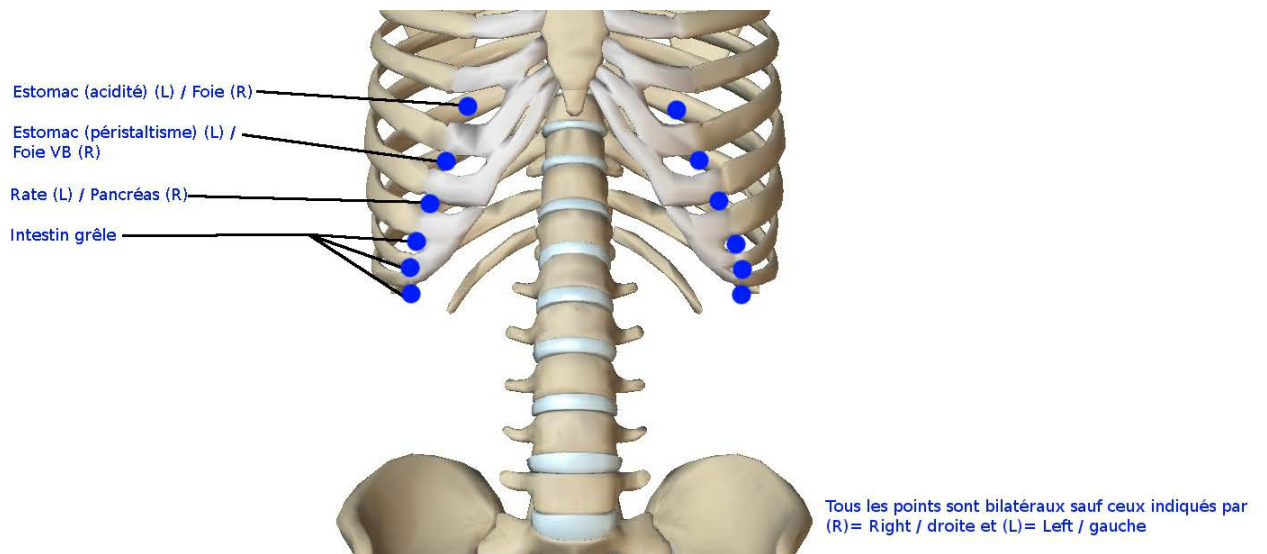


Figure 24 : Points de CHAPMAN de la zone sous-diaphragmatique

- **Point de l'estomac (acidité) et du foie** : situé au niveau du 5^{ème} espace intercostal en regard des articulations chondro-costales. Ce point est bilatéral, celui du foie est à droite, celui de l'estomac à gauche.
- **Point de l'estomac (péristaltisme), du foie et de la vésicule biliaire** : situé au niveau du 6^{ème} espace intercostal en regard des articulations chondro-costales. Ce point est bilatéral, celui du foie et de la vésicule biliaire est à droite, celui de l'estomac à gauche.
- **Point de la rate et pancréas** : situé au niveau du 7^{ème} espace intercostal en regard des articulations chondro-costales. Ce point est bilatéral, celui du pancréas est à droite, celui de la rate à gauche.
- **Points du duodénum / jéjunum / iléum (intestin grêle)** : situés au niveau des 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} espaces intercostaux en regard des articulations chondro-costales. Ces points sont bilatéraux.

6.4.1.4 Les zones de JARRICOT

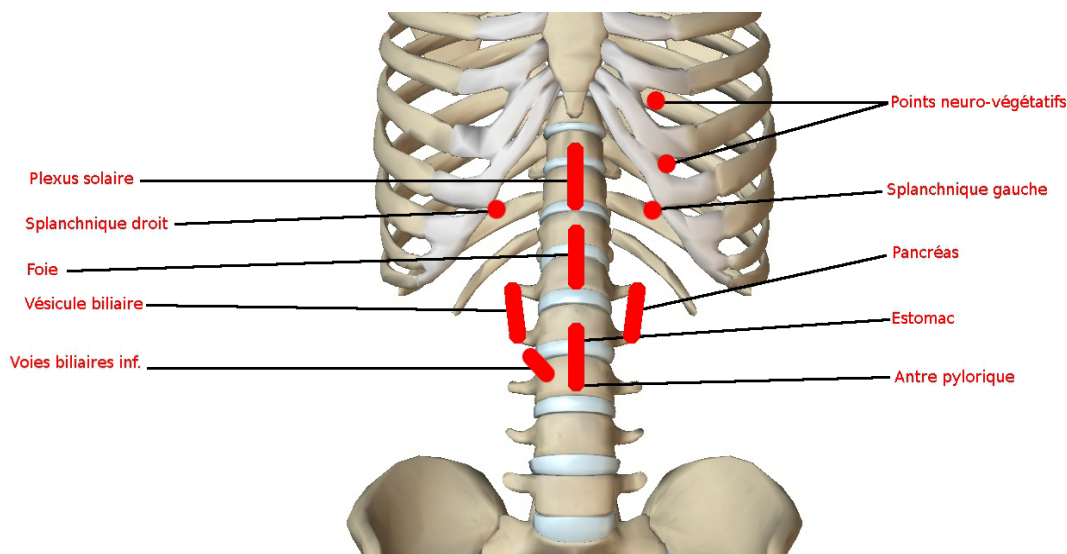


Figure 25 : Zones de JARRICOT de la zone sous-diaphragmatique

- **Points neuro-végétatifs** : situés à gauche en regard des 5^{ème} et 6^{ème} espaces intercostaux, à la partie latérale du cartilage costal commun aux côtes inférieures.
- **Zone du plexus solaire**³⁴ : située médialement sur la paroi abdominale au niveau de la ligne des grands droits de l'abdomen, sous la pointe de l'apophyse xiphoïde.
- **Zone des splanchniques**³⁵ : située sur le bord médial du cartilage costal commun aux côtes inférieures, en regard des 7^{ème} espaces intercostaux. Cette zone est bilatérale.
- **Zone du foie** : située médialement sur la paroi abdominale au niveau de la ligne des grands droits de l'abdomen, elle est en projection de la charnière thoraco-lombaire.
- **Zone de la vésicule biliaire** : située sur la paroi abdominale antérieure, en projection des deux premières vertèbres lombaires, elle se situe trois travers de doigts à droite de la ligne médiale.

³⁴ Plexus solaire : ou cœliaque, est un plexus assurant l'innervation sympathique des viscères abdominaux supérieurs.

³⁵ Nerfs splanchniques : par un relais dans le plexus solaire, ces nerfs assurent l'innervation sympathique des viscères abdominaux supérieurs. Le grand nerf splanchnique naît par trois racines des 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} ganglions thoraciques. Le petit nerf splanchnique naît par deux racines des 10^{ème} et 11^{ème} ganglions thoraciques.

- **Zone de la voie biliaire inférieure** : située sur la paroi abdominale antérieure, en projection de la 3^{ème} vertèbre lombaire, elle se situe deux travers de doigts à droite de la ligne médiale.
- **Zone du pancréas** : homologue de la zone de la vésicule biliaire, à gauche.
- **Zone de l'estomac et de l'antrum pylorique** : située sur la paroi abdominale antérieure au niveau de la ligne des grands droits de l'abdomen, elle est en projection de la 2^{ème} et 3^{ème} vertèbre lombaire, au-dessus de l'ombilic.

6.4.2 Interprétation

Cette deuxième zone occupe la région épigastrique centrale et les deux hypochondres latéraux. Placée sous le diaphragme, elle est en rapport avec les côtes inférieures sous la cinquième côte à droite et la sixième côte à gauche.

Elle est le siège des organes sous-diaphragmatiques, assurant les fonctions digestives, immunitaires et glycémiques.

L'ensemble des points se situent en regard des cartilages costaux communs aux côtes inférieures par les espaces intercostaux et les articulations costo-chondrales. Seules les zones de JARRICOT, à l'exception des points neuro-végétatifs, sont projetées médialement sur les régions de l'épigastre et de l'ombilic.

La segmentation de DEJERINE fait partie intégrante des travaux de JARRICOT. Afin d'utiliser le même référentiel, nous prendrons en compte les côtes et les cartilages costaux situés sur le dermatome de la zone analysée. La palpation abdominale est néanmoins associée à l'examen des points réflexes costaux.

Suite à l'étude des points, on peut mettre en évidence trois orientations distinctes :

1. La sphère digestive moyenne
2. Le foie et les voies biliaires
3. La rate et le pancréas

6.4.2.1 La sphère digestive moyenne

Elle se situe dans la continuité de la sphère digestive supérieure de la zone thoracique sus-diaphragmatique. L'estomac assure la fragmentation du bol alimentaire dont les nutriments sont par la suite absorbés par l'intestin grêle composé du duodénum, du jéjunum et de l'iléum.

L'intestin grêle n'est pas directement représenté sur la cartographie de Georgia KNAP, mais le point du pylore ou sphincter gastroduodéal établit la projection pariétale de sa partie initiale.

