

LES NOUVEAUX CHEMINS DE LA SANTÉ

Grand Manuel de réflexothérapie

Fondements neuro-anatomiques
et applications thérapeutiques

DR PHILIPPE MALAFOSSE

Préface du Pr Jacques Touchon

DUNOD

Avertissement

L'auteur et l'éditeur déclinent toute responsabilité du mauvais usage des informations contenues dans l'œuvre et ne peuvent pas apporter une garantie formelle des activités proposées dans l'œuvre. De même, ils ne peuvent en aucun cas se substituer à la consultation médicale, qui reste indispensable pour le diagnostic et le bon accompagnement du patient au fil du temps vers la guérison.

Illustrations : Audrey Cavaillé,
enseignante à l'université Paul Valéry Montpellier 3

Illustration de couverture © 123RF – perig76

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements	d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
	

© Dunod, 2020
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com
ISBN 978-2-10-081338-4

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Préface du Pr Jacques Touchon	9
Avant-propos	11
Introduction – Les réflexothérapies de l’Antiquité à nos jours	17

PARTIE 1

Fondements des réflexothérapies	23
Chapitre 1 – Bases embryologiques des réflexothérapies	25
Chapitre 2 – Bases anatomiques des réflexothérapies	33
Chapitre 3 – Bases histologiques des réflexothérapies	49
Chapitre 4 – Bases neurophysiologiques des réflexothérapies	57
Chapitre 5 – Bases physiopathologiques des réflexothérapies	83
Chapitre 6 – Syndrome d’adaptation et biotypes constitutionnels	99

PARTIE 2

Dermalgies et réflexothérapies	111
Chapitre 7 – Les points et les zones de réflexothérapie	113
Chapitre 8 – Traitements en réflexothérapies	127
Chapitre 9 – La modulation fréquentielle	153
Chapitre 10 – La détection des points de réflexothérapie	165

Chapitre 11 – Utilisation des couleurs en réflexothérapie	183
Chapitre 12 – Indications, contre-indications et échecs des réflexothérapies	203
Chapitre 13 – Réflexothérapies et ostéopathie	209

PARTIE 3

Les localisations cutanées réflexes du tronc : la réflexothérapie kormique 219

Chapitre 14 – Introduction à l'étude des localisations cutanées réflexes du tronc	221
Chapitre 15 – Les dermalgies réflexes kormiques antérieures	231
Chapitre 16 – Les dermalgies kormiques postérieures viscérales	243
Chapitre 17 – Les dermalgies kormiques postérieures musculo-squelettiques	261
Chapitre 18 – Synthèse pratique sur les dermalgies kormiques	283

PARTIE 4

Les réflexothérapies cervico-céphaliques 293

Chapitre 19 – Introduction à l'étude des dermalgies cervico-céphaliques	295
Chapitre 20 – Les projections céphaliques directes	313
Chapitre 21 – La somatotopie de la ligne courbe temporale supérieure	333
Chapitre 22 – Les somatotopies exo-nasale, frontale et mentonnière	351
Chapitre 23 – Les somatotopies linguale, dentaire et faciale	363
Chapitre 24 – L'ostéo-réflexothérapie céphalique	373
Chapitre 25 – Les projections des nerfs crâniens	387

Chapitre 26 – Les dermalgies réflexes cervico-céphaliques	403
Chapitre 27 – Synthèse sur les réflexothérapies de la tête et du cou	437

PARTIE 5

Les localisations cutanées réflexes des membres supérieurs

457

Chapitre 28 – Réflexothérapie de la ceinture scapulaire	459
Chapitre 29 – Réflexothérapie du coude	471
Chapitre 30 – Réflexothérapie de la main	479

PARTIE 6

Les localisations cutanées réflexes des membres inférieurs

515

Chapitre 31 – Réflexothérapie lombo-pelvienne	517
Chapitre 32 – Réflexothérapie de la hanche	531
Chapitre 33 – Réflexothérapie du genou et de la cheville	539
Chapitre 34 – Réflexothérapie du pied	553

PARTIE 7

Quelques aspects singuliers et leurs applications en réflexothérapie

617

Chapitre 35 – Les points réflexes vasculaires	619
Chapitre 36 – Aspects réflexothérapeutiques des syndromes algoneurodystrophiques	629

Chapitre 37 – Aspects réflexothérapiques des cicatrices pathogènes	639
Chapitre 38 – Applications des shiatsu et des kuatsu aux réflexothérapies	651
Chapitre 39 – Synthèse sur les somatotopies	663
Planches réflexothérapiques	669
Conclusion	687
Épilogue	689
Annexes	691
Glossaire	695
Bibliographie	699
Tables des illustrations	703
Table des matières	713
Index	733

Préface

du Pr Jacques Touchon

Les thérapies non médicamenteuses sont de plus en plus reconnues comme une part importante de beaucoup de stratégies thérapeutiques. Le développement des techniques exploratoires du corps humain, et en particulier du cerveau, a montré comment des stimuli pouvaient modifier son fonctionnement avec des conséquences bénéfiques. Le terme de médecine informative a été proposé pour rassembler toutes les méthodes qui utilisent des stimuli, perceptibles ou non, ayant un impact direct ou indirect sur l'être humain, avec des effets bénéfiques sur la santé. Les médecines traditionnelles asiatiques proposent depuis des millénaires des traitements de cette catégorie. Nous avons à tirer leçon de ce type de médecine, laquelle peut tout à fait être complémentaire de la nôtre. C'est pour cette raison qu'avait été créé à la faculté de Médecine de Montpellier un diplôme d'Université de Médecine traditionnelle chinoise. C'est pour cette raison encore que la Conférence des Doyens avait, il y a quelques années, favorisé la reconnaissance de l'enseignement de l'acupuncture.

Il importe, en effet, que toutes ces méthodes thérapeutiques n'échappent pas aux facultés de médecine, aux médecins et aux professions paramédicales, pour éviter l'emprise par des charlatans de toute sorte. En cela, l'ouvrage du Dr Philippe Malafosse, *Grand Manuel de réflexothérapie*, est particulièrement nécessaire. Son approche est médicale comme en témoigne le sous-titre, *Fondements neuro-anatomiques et applications thérapeutiques*. Il aborde en praticien, et avec beaucoup d'humilité, les différentes catégories de réflexothérapie. Il écrit : « Tous ces enseignements ont été passés au crible de mon exercice professionnel. » En effet, l'enseignement de la médecine ne peut se faire de façon pertinente que par compagnonnage et à partir d'une pratique. La clarté pédagogique du propos, la qualité des schémas, la facilité de lecture donne à cet ouvrage une forme adaptée à l'organisation cognitive des apprenants actuels.

Le Dr Malafosse, dans ses écrits, n'est pas dans le dogme et la croyance. Il expose avec prudence et simplicité le fruit de sa pratique, en essayant d'explicitier les déterminants anatomiques et physiologiques de ce qu'il observe. Il s'inscrit en fait dans le pragmatisme médical, comme nous l'a enseigné Claude Bernard pour qui une théorie n'est ni vraie ni fausse : elle est fertile ou stérile. Pour avoir côtoyé Philippe Malafosse au club de Rugby de Montpellier, je peux témoigner, comme beaucoup de joueurs d'ailleurs pourraient le faire, du caractère « fertile » de ses théories et de sa pratique. « Conclure ne signifie pas terminer », écrit-il en fin d'ouvrage, s'inscrivant là encore dans l'esprit de l'enseignement de la médecine où il n'y a de vérité que provisoire.

Pr Jacques TOUCHON

Neurologue

Doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

Avant-propos

L'idée d'écrire un livre sur les réflexothérapies a germé dans mon entourage, avec pour unique souci, celui de la transmission d'informations collectées auprès de brillants prédécesseurs que j'ai eu le privilège et la chance de rencontrer. Tous ces enseignements ont été passés au crible de mon exercice professionnel et de travaux de recherches effectués en groupe ou à titre personnel. Dépositaire de tant de connaissances sur les réflexothérapies, je me dois d'en être le serviteur et non le propriétaire.

Se lancer dans la rédaction d'un tel ouvrage fut d'abord angoissant mais, une fois plongé dans le sujet, ce ne fut que du plaisir. Le thème est si vaste qu'il pourrait être vague. La définition du dictionnaire Larousse servira de cadre à notre propos : « La réflexothérapie est une méthode thérapeutique consistant à provoquer des réflexes au niveau d'une zone située à distance de celle qui est atteinte. »

Les temps ont changé, nos contemporains, fussent-ils praticiens de santé, ne lisent plus ou, en tout cas, ne lisent pas de la même manière que les générations précédentes. La raison en est la diversité des moyens médiatiques alliés à l'accélération de notre mode de vie.

Il a fallu user d'un langage adapté au monde d'aujourd'hui : rapide et visuel. La génération « zapping » est là. Nous avons alors agrémenté notre texte de nombreux encadrés, schémas, figures et excursus. Ces procédés permettent un survol rapide. À charge au lecteur de revenir dans le cours du texte pour approfondir un chapitre qui l'aura interpellé.

Pour autant, nous avons essayé d'éviter de sombrer dans le médiocre, l'édulcoré et l'inconsistant. Une trop grande facilité pourrait duper le lecteur par des approches erronées et raccourcies. Nos propos, étayés par des fondements scientifiques, doivent être une marque de respect pour celui qui nous lira. Hors de question de galvauder le sujet pour satisfaire aux tendances du moment.

Un livre permet de prendre date. Mais aussitôt paru, l'ouvrage date. Il s'expose alors aux critiques. Aux yeux des conservateurs, les notions exposées manqueront de validation. Les progressistes nous reprocheront notre réserve. La vérité est certainement entre les deux tendances. Chacun placera le curseur selon ses convictions, ses connaissances et son expérience.