L'innervation sympathique de ces organes est assurée par le plexus solaire qui reçoit des afférences des nerfs splanchniques. C'est par ce rapport nerveux que les zones de JARRICOT font partie intégrante de ce chapitre.

Voici sous forme de tableau, la synthèse des points qui concernent la sphère digestive moyenne :

| Auteurs | Points de la zone |
|----------|---|
| KNAP | Point du pylore Points de l'estomac et de la rate |
| Périoste | Points du duodénum / jéjunum / iléum Point de l'estomac et de la rate |
| CHAPMAN | Point de l'estomac (acidité) et du foie Point de l'estomac (péristaltisme), du foie et de la vésicule biliaire Points de l'intestin grêle |
| JARRICOT | Zone du plexus solaire Zone des nerfs splanchniques Points neuro-végétatifs Zone de l'estomac Zone de l'antre pylorique |

Suite à l'observation de ces points, on note que les sixièmes, septièmes et huitièmes côtes sont retrouvées dans l'ensemble des schématisations. Elles représentent donc la zone de projection pariétale de la sphère digestive moyenne. Présent chez trois auteurs, l'environnement des cinquièmes côtes a aussi une importance notable.

En résumé, voici les structures anatomiques en rapport avec les points réflexes de la sphère digestive moyenne selon chaque auteur. Nous utiliserons l'abréviation « *K* » pour la numérotation des côtes :

- KNAP : **K6-K7-K8** + K5
- Périoste : **K6-K7-K8** + K9 / K10
- CHAPMAN: **K6-K7-K8** + K5 / K9 / K10
- JARRICOT : **K6-K7-K8** + K5 + zone de projection au sein du dermatome de T9

Il est important de noter que CHAPMAN place des points réflexes pyloriques sur le sternum. Nous avons choisi pour cette étude de les placer au sein de la zone thoracique sus-diaphragmatique mais leur examen est complémentaire de la sphère digestive moyenne.

De plus, l'examen de cette sphère se fait de façon bilatérale mais il faut noter qu'une recherche des points réflexes en lien avec l'estomac se fera majoritairement à gauche.

6.4.2.2 La rate et le pancréas

D'un point de vue physiologique, la rate et le pancréas assurent des fonctions différentes. La rate est un réservoir qui produit les lymphocytes, filtre et épure le sang. Le pancréas sécrète les sucs pancréatiques nécessaires à la digestion et régule la glycémie en produisant l'insuline et le glucagon.

En anatomie, ces deux organes sont proches de par leur localisation profonde dans la cavité abdominale. La queue du pancréas, libre entre les deux feuillets du ligament phrénico-

splénique³⁶, est en rapport avec la face viscérale de la rate et son pédicule artériel et veineux.

L'artère et la veine splénique assurent en plus de la rate la vascularisation du pancréas en longeant son bord supérieur.

L'innervation sympathique est elle aussi commune. Elle est réalisée par les afférences nerveuses du plexus solaire.

Voici sous forme de tableau, la synthèse des points qui concernent la rate et le pancréas :

| Auteurs | Points de la zone |
|----------|---|
| KNAP | Points de l'estomac et de la Rate Points du pancréas |
| Périoste | Points de l'estomac et de la rate Points du pancréas |
| CHAPMAN | Point de la rate et du pancréas |
| JARRICOT | Zone du plexus solaire Zone des nerfs splanchniques Points neuro-végétatifs Zone du pancréas |

L'examen réflexe de la rate et du pancréas se réalise essentiellement à gauche, puisque seul le point du pancréas de CHAPMAN se situe à droite.

La superposition des points réflexes met en évidence une zone commune. Les septièmes et huitièmes côtes reçoivent, sur l'ensemble des cartographies, les points réflexes en lien avec le pancréas et la rate. On note aussi l'importance des sixièmes côtes, présentes sur trois cartographies.

³⁶ Ligament phrénico-splénique : relie le diaphragme au hile de la rate. Le terme phrénique provient du grec « phrên » qui signifie « diaphragme » et celui de splénique provient du latin « splénicus » qui signifie « malade de la rate »

Voici les structures anatomiques en rapport avec les points réflexes de la rate et du pancréas. Nous utiliserons l'abréviation « K » pour la numérotation des côtes :

- KNAP: **K7-K8** + K5 / K6
- Périoste : **K7-K8** + K6 / K9 / K10
- CHAPMAN : **K7-K8**
- JARRICOT : **K7-K8** + K6 / K9-K12

6.4.2.3 Le foie et les voies biliaires

Occupant une place prépondérante dans la digestion, le foie est l'organe central des voies biliaires. La bile, synthétisée par le foie afin de favoriser la digestion, est stockée dans la vésicule biliaire et rejoint le duodénum lors du passage de fragments alimentaires contre la paroi gastroduodénale. Il joue aussi un rôle dans les fonctions glycémiques, immunitaires et endocriniennes de l'organisme.

Le foie et les voies biliaires sont situés dans la loge sous-phrénique droite au contact des côtes inférieures qui assurent leurs protections.

Plaquée sous le diaphragme, cette localisation justifie leurs présences au sein de la zone sous-diaphragmatique dont les points réflexes sont cités ci-dessous :

| Auteurs | Points de la zone |
|-----------------|---|
| KNAP | Point du foie |
| Périoste | Points du foie et de la vésicule biliaire |
| CHAPMAN | Points du foie et de l'estomac (acidité et péristaltisme) |
| JARRICOT | Zone du plexus solaire Zone des nerfs splanchniques Points neuro-végétatifs Zone du foie Zone de la vésicule biliaire Zone des voies biliaires inférieures |

Sur l'ensemble des cartographies, la recherche des points réflexes est latéralisée à droite en regard de la sixième et septième côte. Elles représentent donc la zone de projection du foie et des voies biliaires. Il faudra cependant prendre en compte la palpation abdominale des zones de JARRICOT.

Voici la synthèse des structures anatomiques en rapport avec les points réflexes du foie et des voies biliaires. Nous utiliserons l'abréviation « K » pour la numérotation des côtes :

- KNAP : **K6-K7**
- Périoste : **K6-K7** + K8
- CHAPMAN : **K6-K7** + K5
- JARRICOT : **K6-K7** + K8-K12

6.4.3 Résumé

Voici les cartographies résumant les projections pariétales réflexes, commune à l'ensemble des auteurs, des sphères et organes analysés de la zone sous-diaphragmatique :