« Il m'importe peu que tu adoptes mes idées ou que tu les rejettes, pourvu qu'elles emploient toute ton attention. »
(Diderot)

Ceux qui nous ont précédé dans l'approche des réflexothérapies avaient tous un dénominateur commun : ils faisaient de manière extraordinaire des choses d'apparence ordinaire. En toute humilité, j'émets le souhait de transmettre de mon mieux les richesses qu'ils m'ont apprises.

Nous démontrerons que la réflexothérapie est en réalité une *neuro-réflexothérapie* et que cette dernière, après y avoir ajouté la modulation fréquentielle, sera élevée au rang de *neuro-réflexothérapie fréquentielle*.

1. — Avertissements

Les réflexothérapies peuvent être abordées de plusieurs manières, cela dépend du praticien. Comme pour gravir une montagne, plusieurs voies d'accès s'offrent aux protagonistes. La voie normale, la

plus sûre, la plus fiable et suivie par le plus grand nombre, conduit toujours au sommet. Elle garantit presque toujours le résultat. Elle est facilement transmise car reproductible et sûre.

Il en va de même dans ce travail sur les réflexothérapies. Nous allons parcourir des sentiers balisés, connus et reconnus, maintes fois empruntés. Les points de repère embryologiques, anatomiques et physiologiques nous montreront le chemin et nous garderont de nous engager dans de mauvaises directions.

Certains, plus téméraires, se lanceront dans des voies nouvelles, inexplorées, parfois dangereuses et pas toujours abouties. Nous ne pouvons les en empêcher et il est difficile de les décourager. N'oublions pas que de grandes découvertes ont parfois été le fruit du hasard et d'autres fois de l'audace. Quant à ceux qui parviennent au sommet par des moyens assistés, nous doutons qu'ils éprouvent un plaisir aussi intense que ceux qui ont fait des efforts pour atteindre leur but.

Il en va de même pour tous ceux qui n'appliquent que des recettes dans leur exercice professionnel. Rien ne vaut l'effort d'apprendre, puis de comprendre et enfin de passer à l'application. La pratique, encore la pratique et toujours la pratique : nous touchons au but. Bien souvent, les premières confrontations avec les patients vont renvoyer le praticien vers ses notes et vers ses schémas. Chemin faisant, il va petit à petit baliser les sentiers de ses connaissances. Point de recette, au risque de décevoir ceux qui en sont friands. Donner un résultat sans énoncer le problème et sans le développer n'est pas intellectuellement satisfaisant.

Nous traitons des réflexothérapies et non pas de l'acupuncture. Les réflexothérapies sont le fruit d'une approche scientifique occidentale récente alors que l'acupuncture repose sur une philosophie orientale qui a vu le jour il y a près de 2 500 ans. L'auriculothérapie sera citée mais pas détaillée. De nombreux travaux abordent ce vaste sujet qui commence à être introduit dans le milieu hospitalier.

Nous détaillerons, en revanche, la réflexothérapie de tout le corps en étudiant dans le détail les zones thoraco-abdominales, cervico-céphaliques et méliques*. Le pied retiendra toute notre attention, de nombreux chapitres lui seront consacrés. Nous insisterons sur le niveau plantaire, bien entendu, car le plus connu, et nous découvrirons aussi l'intérêt des arches plantaires, des orteils et de la face dorsale du pied. Nous remonterons même sur la jambe.

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États, 1946 (actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

2. — Comment lire ce livre

Tout au long de l'ouvrage, une gradation a été mise en place, aussi bien dans les explications que dans la compréhension des réflexothérapies. Sur une base objective reposant sur les fondements embryologiques, anatomiques, histologiques, physiologiques* et physiopathologiques*, les connaissances s'organisent, s'articulent, se recoupent. En réalité, il ne s'agit pas d'un empilement de concepts disparates mais bien d'une interactivité potentialisatrice. Si aucune notion n'est indispensable, toutes sont nécessaires à la finalité du projet : amener le praticien à se réaliser et à devenir autonome, sans dépendre sans cesse de documents et autres cartographies dont il ne peut pas se séparer.

Il est préférable d'avancer dans l'ordre des chapitres. Dans notre démarche de progression, chaque partie apporte de nouveaux développements qui complètent et étayent ce qui a été énoncé précédemment. Une synthèse sera l'aboutissement de notre cheminement. Elle sera construite progressivement.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, des précisions méritent d'être apportées : sur les choix syntaxiques adoptés, sur la nomenclature des termes anatomiques et sur celle des points d'acupuncture.

Choix syntaxiques et nomenclature anatomique

Le sujet sur les réflexothérapies étant à la fois vaste dans sa conception et restreint dans ses terminologies, il nous arrivera d'utiliser des néologismes ou de faire dévier un terme de sa destination première. Dans ces circonstances, le mot impliqué sera proposé entre guillemets. Les douleurs « ligamentaires » en sont un exemple.

L'anatomie a été déclinée exclusivement en latin pendant des siècles. Elle est ensuite passée d'une terminologie française classique à une nouvelle nomenclature qui, actuellement, fait autorité. Adoptée en 1980, cette nouvelle nomenclature est entrée progressivement dans la pratique. L'intention initiale était bonne puisque son but était de réparer quelques erreurs de dénominations et quelques ambiguïtés, d'apporter plus de précisions sémantiques et de supprimer les éponymes. Dans une démarche de rigueur, la nomenclature actuelle a perdu la note poétique de sa devancière. Exit le nerf pathétique devenu le nerf trochléaire. Exit les noms propres attachés à un élément anatomique. Oubliés, par la même occasion, les grands maîtres auxquels nous devons tant de connaissances. Aucune reconnaissance.

C'est ainsi que l'*astragale* est devenu le talus et la *trompe d'Eustache*, la trompe auditive. Les vertèbres *lombaires* et *sacrées* se nomment désormais les vertèbres lombales et sacrales, dans la continuité des vertèbres cervicales et dorsales.

Ce recueil n'étant pas réservé à l'usage exclusif des médecins, nous proposerons les terminologies les plus compréhensibles. *Antérieur* et *postérieur* serviront toujours à situer ce qui est ventral ou dorsal, et plus simplement ce qui est devant ou derrière. *Supérieur* et *inférieur* ne seront que rarement remplacés par crânial ou caudal, en haut et en bas s'entendent mieux. En pratique, nous choisirons les termes afin qu'ils soient facilement compris par le plus grand nombre.

Concernant les dénominations anatomiques des muscles, des nerfs et vaisseaux et des os, les deux terminologies seront données : la nouvelle bien sûr, suivie de l'ancienne en caractères italiques. Exemples : scapula (*anc. omoplate*), muscle supra-épineux (*anc. m. sus-épineux*), ligament patellaire (*anc. ligament rotulien*), fibula (*anc. péroné*).

Ce livre n'est pas un recueil d'anatomie même s'il fait appel régulièrement à des éléments qui s'y rapportent. Nous souhaitons que toutes les générations de praticiens puissent le lire de manière facile et agréable sans achopper sur un terme de la nomenclature anatomique qui pourrait leur faire perdre le fil de la lecture. C'est pour cette raison que les deux nomenclatures sont utilisées.

Toutes les références anatomiques sont consultables dans le *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine* – version 2019.

NOMENCLATURE « RÉFLEXOTHÉRAPIQUE »

Dans le cadre de notre « approche réflexothérapique », nous serons amenés à utiliser certains termes spécifiques comme en comportent les diverses techniques. Dans la mesure du possible, nous

resterons dans le giron du dictionnaire Larousse, dans le cas contraire les néologismes seront répertoriés dans le glossaire.

L'émotionnel étant en bonne place en réflexothérapie, les structures cérébrales qui s'y rapportent sont régulièrement citées. Le système limbique* ou cerveau limbique est aussi dénommé cerveau émotionnel ou rhinencéphale. Pour ne pas perdre le lecteur, une dénomination est retenue, celle de rhinencéphale. Ce terme est en effet le titre de la thèse de médecine du D^r R.J. Bourdiol. Chaque fois que le sujet sera abordé, l'évocation du rhinencéphale servira à la fois de repère et d'hommage à celui qui fut l'un des pionniers des réflexothérapies.

NOMENCLATURE DES POINTS D'ACUPUNCTURE

Les noms des points d'acupuncture, traduits du chinois, exhalent à la fois lyrisme, délicatesse et connotation philosophique. Le temps s'écoulant certainement plus rapidement en Occident qu'en Extrême-Orient, une nomenclature reposant sur des lettres a été mise en place. Pour satisfaire les lecteurs de toutes tendances et origines, nous donnerons pour chaque point :

- son nom chinois ;
- sa numérotation dans le méridien chinois ;
- sa numérotation abrégée selon la nomenclature de J.A. Lavier¹.

SCHÉMAS ET PLANCHES DE TRAITEMENTS RÉFLEXOTHÉRAPIQUES

Dans les chapitres abordant des pathologies et leur traitement réflexothérapique, un tableau résume les aires, les zones et les points à traiter. Des planches reprennent ces notions avec des représentations des aires, zones et points sur leurs somatotopies.

Glossaire

Un glossaire reprend tous les termes spécifiques au langage médical afin que ce dernier échappe à sa réputation d'être hermétique et sélectif. Se réfugier derrière une phraséologie restrictive et sibylline est souvent la preuve que l'auteur se protège contre ses carences et ses incertitudes. Tous les mots et expressions justifiant une précision sont signalés par une *.

Index

Un index reprend toutes les notions fondamentales de réflexothérapie pour permettre au lecteur, devenu praticien, de se constituer des synthèses en fonction de son type d'exercice.

.....