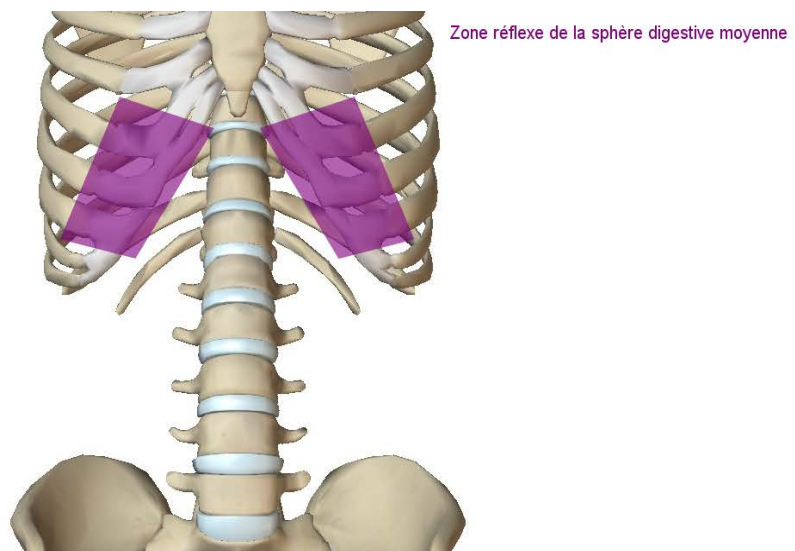


Figure 26 : Zone réflexe de la sphère digestive moyenne

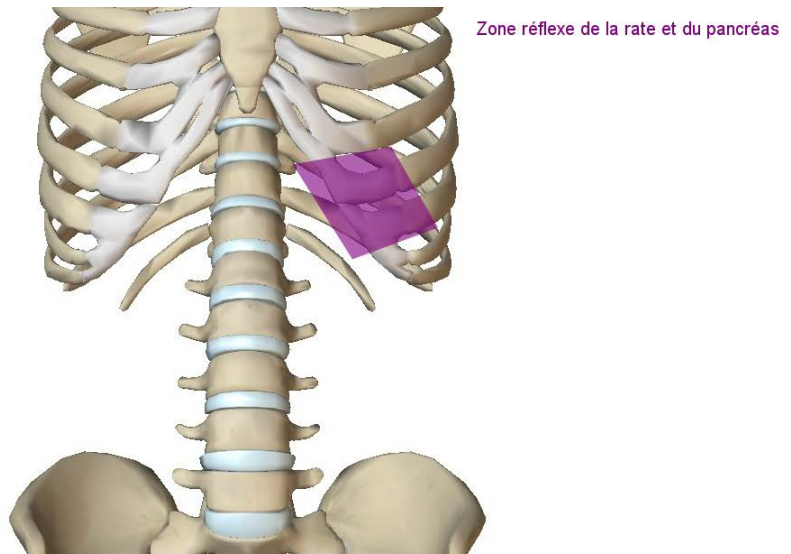


Figure 27 : Zone réflexe de la rate et du pancréas

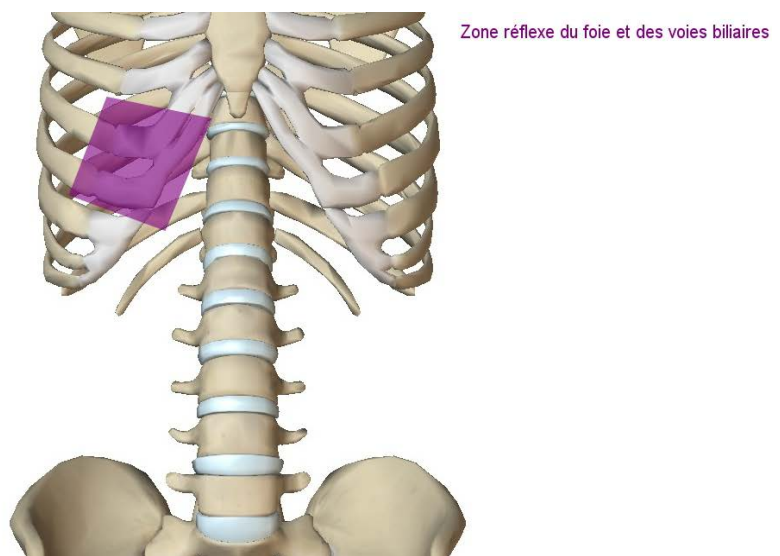


Figure 28 : zone réflexe du foie et des voies biliaires

6.5 Zone du bassin

6.5.1 Cartographies et points de la zone

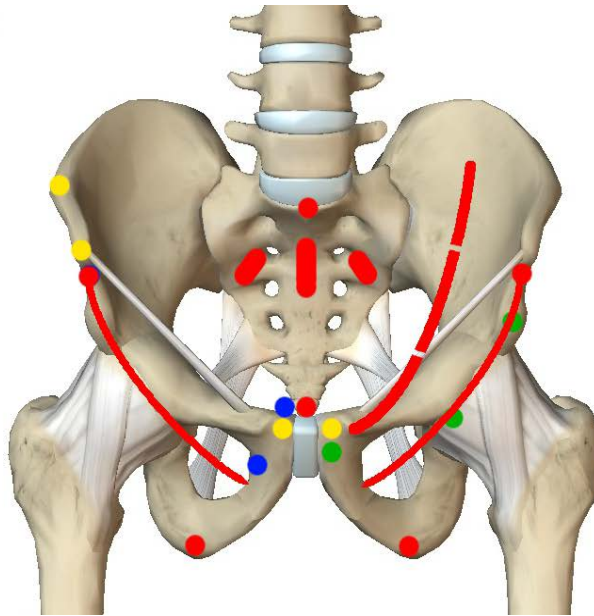


Figure 29 : Zone du bassin

Rappel de la nomenclature des points réflexes :

- Les points de KNAP : en vert, ils sont bilatéraux et sont représentés d'un seul côté.
- Les points périostés : en jaune, tous représentés.
- Les points de CHAPMAN : en bleu, ils tous bilatéraux hormis ceux accompagnés d'un R (right / droite) ou L (left / gauche) sur la cartographie de l'auteur (p.31).
- Les zones de JARRICOT : en rouge, toutes représentées.

6.5.1.1 Les points de KNAP

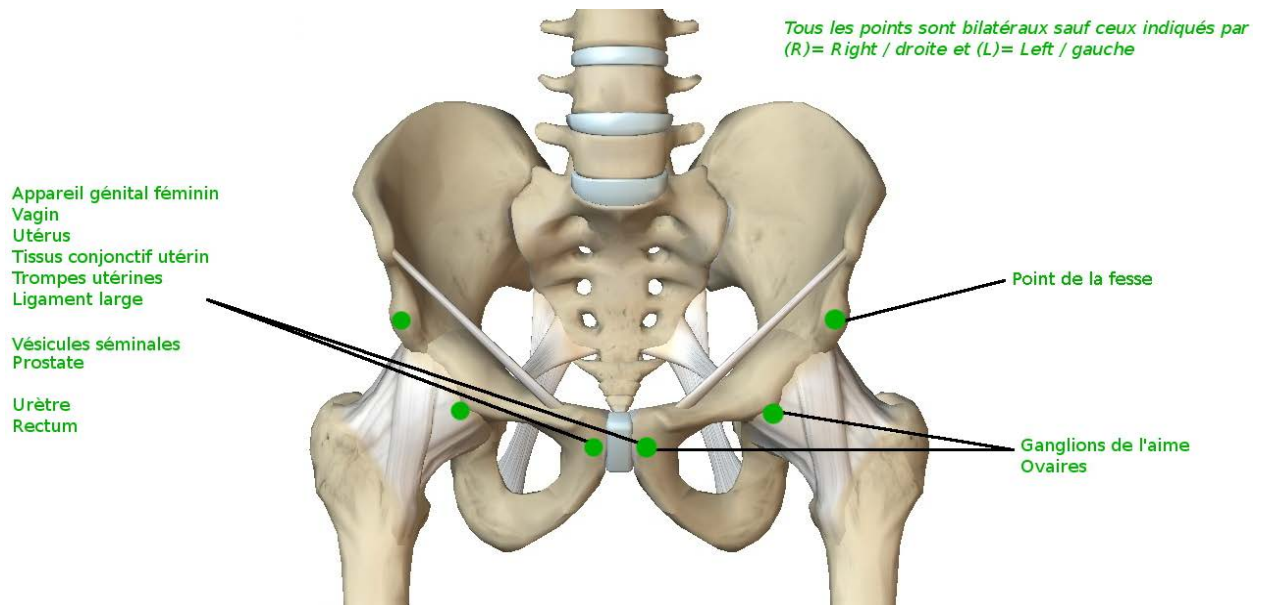


Figure 30 : Points de KNAP de la zone du bassin

- **Point de la fesse** : situé au-dessous de la crête iliaque, au-dessus et en dedans du grand trochanter. Ce point est bilatéral.
- **Point de la hanche** : situé en regard de la tête fémorale, sous le col du fémur. Ce point est bilatéral et représente la projection pariétale des ganglions de l'aîne et des ovaires.
- **Point du pubis** : situé en dehors de la symphyse pubienne, sous le tubercule pubien. Ce point est bilatéral et représente la projection pariétale des organes suivants :
 - Ganglions de l'aîne
 - Ovaires
 - Appareil génital féminin
 - Vagin
 - Utérus
 - Tissu conjonctif utérin
 - Trompes utérines
 - Ligaments larges
 - Vésicules séminales
 - Prostate
 - Urètre
 - Rectum

6.5.1.2 Les points périostés

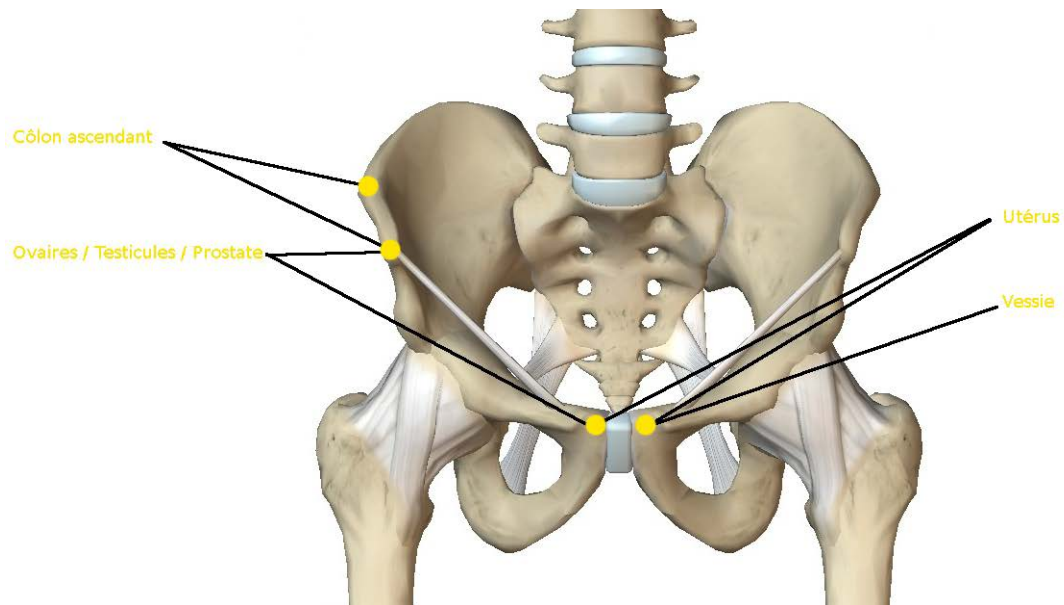


Figure 31 : Points Périostés de la zone du bassin

- **Points du côlon ascendant** : situés à droite au niveau du bord externe de la crête iliaque et en regard de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.
- **Points des ovaires, des testicules et de la prostate** : situés à droite, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et à la partie supérieure de la symphyse pubienne.
- **Points de l'utérus** : situés de part et d'autre de la symphyse pubienne à sa partie supérieure.
- **Point de la vessie** : situé à gauche, à la partie supérieure de la symphyse pubienne.

6.5.1.3 Les points de CHAPMAN

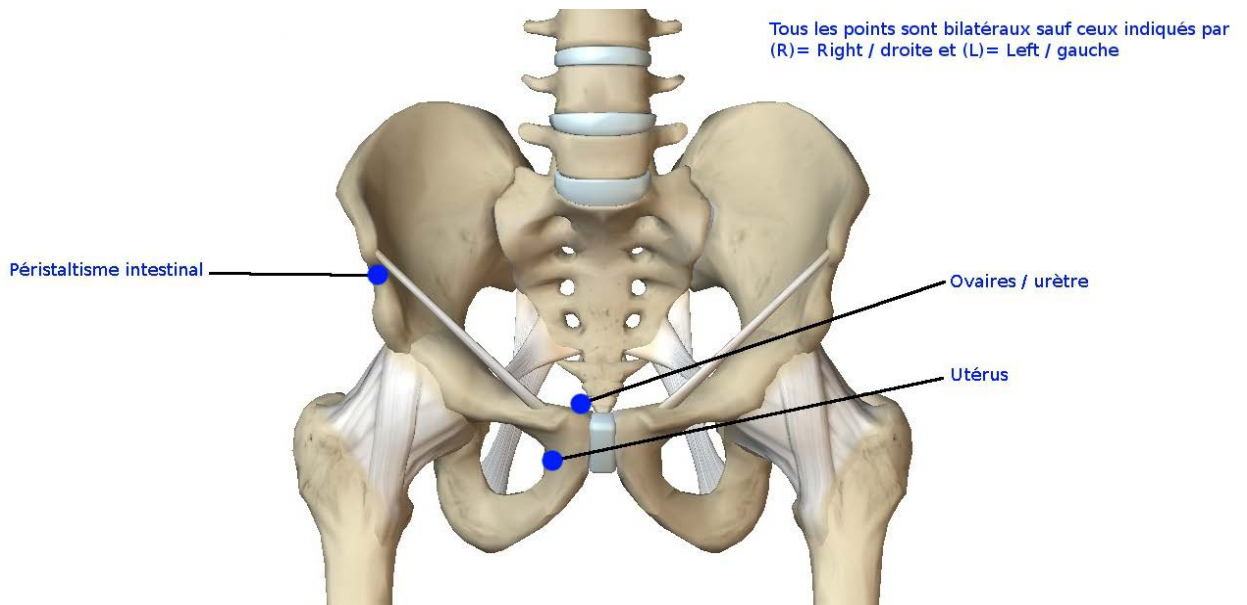


Figure 32 : Points de CHAPMAN de la zone du bassin

- **Point du péristaltisme intestinal** : situé sous l'épine iliaque antéro-supérieure. Ce point est bilatéral.
- **Point des ovaires et de l'urètre** : situé à la partie supérieure de la symphyse pubienne. Ce point est bilatéral.
- **Point de l'utérus** : situé à la partie inférieure de la symphyse pubienne, légèrement en dehors. Ce point est bilatéral.

6.5.1.4 Les zones de JARRICOT

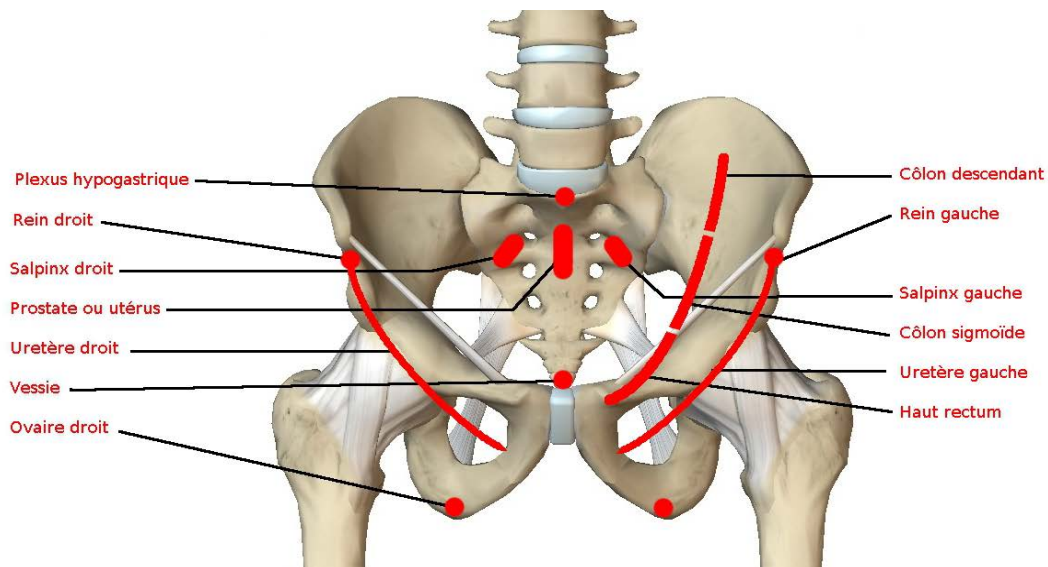


Figure 33 : Zones de JARRICOT de la zone du bassin

- **Zone du plexus hypogastrique** : située sur la ligne médiale, en regard de la charnière lombo-sacrée.
- **Zone du côlon descendant, sigmoïde et du haut rectum** : située sur une ligne allant de la crête iliaque gauche à la symphyse pubienne en passant par la fosse iliaque gauche. La zone du côlon descendant se situe au-dessus de la zone du côlon sigmoïde, et la zone du côlon sigmoïde au-dessus de la zone du haut rectum.
- **Zone des salpinx droit et gauche** : zone bilatérale située en regard de la 2^{ème} et 3^{ème} vertèbre sacrée, latéralement aux foramens sacro-pelviens.
- **Zone de la prostate ou de l'utérus** : située sur la ligne médiale en regard de la 2^{ème} et 3^{ème} vertèbre sacrée.
- **Zone des Reins** : zone bilatérale située sous l'épine iliaque antéro-supérieure.
- **Zone des uretères** : ligne bilatérale allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie inférieure de la symphyse pubienne.
- **Zone de la vessie** : située médialement au-dessus de la symphyse pubienne.
- **Zone des ovaires** : zone bilatérale située en regard de la partie inférieure de la tubérosité ischiatique, en dedans du petit trochanter du fémur.

6.5.2 Interprétation

Le bassin est composé des deux os coxaux latéralement et du sacrum en arrière dont l'apex s'articule avec le coccyx. La présence d'un vaste système articulaire assure son maintien et sa mobilité.

Cette architecture osseuse renferme la cavité pelvienne qui, séparée de l'abdomen par le péritoine, contient les éléments de l'appareil urinaire, gastro-intestinal et reproducteur.

Outre son implication dans les fonctions viscérales, le bassin est un carrefour de tensions entre les membres inférieurs et la colonne vertébrale. Cette caractéristique lui confère une importance particulière dans la prise en charge ostéopathique.

L'analyse des points réflexes met en évidence le système digestif, urinaire et reproducteur. Nous allons les détailler en trois parties :

1. La sphère digestive inférieure
2. Le système urinaire
3. La sphère gynécologique

6.5.2.1 la sphère digestive inférieure

Partie terminale du tube digestif, elle est composée du côlon et du rectum. Ses rôles sont le stockage et l'évacuation des déchets de la dégradation alimentaire, le maintien de l'équilibre hydrique par la réabsorption de l'eau mais aussi de certaines substances organiques comme la vitamine K.

Le côlon est constitué d'un feuillet pariétal musculaire qui assure le péristaltisme, c'est-à-dire, la propagation des matières fécales en direction du rectum et du canal anal. C'est par cette caractéristique que les points de CHAPMAN font partie intégrante de cette sphère.