1. J.A. Lavier, *Les bases traditionnelles de l'acupuncture chinoise*, Maloine, 1964 : chapitre 6.

3. Remerciements

René Bourdiol ne voulait pas que l'on dise de lui qu'il était un maître. Et pourtant quel autre qualificatif lui attribuer ? Il a éclairé et potentialisé les connaissances acquises au fil de mon cursus d'étudiant en médecine. Je fus son élève avant de devenir son chargé de recherche. Un grand honneur et beaucoup de bonheur résumant cette période. Son sens de l'observation, passé au filtre de son immense érudition, a été à la genèse de nombreuses applications médicales allant de la posturologie à la réflexothérapie. Ses géniales découvertes puisaient leur source dans les bases scientifiques que nous allons essayer d'exposer dans ce livre. Les hommes passent, leurs idées survivent, les fondements sont immuables.

Jacques Touchon m'a fait l'honneur et l'amitié de rédiger la préface de ce *Grand Manuel de réflexothérapie*. Sa mission de garde des valeurs de la médecine traditionnelle, lorsqu'il fut doyen de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes, n'a jamais été un obstacle à une ouverture médicale et intellectuelle à la hauteur de sa grande culture.

Sans Françoise Bourdiol, cet ouvrage n'aurait jamais vu le jour. C'est elle qui m'a élégamment autorisé à entreprendre sa rédaction puis m'a apporté soutien et encouragements. C'est vers elle que je me suis rapproché chaque fois que j'avais un doute « historique ». Ses précisions, toutes empreintes de sagesse, m'ont permis de rapporter des éléments factuels dont elle avait été le témoin privilégié.

Claudine, mon épouse, orthophoniste de formation, a été à mes côtés tout au long de la rédaction.

Romain, Renaud et Manon, nos enfants, ont toujours été le moteur de notre vie. Nos petits-enfants sont de la même veine. Et si l'un d'eux prenait le relais ?

Rosette Boldrini, ma tante, professeur de Sciences et Vie de la Terre, a activement participé à la correction. Sa lecture minutieuse et sa rigueur ont permis de rendre plus claires des notions un peu confuses au premier jet.

Le docteur Romain Rey, mon associé, a été mon « correcteur médical ». Sa soif de connaissance n'a d'égal que sa très grande modestie.

Audrey Cavaillé, enseignante en Arts Plastiques à l'Université Paul-Valéry de Montpellier, a saisi rapidement la finalité de ce livre et l'a illustré avec tout son talent.

Introduction

Les réflexothérapies de l'Antiquité à nos jours

1. Les réflexothérapies remontent à la nuit des temps

Il est certain que nos ancêtres ont découvert des techniques de réflexothérapies de manière aussi intuitive qu'hasardeuse. Nous comprenons aisément qu'un automassage effectué dans un cadre algique et suivi d'un apaisement des symptômes ait été reproduit par le même individu à chaque nouvelle crise douloureuse similaire. Fort de son expérience et du bien-être ressenti sur lui-même, ce dernier n'a certainement pas hésité à proposer sa trouvaille à son entourage puis à sa communauté. Le croisement des expériences scellera et consacrera la technique.

La transmission, tout d'abord orale, deviendra durable avec l'apparition de dessins ou de sculptures traitant le sujet.

Des cartographies plantaires ont été retrouvées en Inde.

En Égypte, en 2230 avant J.-C., dans la nécropole de Saqqarah, le tombeau d'Ankhmahor connu sous le nom de « tombeau des médecins » est illustré par une fresque qui interpelle (*figure 1*). On y observe deux praticiens de l'époque proposant des massages au niveau des pieds et des mains. Étions-nous devant une démonstration de réflexothérapie ou de technique de reboutage ? Il est indiscutable que nous sommes en présence d'une application de thérapie manuelle. La position élevée du bras gauche du praticien, en recherche de puissance sur les deux dessins, peut plaider pour un acte manipulatif.

En Chine, plusieurs praticiens utilisent des méthodes de pression digitale complétant le travail des aiguilles ou de la moxibustion. Un traité de médecine chinoise de l'époque mentionne le « Nei-Ching » qui décrit des actions au niveau des pieds.

L'Inde n'est pas en reste. Les représentations des pieds de Vishnu et de Bouddha sont riches en symbolisme. Certains éléments évoqueraient des correspondances anatomiques ou feraient référence à des fonctions physiologiques.

Des descendants des Indiens d'Amérique du Nord témoignent des pratiques réflexologiques de leurs ancêtres.



Figure 1. Tombeau d'Ankhmahor.

2. Les réflexothérapies survivent à l'usure du temps

Sous l'impulsion de pionniers de tous les continents, les réflexothérapies retrouvèrent un second souffle : William Fitzgerald et Eunice Ingham aux États-Unis, Henry Head en Angleterre, Alfons Cornelius en Allemagne. Nous reviendrons sur les cartographies de Head.

3. Les réflexothérapies en France

Paul Nogier¹, à force de curiosité, d'observation et d'esprit de synthèse, décrit en 1951 une application réflexothérapique singulière : l'auriculothérapie. Entouré de son groupe de travail, le GLEM* (groupe lyonnais d'études médicales), il va plus loin en mettant en évidence le « pouls de Nogier », officiellement « réflexe auriculo-cardiaque » qui deviendra *Vascular Autonomic Signal* sous l'influence du professeur Pierre Magnin.

Ce groupe, très étoffé, disposait de fortes personnalités médicales de l'époque qui unissaient leurs connaissances et leurs expériences. On pouvait y rencontrer le D^r Henri Jarricot qui a marqué de son empreinte la réflexothérapie en décrivant les dermalgies qui portent son nom et sur lesquelles nous nous attarderons. Le D^r J.E.H. Niboyet, pointure en acupuncture, a pris également part à cette épopée. Un autre personnage se dégage du groupe : le D^r R.J. Bourdiol. Rien ne le prédestinait à s'orienter vers les réflexothérapies. Le hasard l'a amené à accompagner un de ses proches chez le D^r Georges Soulié de Morant², grand pionnier de l'acupuncture française. Ce fut une révélation qui orienta son parcours professionnel. Ses connaissances en neurologie et en anatomie mises au service de son pouvoir d'observation et de son esprit de synthèse ont permis de faire progresser à grands pas non seulement le domaine des réflexothérapies mais également celui de la posturologie.

.....

1. P.F.M. Nogier, *Introduction pratique à l'Auriculothérapie*, Maisonneuve, 1977.

2. G. Soulié de Morant, *L'acupuncture chinoise*, Mercure de France, 1955.

Les échanges au sein du GLEM* étaient intenses. Les cas cliniques et les expérimentations de chacun servaient de trame à des réunions mensuelles. À cette époque les protagonistes évoquaient la notion de « points maîtres » : point maître des sciatiques, point maître des céphalées... Il n'existait aucune systématisation cartographique des zones réflexes auriculaires.

Dans la même période, René Bourdiol rencontra un praticien allemand qui lui donna quelques notions d'iridologie ou mieux d'irido-diagnostic, terme plus approprié à la pratique médicale. Les échanges avec son collègue d'outre-Rhin l'interpellèrent. Ce dernier décrivait des correspondances précises et reproductibles entre les éléments anatomiques du corps humain et le pourtour de la collerette irienne. Les projections de la tête, du cou, du tronc et des membres s'y disposaient de façon rationnelle et logique. Alors qu'il rentrait d'une réunion du GLEM*, ces révélations allemandes lui mirent la puce à... l'oreille : « Et si cette représentation systématisée des projections corporelles s'appliquait à l'oreille ? » Il informa aussitôt Paul Nogier de son hypothèse étayée par ses connaissances embryologiques, anatomiques et physiologiques. L'image du fœtus inversé blotti dans le pavillon de l'oreille venait de naître. Elle fut vérifiée et approuvée par Paul Nogier. Restait à valider cette découverte. Les membres du GLEM* se mirent au travail. La confirmation tomba rapidement : il existait bien un agencement organisé des projections du corps humain dans l'oreille.

René Bourdiol entouré, à son tour, d'un groupe de recherche, le GEMMER* (groupe d'étude en médecine manuelle et réflexe), contribua à conceptualiser l'organisation somatotopique des projections réflexes. De l'iris nous sommes passés à l'oreille. Pouvait-on alors étendre ce concept aux pieds ? La réponse fut encore affirmative. Rapidement l'extrapolation se fit sur toutes les zones potentiellement réflexogènes du corps. Les livres *Réflexothérapie somatique* (Bourdiol R.J., 1983) » et *Podo-Réflexo Cinésiologie* (Bourdiol R.J., 1986) figurent parmi les références sur le sujet.

L'élan était donné à « l'école française » de réflexothérapie. Une consultation vit le jour à l'hôpital de Nîmes sous l'impulsion du professeur Jean Bossy³. Ses travaux, ses recherches et ses publications ont participé à la reconnaissance officielle de l'acupuncture au niveau universitaire.

J'ai eu l'honneur et le plaisir de croiser le chemin de trois des médecins sus-cités :

- Jean Bossy fut mon professeur de neuro-anatomie à la faculté de médecine de Montpellier ;
- René Bourdiol me présentait malicieusement comme son bras gauche, juste avant de préciser qu'il était gaucher. Il me confia des recherches au sein du GEMMER* ;
- Henri Jarricot m'a accueilli à Lyon pour un week-end de travail sur recommandation de René Bourdiol.

Chance ou destin ? Peut-être les deux.

Il ne m'est pas possible de garder tous ces trésors d'informations acquises en cours, en séminaires et parfois lors de discussions amicales autour d'un bon repas. Il est de mon devoir de les transmettre afin que les nouvelles générations les perpétuent, les approfondissent, les développent et, ainsi bonifiées, les transmettent à leur tour.

J'ai alors décidé d'écrire ce livre, en espérant ne pas décevoir mes géniaux professeurs, maîtres et pour certains : amis.

Pour être complet, précisons que j'ai eu le privilège de côtoyer le D^r Michel Pistor, « père » de la mésothérapie*. Sa devise était : « Injecter peu, rarement, au bon endroit. » Cette notion d'économie thérapeutique s'applique à de nombreuses disciplines. Il m'a confié l'association régionale de mésothérapie. Ceci m'a valu d'enseigner cette technique et de mettre en place des études hospitalières.