Voici sous forme de tableau, les points réflexes de la sphère digestive inférieure :

| Auteurs | Points de la zone |
|----------|---|
| KNAP | Points du rectum |
| Périoste | Points du côlon ascendant |
| CHAPMAN | Point du péristaltisme intestinal |
| JARRICOT | Zone du côlon descendant Zone du côlon sigmoïde Zone du haut rectum |

Dans ce chapitre, l'analyse des points ne montre pas de réelles analogies. JARRICOT et KNAP projettent des zones et points réflexes au niveau du pubis tandis que CHAPMAN et VOGLER les placent en regard de la crête iliaque.

Comme nous prenons comme critère d'objectivation la superposition ou la proximité des points réflexes, nous ne pouvons donner une localisation anatomique précise ayant une importance notable dans l'orientation diagnostic et le traitement de la sphère digestive inférieure. Il faut cependant noter que les quatre auteurs ont représenté des points réflexes en lien avec la sphère digestive inférieure.

Il est donc essentiel de réaliser un examen palpatoire complet de la zone du bassin lors de problématiques digestives.

6.5.2.2 Le système urinaire

Le système urinaire est constitué de deux parties. Le haut-appareil composé des reins et des uretères, est suivi du bas-appareil comprenant la partie terminale des uretères, la vessie et l'urètre.

C'est une voie excrétrice de l'organisme. Elle permet l'évacuation des déchets de l'organisme à l'aide de l'urine synthétisée par les reins. Aussi, elle joue un rôle important dans le maintien de l'équilibre de l'organisme en eau, en minéraux et en électrolytes.

Le haut-appareil est situé de part et d'autre de la colonne lombaire dans le plan abdominal postérieur et le bas-appareil dans la cavité pelvienne.

L'ensemble des auteurs placent dans la zone du bassin des points réflexes en lien avec le bas-appareil urinaire à l'exception de JARRICOT qui cartographie la sphère urinaire dans son entièreté. Nous ferons l'étude du bas-appareil dans ce chapitre afin d'obtenir le même référentiel.

Voici les points réflexes qui se rapportent au bas-appareil du système urinaire :

| Auteurs | Points de la zone |
|----------|---|
| KNAP | Points de l'urètre |
| Périoste | Point de la vessie |
| CHAPMAN | Point de l'urètre |
| JARRICOT | Zones des uretères Zone de la vessie |

Après superposition des points, le pubis représente la structure anatomique commune à l'ensemble des cartographies.

Composé de la réunion des deux os coxaux par leur branche pubienne, il est le siège des points et zones réflexes. Son investigation se fait de manière bilatérale de part et d'autre de cette articulation et à sa partie supérieure concernant la zone de la vessie de JARRICOT.

En résumé, l'ensemble des auteurs placent la projection du bas appareil urinaire au niveau du pubis et de la symphyse pubienne.

6.5.2.3 La sphère gynécologique

La sphère gynécologique est la principale orientation de la zone du bassin.

Nous traiterons dans ce même chapitre l'appareil reproducteur masculin et féminin car la majorité des auteurs ne les dissocient pas dans leurs travaux. Aussi, en embryologie, les systèmes reproducteurs masculin et féminin sont indifférenciés jusqu'à la huitième semaine de gestation. Cette origine commune explique ainsi leur rapprochement au sein des cartographies réflexes en ostéopathie.

Situé dans la cavité pelvienne et intime au plancher pelvien, l'appareil reproducteur féminin se compose de l'utérus et de ses annexes, des trompes, des ovaires, et du vagin.

Les ovaires ont pour rôle la production d'ovocytes qui après fécondation cheminent via les trompes jusqu'à la cavité utérine assurant la nidation et le développement de l'embryon.

Chez l'homme, l'appareil reproducteur est composé de la prostate, des vésicules séminales et des testicules. Leur fonction est d'assurer la production du liquide séminal et des spermatozoïdes formant le sperme.

Associé au plancher pelvien musculaire, un vaste réseau ligamentaire permet le maintien de ces organes et le contrôle de la statique pelvienne.

Le bassin est le siège de la sphère gynécologique et présente un ensemble de points réflexes cités ci-dessous :

| Auteurs | Points de la zone |
|-----------------|--|
| KNAP | Points des ovaires Points du pubis : <ul style="list-style-type: none">- Appareil génital féminin- Vagin- Utérus- Tissu conjonctif utérin- Trompes utérines- Ligaments larges- Vésicules séminales- Prostate |
| Périoste | Points des ovaires, des testicules et de la prostate Points de l'utérus |
| CHAPMAN | Point des ovaires et de l'urètre Point de l'utérus |
| JARRICOT | Zone du plexus hypogastrique ³⁷ Zone des salpinx droit et gauche (trompes utérines) Zone de la prostate ou de l'utérus Zone des ovaires droit et gauche |

³⁷ Plexus hypogastrique : plexus du système nerveux autonome situé au niveau sacré. Il assure l'innervation parasympathique des organes de la cavité pelvienne.

La majorité des points représentés se situent au niveau du cadre osseux du bassin. Seules les zones de JARRICOT sont localisées en sus-pubien en regard des vertèbres sacrées et au niveau des tubérosités ischiatiques.

Sur l'ensemble des cartographies, le pubis représente la structure commune de la sphère gynécologique.

L'examen se réalise de manière bilatérale de part et d'autre de la symphyse pubienne et sera donc complété par la palpation cutanée sus-pubienne et ischiatique des zones de JARRICOT.

En résumé, voici les structures et localisations anatomiques en lien avec la sphère gynécologique selon chaque auteur :

- KNAP : **pubis** + points de la hanche
- Périoste : **pubis** + points des épines iliaques antéro supérieures
- CHAPMAN : **pubis**
- JARRICOT : zone cutanée sus-pubienne (**pubis**) en regard des trois premières vertèbres sacrées + tubérosités ischiatiques.

6.5.3 Résumé

Voici les cartographies résumant les projections pariétales réflexes, commune à l'ensemble des auteurs, du système urinaire et de la sphère gynécologique de la zone thoracique sus-diaphragmatique :

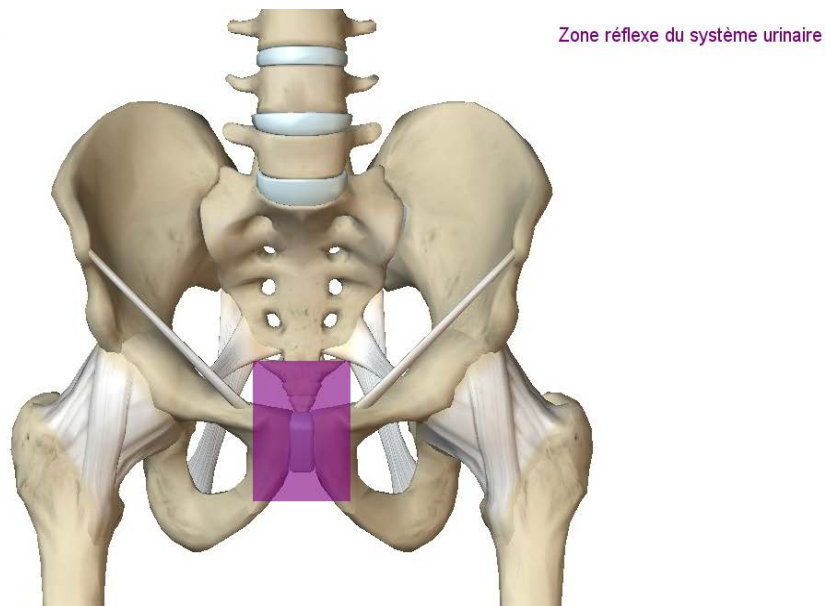


Figure 34 : Zone réflexe de la sphère urinaire

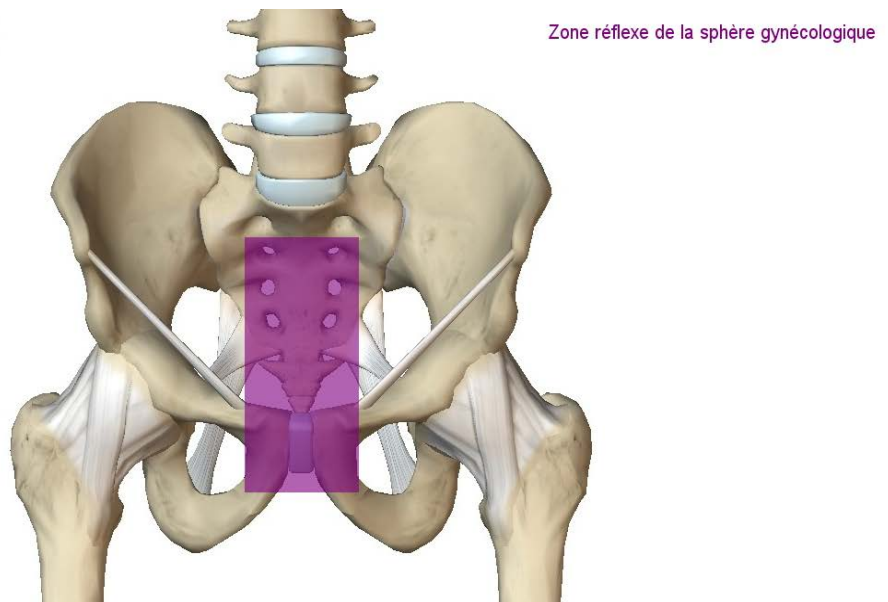


Figure 35 : Zone réflexe de la sphère gynécologique

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

7.1 Généralités

Suite à la description des concepts ostéopathiques fortement liés à l'histoire d'Andrew Taylor STILL, nous avons décrit nominativement les quatre approches réflexes de ce mémoire. Bien que chacune d'elle peut être utilisée séparément, le thérapeute peut choisir de les associer ou non en fonction de chaque patient. L'approche réflexe en ostéopathie demande une palpation affinée et une expérience certaine qui ne peut s'acquérir que par de longues années de pratique.

Dans une deuxième partie, nous avons analysé les cartographies antérieures issues des travaux de KNAP, VOGLER, CHAPMAN et JARRICOT. Trois zones apparaissent comme évidentes et chacune comporte trois orientations viscérales en accord avec l'anatomie puisque les organes décrits se situent à proximité de leur projection pariétale réflexe.

L'application pratique est la finalité de cette expérimentation théorique. L'approche réflexe est une pratique qui ne peut se suffire à elle-même et nous allons discuter dans ce chapitre de son intérêt au sein d'un traitement ostéopathique.

7.2 L'observation

Rappelons que le patient doit être pris en charge dans sa globalité. La pratique de l'ostéopathie réflexe ne se base pas uniquement sur la palpation de points et de zones mais aussi sur l'observation qui nous donnera les premières informations de la consultation.

Elle permet de recueillir des indications sur la dimension physique du patient. Sa posture en position assise, la façon de se mettre debout, de se déplacer, de nous serrer la main sont parmi tant d'autres des informations qui peuvent traduire une éventuelle perturbation fonctionnelle nous permettant de mieux comprendre le motif de consultation énoncé par la suite lors de l'interrogatoire.

La dimension psychologique doit également être prise en considération. La posture générale statique et dynamique nous renseigne sur l'état d'esprit et la façon d'être du patient.

Est-il renfermé sur lui-même ou au contraire en position d'ouverture, présente-t-il de l'assurance, de la retenue voire de la méfiance ou d'autres types de comportements. Il faudra aussi être attentif à sa façon de s'exprimer, de nous regarder afin de compléter cette première approche.

Le but de l'observation est de commencer à établir la carte d'identité du patient. Elle s'étoffera au cours de l'interrogatoire puis par la mise en œuvre des tests mécaniques et palpatoires. La synthèse de ces informations est primordiale pour établir un diagnostic ostéopathique et ainsi orienter le thérapeute dans la mise en œuvre et le traitement des points réflexes. Le praticien note les zones de tensions ou de relâchements susceptibles d'être investiguées lors de l'examen.

Cette première approche reste présente sur l'ensemble de la consultation. Le praticien notera les gestes et postures durant des phases de tests et de traitement. Aussi, lors de la mise en place de techniques réflexes, les modifications cutanées, tissulaires, vaso motrices sont des indications qu'il convient de prendre en compte.

7.3 L'interrogatoire

Au cours de l'anamnèse, le patient verbalise son motif de consultation. Après avoir éliminé toutes pathologies nécessitant une réorientation médicale, le praticien réalise une véritable enquête afin de connaître les caractéristiques de la plainte exprimée mais aussi l'état de santé général du patient afin de poser un premier diagnostic théorique complet.

Cet interrogatoire permet la mise en évidence de zones potentiellement en dysfonction et donc susceptibles d'être analysées en ostéopathie réflexe. Par exemple, si un patient évoque des remontées acides, il faudra investiguer la zone thoracique sus-diaphragmatique et sous-diaphragmatique en lien avec la sphère digestive supérieure et moyenne.

Le praticien est aussi acteur puisque dans une vision holistique du corps, il est amené à orienter ses questions afin de connaître les signes associés au motif de consultation. Une gêne ou douleur est rarement isolée et occasionne des répercussions sur l'ensemble du territoire métamérique. En reprenant l'exemple des remontées acides, il est important de se renseigner sur la présence de dorsalgies associées ou de manifestations cutanées et musculaires.

Aussi, les résultats de cette étude ont un double intérêt dans ce chapitre. Un symptôme pariétal peut être relié à une dysfonction viscérale et à l'inverse une problématique en lien avec un organe peut entraîner des répercussions au niveau de sa zone de projection. La projection de zones réflexes en ostéopathie permet au praticien de compléter et d'orienter son diagnostic.

7.4 Les tests ostéopathiques

L'anamnèse permet d'établir un premier diagnostic qui ne sera confirmé que par un examen ostéopathique complet composé d'une série de tests dont l'exécution est propre à chaque praticien.

La recherche de points réflexes permet de compléter cette séquence afin de connaître le schéma lésionnel du patient nécessaire à la réalisation d'un traitement interconnecté. Le praticien peut décider de parcourir l'ensemble des zones présentant des points réflexes afin d'orienter son examen viscéral. Par exemple si les points du pubis se trouvent modifiés dans leur qualité tissulaire et leur sensibilité, l'investigation des organes pelviens de la sphère urinaire et gynécologique sera nécessaire. A l'inverse, il peut spécifier cet examen en recherchant les points réflexes correspondant à un organe. Une dysfonction d'un organe de la sphère gynécologique sera associée à la palpation des points du pubis.

Cet abord de l'ostéopathie permet donc de compléter l'examen du thérapeute mais aussi d'apporter une vision plus globale d'une lésion viscérale intéressant l'ensemble d'un métamère.

Il est important de noter que la recherche des points réflexes ne se limite pas seulement à une zone métamérique mais aussi à son environnement. En effet, plusieurs points peuvent se trouver en dysfonction et donc faire référence à d'autres organes qui ne pourront être inscrits dans le schéma lésionnel du patient. Dans ce cas, il sera nécessaire de le questionner sur d'éventuelles manifestations cliniques en rapport avec la localisation métamérique de ces points et donc compléter l'interrogatoire.

7.5 Le traitement ostéopathique

Le praticien, à la suite de l'interrogatoire et des tests ostéopathiques, établit un schéma lésionnel dont découlera un traitement adapté. Dans la continuité du chapitre précédent, la normalisation des points réflexes peut être consécutive à une technique viscérale ou réalisée en amont. Pour connaître la chronologie du traitement, l'ostéopathe devra se renseigner sur l'origine nerveuse de la lésion afin d'identifier la structure favorisant l'état de facilitation.

Il est important de toujours vérifier les points réflexes traités car dans certains cas la correction n'est pas efficace mais cela ne veut pas dire que le traitement n'a eu aucune action mais qu'un élément métamérique maintient la boucle de facilitation médullaire. Un traitement ostéo-articulaire, conjonctif ou musculaire peut favoriser la normalisation de l'ensemble du métamère et donc des points réflexes associés. La même procédure peut être appliquée si une dysfonction viscérale persiste au cours du traitement.

Pour corriger efficacement un point réflexe, il est nécessaire d'utiliser des meilleurs outils décrits en première partie de ce mémoire. Le palper rouler, l'appui constant ou alternatif associé aux rotations, peut être utilisé pour chaque point. Le praticien choisit une technique propre à son expérience et doit pouvoir s'adapter. De plus, chaque patient possède un schéma corporel et une sensibilité unique qui doit être prise en compte afin d'assurer le bon déroulement de la séance.

Le but de cette pratique est de normaliser l'ensemble d'un métamère par l'utilisation de points réflexes ce qui nécessite une connaissance précise des cartographies afin d'assurer un traitement efficace. Cependant, elle ne peut se réaliser de façon isolée et doit être associée à d'autres techniques ostéopathiques. Rappelons que les tests sont réalisés sur l'entièreté du corps et ne sont pas limités à une approche viscérale ou réflexe. Un schéma lésionnel intervient sur l'ensemble des structures et peut faire appel, par exemple, à une normalisation ostéo-articulaire ou crânio-sacrée. Le praticien devra donc utiliser l'ensemble des techniques que nous offre l'ostéopathie afin de rétablir l'état holistique de chaque patient.

CHAPITRE 8 : CONCLUSION

Avec pour seul outil ses mains, l'ostéopathe doit établir un diagnostic précis afin de mettre en œuvre un traitement spécifique à chaque patient. La recherche des points réflexes permet de compléter cette approche car elle s'intègre dans le concept de globalité initié par STILL au travers des travaux sur la facilitation médullaire et les répercussions métamériques de la lésion ostéopathique du professeur Irvin KORR.

Je ne pouvais commencer la rédaction de ce mémoire sans évoquer ces deux auteurs qui m'ont permis de cerner mon sujet d'un point de vue historique et technique. Aussi, les recherches sur les auteurs qui ont cartographié leurs travaux étaient indispensables avant d'aborder toute analyse.