.....

3. J. Bossy, Bases neurologiques des réflexothérapies, Masson, 1975.

Certes la mésothérapie n'est pas *stricto sensu* une réflexothérapie car elle associe piqure et injection *in situ*. Mais toute stimulation cutanée a une action réflexe qu'elle soit recherchée ou non.

Pour preuve : un patient m'a rapporté qu'après une séance de mésothérapie au niveau de son genou, ses douleurs d'hallux valgus (arthrose déformante du gros orteil) avaient disparu. Je me rendis compte, bien plus tard, que j'avais piqué une zone réflexe jambière en rapport avec cette affection du pied.

Fiche

Réflexologie ou réflexothérapie ?

Réflexologie et réflexothérapie : ces deux termes sont-ils synonymes ? Les avis ne sont pas tranchés et chaque école a tendance à rester sur ses positions. La logique et la pratique nous aident à mettre de l'ordre dans ces concepts aux limites floues et ambiguës.

Depuis quelques années, le GETCOP (Groupe d'évaluation des thérapies complémentaires personnalisées) tente de répertorier les diverses tendances et écoles dans le but d'harmoniser les formations et les enseignements, seule voie pour une reconnaissance par les organismes de tutelle. Un livre blanc des réflexothérapies devrait voir le jour, premier maillon vers une validation.

La réflexologie est une pratique manuelle de pression ou d'effleurage. Elle rentre dans le concept de « bien-être ». Bien qu'elle revendique sa place dans le champ d'application de la prévention, elle reste dans le giron des moyens d'accompagnement non thérapeutiques.

La réflexothérapie utilise les mêmes techniques qui, dans ce cas, peuvent être instrumentalisées. C'est alors qu'apparaissent les aiguilles et les champs physiques : spectre lumineux, infrarouge, laser, électro-magnétisme. Certaines applications sont réservées aux médecins, comme l'application d'aiguilles d'acupuncture ou de réflexothérapie. Pour les non-médecins, l'effraction cutanée n'est pas encore autorisée.

Une exception vient de voir le jour : la puncture kinésithérapique par aiguille sèche (*dry needling*). La formation très encadrée est destinée aux kinésithérapeutes et consiste à piquer à l'aide d'une aiguille sèche des « trigger points myofasciaux » dans le cadre de la prise en charge du syndrome myofascial douloureux. L'aiguille positionnée au niveau du muscle ou de son fascia va tenter d'avoir une action pour déparasiter un circuit douloureux auto-entretenu. Cette technique, à intégrer aux réflexothérapies, est très encadrée par un avis émis par le conseil national de l'Ordre des kinésithérapeutes en date du 30 juin 2017.

Les réflexothérapies sont l'apanage des professionnels de santé qui ont suivi un cursus médical ou paramédical. Les étudiants de ces filières peuvent prétendre à une formation. Par expérience, nous pensons qu'il est préférable d'asseoir ses connaissances et de les étayer par la pratique avant de se diversifier.

Les praticiens de santé possèdent des prérequis sur les bases fondamentales que sont l'anatomie, la physiologie* et la physiopathologie*. Il n'en va pas de même pour les autres prétendants qui viennent de milieux divers et dont certains n'ont jamais eu l'occasion de côtoyer un enseignement médical. Les formations proposées sont éparpillées, inégales et non diplômantes.

Le Répertoire national des certifications professionnelles délivre le titre de réflexologue. De son côté, Pôle Emploi reconnaît l'activité de réflexologue dans la catégorie « Développement personnel et bien-être de la personne », tout en précisant : « Conformément à la loi, la pratique de la réflexologie ne peut, en aucun cas, être assimilée à des soins médicaux ou de kinésithérapie,

mais à une technique de bien-être par la relaxation physique et la détente libératrice de stress. (Loi du 30/04/1946, décret 60669 de l'article L. 489 et de l'arrêté du 8/10/1996). »

L'avenir repose plutôt sur une mutualisation des compétences que sur une sectorisation partisane. Notre seule ambition est d'apporter aux uns et aux autres des moyens de conforter leur expérience et éventuellement d'approfondir leurs connaissances sur certains points particuliers. Rien ne remplace la mise en pratique sur le terrain, meilleur révélateur de nos limites. Rien ne sert, non plus, de se glorifier de ses succès, notre exercice nous l'a démontré : « On apprend avec ses échecs. »

Les deux concepts, réflexologie et réflexothérapie, possèdent un point commun : celui de présenter une alternative ou un complément aux thérapeutiques dites classiques. Mais le terme réflexothérapie contenant le mot thérapie incite à la plus grande prudence. Car toute thérapie doit être précédée d'un diagnostic. Étape incontournable de la prise en charge médicale, il se décompose en plusieurs temps : l'interrogatoire, l'examen clinique, et si besoin prescription de bilans complémentaires et d'avis spécialisés. Au terme de cette « enquête diagnostique », un plan de soins est proposé, tenant compte des effets bénéfiques escomptés, des éventuels effets indésirables et des contre-indications : *Primum non nocere*.