La première difficulté rencontrée dans ce mémoire a été le nombre de cartographies antérieures et postérieures. J'ai fait le choix de limiter mes recherches afin de ne pas utiliser un biais en sélectionnant des points réflexes selon des critères différents. De plus, c'est en me focalisant sur la partie antérieure du corps que j'ai pu mettre en œuvre la rigueur et la précision utile à cette investigation.

Ce mémoire avait pour objet l'étude des différentes cartographies réflexes antérieures afin de trouver des analogies. Dans de nombreux ouvrages, une cartographie est associée à une technique et un positionnement des mains ce qui nécessite plusieurs apprentissages si nous décidons de mettre en pratique les travaux de plusieurs auteurs. C'est pourquoi je me suis donné pour objectif de trouver des points communs, une référence pouvant être utilisée lors de traitements.

A la suite d'un travail de superposition, nous avons pu mettre en évidence trois zones distinctes comportant chacune un ensemble d'organes et de sphères viscérales ainsi que des structures anatomiques communes permettant d'affiner notre diagnostic et notre palpation.

La finalité de ce mémoire est une adaptation pratique des résultats en les incorporant au sein d'une consultation ostéopathique. Le praticien peut s'y référer lors de son diagnostic, puisque les points réflexes retrouvés sont en lien avec un ou plusieurs organes. Il peut donc dans un premier temps orienter son anamnèse en fonction du motif de consultation mais aussi spécifier ses tests sur un organe ou un point retrouvé.

Le praticien pourra choisir dans un second temps d'intégrer l'approche réflexe de l'ostéopathie au sein de son traitement en y associant les lésions directrices associées, qu'elles soient tissulaires, viscérales, organiques ou musculo-squelettiques. Cette approche de l'ostéopathie a donc de multiples champs d'action.

Cette référence que je cherchais en début d'étude a donc été démontrée mais je réalise qu'il ne s'agit que d'une base de travail. En effet, de nombreux points se retrouvent à distance des structures notées comme communes et je ne pouvais pas les ignorer car représentés sur les cartographies initiales, leur importance a été prouvée et il me fallait en tenir compte. C'est pourquoi il était essentiel d'aborder cette notion car une étude ciblée d'une zone anatomique ne peut être réalisée. Le praticien peut orienter son diagnostic mais une approche globale du patient est indispensable.

Aussi, je souhaitais aborder l'ostéopathie réflexe d'une façon indépendante, mais au fil des recherches bibliographiques, j'ai pris conscience que ce projet n'était pas réalisable. L'ensemble des techniques ostéopathiques devaient rester à l'esprit car la pratique réflexe ne peut être utilisée isolément.

Ce mémoire représente l'aboutissement de cinq années d'études, je me devais de trouver un sujet suscitant l'intérêt du lecteur et qui apporte une expérience ainsi que des connaissances vérifiées et synthétisées applicables à mon futur exercice. Il m'a permis de découvrir une riche pratique répondant aux principes ostéopathiques. Toutefois il serait intéressant de continuer ce travail en étudiant les cartographies postérieures afin d'obtenir une étude complète de l'approche réflexe en ostéopathie. C'est un objectif que je m'assigne dès à présent.

Références et Index

TABLE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Andrew Taylor STILL | 7 |
| Figure 2 : Irvin KORR | 13 |
| Figure 3 : Arc réflexes constitués par les connexions synaptiques de la moelle épinière .. | 16 |
| Figure 4 : positions de traitement du périoste | 22 |
| Figure 5 : Cartographie antérieure des points périostés..... | 23 |
| Figure 6 : Georgia KNAP | 24 |
| Figure 7 : Position de traitement des points de KNAP | 26 |
| Figure 8 : Cartographie antérieure des points de KNAP | 27 |
| Figure 9 : Positions du traitement des points de CHAPMAN | 30 |
| Figure 10 : Cartographie antérieure des points de CHAPMAN | 31 |
| Figure 11 : Cartographie de JARRICOT | 34 |
| Figure 12 : Cartographie antérieure des points réflexes en ostéopathie | 37 |
| Figure 13 : Zone thoracique sus-diaphragmatique | 38 |
| Figure 14 : Points de KNAP de la zone thoracique sus-diaphragmatique..... | 39 |
| Figure 15 : Points périostés de la zone thoracique sus-diaphragmatique | 40 |
| Figure 16 : Point de CHAPMAN de la zone thoracique sus-diaphragmatique | 41 |
| Figure 17 : Zones de JARRICOT de la zone thoracique sus-diaphragmatique..... | 42 |
| Figure 18 : Zone réflexe de la sphère cardio-vasculaire..... | 48 |
| Figure 19 : Zone réflexe de la sphère respiratoire | 49 |
| Figure 20 : Zone réflexe de la sphère digestive supérieure | 49 |
| Figure 21 : Zone sous-diaphragmatique | 50 |
| Figure 22 : Points de KNAP de la zone sous-diaphragmatique..... | 51 |
| Figure 23 : Points Périostés de la zone sous-diaphragmatique..... | 52 |

| | |
|--|----|
| Figure 24 : Points de CHAPMAN de la zone sous-diaphragmatique..... | 53 |
| Figure 25 : Zones de JARRICOT de la zone sous-diaphragmatique..... | 54 |
| Figure 26 : Zone réflexe de la sphère digestive moyenne | 60 |
| Figure 27 : Zone réflexe de la rate et du pancréas | 61 |
| Figure 28 : zone réflexe du foie et des voies biliaires | 61 |
| Figure 29 : Zone du bassin..... | 62 |
| Figure 30 : Points de KNAP de la zone du bassin | 63 |
| Figure 31 : Points Périostés de la zone du bassin | 64 |
| Figure 32 : Points de CHAPMAN de la zone du bassin..... | 65 |
| Figure 33 : Zones de JARRICOT de la zone du bassin | 66 |
| Figure 34 : Zone réflexe de la sphère urinaire | 72 |
| Figure 35 : Zone réflexe de la sphère gynécologique | 72 |

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages

Nom, P. (Année). *Titre de l'ouvrage*. Edition. Nombre de pages

AACOM. (2011). *Glossary of Osteopathic Terminology*. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. 64 pages

CAPOROSI (2006). *Le système neuro-végétatif et ses troubles fonctionnels*. Edition inconnue. 190 pages

CLERGEAUD, L. (2013). *La méthode KNAP*. Edition Dangles. 128 pages

HARRAP, G. (2010). *Dictionnaire Student Français / Anglais*. Edition Harrap's. 320 pages

GRAY'S ANATOMIE. (2010). *Anatomie pour les étudiants*. Edition Elsevier Masson. 1132 pages

KAMINA, Pierre. (2014). *Anatomie clinique : tome 3, thorax, abdomen*. Edition Maloine. 342 pages

KNAP, Georgia. (2004). *Quand j'étais vieux*. Edition Labussière. 271 pages

KORR, Irvin. (2013). *Bases physiologiques de l'ostéopathie*. Edition Frison-Roche. 209 pages

LAROUSSE. P. (2012). *Larousse Médical*. Edition Larousse. 1264 pages

MUR. Y. (1983) *La Douleur articulaire, dermalgies, auriculothérapie*. Edition Broché. 94 pages.

PERRONNEAUD-FERRE, Robert. (1999). *Techniques réflexes en ostéopathie*. Edition Verlaque. 205 pages

REY. A, REY. J, ROBERT. P. (2013). *Dictionnaire Le Petit Robert*. Edition Le Robert. 2837 pages

STILL, Andrew Taylor. (1892). *Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy*. Hudson-Kimberly Co. 319 pages

STILL, Andrew Taylor. (1899). *Philosophie de l'ostéopathie*. Edition Sully. 318 pages

STILL, Andrew Taylor. (1908). *Autobiographie*. Edition Sully. 370 pages

STILL, Andrew Taylor. (1910). *Osteopathy Research and Practice*. Self-Published by A.T.STILL. 543 pages

Articles

Nom, P. (Année). « Titre de l'article », Titre de la revue, Numéro. Pages de l'article

JARRICOT, Henri. (1971). « De certaines relations viscéro-cutanées métamériques (Dermalgies réflexes viscérales) en acupuncture », *Revue Méridiens*, Numéro 15-16, p. 87 à 126

JARRICOT, Henri. (1980). « Dermalgies réflexes viscéro-cutanées et organisation nouvelle du méridien principal de la vessie », *Revue Méridiens*, Numéro 51-52, p. 97 à 125

PAULUS. S. (2012). « Les principes fondamentaux de la philosophie Ostéopathique », *Journal international de la Médecine Ostéopathique*, Numéro 4, Volume 15

Mémoires

Nom, P. (Année). *Titre de la thèse*. Type de thèse. Ville : Nom de l'Université et du labo. Nombre de pages.

CHAUVEAU, V. (2012). *L'ostéopathie mots pour maux : à la recherche d'un vocabulaire commun*. Mémoire. Lognes : Institut supérieur d'ostéopathie. 114 pages.

CHARPENTIER, T. (2011). *Etude de l'effet de manœuvres ostéopathiques structurelles mises en œuvre lors de traitement de l'estomac sur la dermalgie de JARRICOT correspondante*. Mémoire. Rennes : Institut de formation supérieure en ostéopathie de Rennes. 24pages

HEUTY, Fabrice. (2014). *Diagnostic d'une douleur projetée en ostéopathie*. Mémoire. Nanterre : Conservatoire supérieur ostéopathique français. 102 pages

Sites internet

Nom, P. (Année). « Titre de l'article ». Ressource en ligne. Consulté le 11 mars 2015. Adresse Internet.

BERTRAND, B. (2014). « Le secret de KNAP ou le miracle de FAUST ». Consulté le 12 décembre 2014. <https://sites.google.com/site/infosknap/>

Logiciel GIMP®. Consulté le 15 octobre 2014. <http://www.gimp.org/>

Logiciel VisibleBody®. Consulté le 15 octobre 2014. <http://www.visiblebody.com/>

TRICOT, P. (Année). « Andrew Taylor STILL, le fondateur ». Site de l'approche tissulaire de l'ostéopathie. Consulté le 11 mars 2015. <http://www.approche-tissulaire.fr/les-premiers/50-osteopathie/les-fondateurs/les-pionniers/443-source-ats-fr>.

Site Net-Ostéo. (2011). « Les dermalgies de JARRICOT ». Consulté le 21 décembre 2014. <http://www.net-osteo.fr/>

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| Remerciements..... | 3 |
| Sommaire | 5 |
| Introduction..... | 6 |
| Chapitre 1 : Andrew Taylor STILL et l'ostéopathie..... | 7 |
| 1.1 Historique..... | 7 |
| 1.2 Les principes de l'ostéopathie..... | 9 |
| 1.2.1 L'être humain est une unité de fonction dynamique..... | 9 |
| 1.2.2 Le corps possède des mécanismes d'autorégulation qui sont auto-guérisseurs dans leur nature | 10 |
| 1.2.3 Structure et fonction sont étroitement liées à tous les niveaux..... | 11 |
| 1.2.4 Un traitement rationnel se base sur ces principes | 11 |
| Chapitre 2 : Irvin KORR et la facilitation médullaire..... | 13 |
| 2.1 Historique..... | 13 |
| 2.2 L'aspect neurologique de la lésion ostéopathique | 13 |
| 2.2.1 Introduction..... | 13 |
| 2.2.2 La fonction nerveuse..... | 15 |
| 2.2.3 Les différents réflexes mit en jeu..... | 16 |
| 2.3 Interprétation ostéopathique | 16 |
| 2.4 Conclusion | 17 |
| Chapitre 3 : Les auteurs | 18 |
| 3.1 Généralités | 18 |
| 3.2 Le périoste de Paul VOGLER | 19 |
| 3.2.1 Historique..... | 19 |
| 3.2.2 Rappels anatomiques sur le périoste | 19 |
| 3.2.3 Examen : | 20 |
| 3.2.4 Traitement..... | 21 |
| 3.1.5 Cartographie des points périostés | 23 |
| 3.3 KNAP ou l'homme aux quatre-vingt métiers | 24 |
| 3.3.1 Historique..... | 24 |
| 3.3.2 Examen | 25 |
| 3.3.3 Traitement..... | 26 |
| 3.3.4 Cartographie des points de KNAP | 27 |
| 3.4 CHAPMAN, un précurseur..... | 28 |
| 3.4.1 Historique..... | 28 |
| 3.4.2 Rappels anatomiques sur le système lymphatique..... | 28 |
| 3.4.3 Examen | 29 |
| 3.4.4 Traitement..... | 30 |
| 3.4.5 Cartographie des points de CHAPMAN..... | 31 |
| 3.5 Henri JARRICOT | 32 |
| 3.5.1 Historique..... | 32 |
| 3.5.2 Examen | 33 |
| 3.5.3 Traitement..... | 33 |
| 3.5.4 Cartographie de JARRICOT..... | 34 |
| Etude des cartographies | 35 |
| Chapitre 5 : Matériel et méthode | 35 |
| 5.1 Matériel..... | 35 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2 Méthode | 36 |
| Chapitre 6 : Résultats | 37 |
| 6.1 Cartographie..... | 37 |
| 6.2 Résultats d'analyse | 38 |
| 6.3 Zone thoracique sus-diaphragmatique | 38 |
| 6.3.1 Cartographies et points de la zone | 38 |
| 6.3.1.1 Les points de KNAP | 39 |
| 6.3.1.2 Les points périostés..... | 40 |
| 6.3.1.3 Les points de CHAPMAN | 41 |
| 6.3.1.4 Les zones de JARRICOT..... | 42 |
| 6.3.2 Interprétation..... | 43 |
| 6.3.2.1 La sphère cardio-vasculaire | 44 |
| 6.3.2.2 La sphère respiratoire..... | 45 |
| 6.3.2.3 La sphère digestive supérieure..... | 46 |
| 6.3.3 Résumé..... | 48 |
| 6.4 Zone sous-diaphragmatique | 50 |
| 6.4.1 Cartographies et points de la zone | 50 |
| 6.4.1.1 Les points de KNAP | 51 |
| 6.4.1.2 Les points périostés..... | 52 |
| 6.4.1.3 Les points de CHAPMAN | 53 |
| 6.4.1.4 Les zones de JARRICOT..... | 54 |
| 6.4.2 Interprétation..... | 55 |
| 6.4.2.1 La sphère digestive moyenne..... | 56 |
| 6.4.2.2 La rate et le pancréas | 57 |
| 6.4.2.3 Le foie et les voies biliaires | 59 |
| 6.4.3 Résumé..... | 60 |
| 6.5 Zone du bassin | 62 |
| 6.5.1 Cartographies et points de la zone | 62 |
| 6.5.1.1 Les points de KNAP | 63 |
| 6.5.1.2 Les points périostés..... | 64 |
| 6.5.1.3 Les points de CHAPMAN | 65 |
| 6.5.1.4 Les zones de JARRICOT..... | 66 |
| 6.5.2 Interprétation..... | 67 |
| 6.5.2.1 la sphère digestive inférieure | 67 |
| 6.5.2.2 Le système urinaire | 68 |
| 6.5.2.3 La sphère gynécologique | 69 |
| 6.5.3 Résumé..... | 72 |
| Chapitre 7 : Discussion | 73 |
| 7.1 Généralités | 73 |
| 7.2 L'observation | 73 |
| 7.3 L'interrogatoire..... | 74 |
| 7.4 Les tests ostéopathiques..... | 75 |
| 7.5 Le traitement ostéopathique..... | 76 |
| Chapitre 8 : Conclusion | 77 |
| Références et Index | 79 |
| Table des Figures | 79 |
| Références Bibliographiques | 81 |
| Table des Matières | 83 |

RESUME

Connaître les analogies entre les cartographies réflexes antérieures en ostéopathie, tel est le but de ce mémoire.

Ce travail de recherche consiste en l'étude des bases philosophiques de l'ostéopathie de STILL et des principes lésionnels d'Irvin KORR. Nous nous sommes également intéressés à l'histoire et aux pratiques de Paul VOGLER, Georgia KNAP, Frank CHAPMAN et Henri JARRICOT.

Ces derniers sont auteurs de cartographies réflexes que nous avons superposées afin de mettre en évidence des zones contenant des points communs. Ces analogies topographiques sont associées à des rapports viscéraux que nous avons détaillés.

Ces observations nous permettent d'avoir une vision globale de cette pratique en ostéopathie. Cependant le diagnostic et le traitement des points réflexes ne peuvent être employés de façon indépendante. C'est pourquoi nous discutons de leurs intérêts au sein d'une consultation ostéopathique comprenant diverses approches correctives.

Mots clés : ostéopathie, réflexe, périoste, KNAP, CHAPMAN, JARRICOT.

SUMMARY

The aim of this dissertation is to know the analogies between previous reflex mappings in osteopathy.

The research work consists in the study of the philosophical bases of osteopathy by STILL and the principles of lesions by I.KORR. We are also interested by the history and practices of Paul VOGLER, Georgia KNAP, Frank CHAPMAN and Henri JARRICOT.

The reflex mappings of these authors are superimposed in order to find zones containing common points. The mapping analogies are associated to visceral reports which we have detailed.

These observations give us a global vision of this practice in osteopathy. However, the diagnosis and treatment via reflex points cannot be employed independently. This is why we discuss their interest during an osteopathic consultation composed of diverse correction approaches.

Key words: osteopathy, reflex, periosteum, KNAP, CHAPMAN, JARRICOT.