« Tant qu'on ne sait pas, il est téméraire d'oser. Mais il est toujours bon de se taire. » C'est par cette citation d'Eliphas Lévi que le D^r R.J. Bourdiol introduit son recueil *Réflexothérapie somatique* et lui-même de poursuivre : « Je ne me leurre pas : nul ne peut empêcher un livre médical de tomber dans des mains novices, inexpérimentées voire imprudentes. De plus, le rôle du médecin est de traquer la maladie dont la douleur n'est qu'un épiphénomène. »

Si les réflexothérapies aident à prendre en charge certaines pathologies, elles ne restent qu'une méthode parmi une multitude de moyens. Disposer d'une corde supplémentaire, pour l'exercice de son art, n'autorise pas le rejet total des autres ressources thérapeutiques. Les réflexothérapies ne sont pas, à l'heure actuelle, intégrées à la médecine. Et même si cela arrivait, elles devront être pratiquées en harmonie avec les autres moyens de diagnostic et de traitement.

A contrario, renier d'emblée une méthode, aussi innovante ou audacieuse soit-elle, pourrait nous priver de ses effets bénéfiques.

Chapitre 1	
Bases embryologiques des réflexothérapies	25
Chapitre 2	
Bases anatomiques des réflexothérapies	33
Chapitre 3	
Bases histologiques des réflexothérapies	49
Chapitre 4	
Bases neurophysiologiques des réflexothérapies	57
Chapitre 5	
Bases physiopathologiques des réflexothérapies	83
Chapitre 6	
Syndrome d'adaptation et biotypes constitutionnels	99



Partie

1

Fondements des réflexothérapies

Les points réflexes ne se projettent pas n'importe où et n'importe comment. L'acupuncture, s'appuyant sur un support philosophique oriental, a ses codes. Les réflexothérapies tentent de se prévaloir d'un support scientifique occidental. Il n'en demeure pas moins que leur avènement a été empirique.

Cet empirisme est toujours d'actualité, pour partie en tout cas. Ses limites deviennent de moins en moins floues grâce aux sciences fondamentales.

Entre une rhétorique idéaliste, souvent associée à une ligne linguistique et stylistique stéréotypée, et la rigueur et la précision des partisans d'un réalisme despotique, il y a la place pour une voie plus conciliante : celle de « l'empirisme éclairé ».

« La science n'est que le déterminé et le déterminable. » (Cl. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*)

Les fondements, que nous allons exposer, vont tenter d'éclairer l'empirisme qui a vu naître les réflexothérapies mais dans lequel elles ne peuvent se confiner, sous peine d'être discréditées et vouées à la marginalisation.

L'empirisme et le hasard ont néanmoins leurs vertus. Il suffit de se souvenir que certains médicaments, utilisés de nos jours, leur doivent leur découverte.

C'est le cas de la Trinitrine qui soulage les angines de poitrine et l'insuffisance coronaire. Ses propriétés sont le fruit de l'observation d'ouvriers travaillant dans des usines fabriquant de la dynamite. Ils souffraient de maux de tête durant toute la semaine, mais jamais le week-end. En effet, ces jours-là, ils n'étaient plus exposés aux émanations de nitroglycérine. Ce produit a un effet

vasodilatateur sur les vaisseaux sanguins, d'où les céphalées ressenties. Entre la synthèse de la nitroglycérine par Ascanio Sobrero, en 1846, et la commercialisation de la Trinitrine, sous forme de patchs, plus d'un siècle s'est écoulé. Entre-temps, les étapes ont été patiemment franchies les unes après les autres : stabilisation de la molécule (Alfred Nobel, 1867), première utilisation sublinguale dans l'angine de poitrine (William Murrel, 1879), mise en évidence du principe actif, le monoxyde d'azote (Ferid Murad, 1977 – prix Nobel 1998), pour terminer par l'étude de l'effet pharmacologique sur les muscles lisses des artères (Louis Ignarro, 1979 – prix Nobel 1998).

L'aspirine a suivi un cheminement encore plus long. Les décoctions de feuilles de saules étaient connues par les Sumériens (5000 à 1750 avant Jésus-Christ), pour leur action antidouleur. Les propriétés antipyrétiques de son infusion furent avancées par E. Stone en 1763 (Royal Society, Londres). Le principe actif, la salicyline, fut d'abord isolé. Nous devons la première synthèse de l'acide acétylsalicylique à Charles Frédéric Gerhardt (Montpellier, 1853). Commercialisée en 1899 pour traiter les douleurs rhumatismales, la désormais fameuse « Aspirine » a été intégrée en 1950 dans la prise en charge de la prévention du risque cardio-vasculaire pour son effet antiagrégant plaquettaire.

Comme pour ces médicaments devenus des incontournables de notre pharmacopée, laissons aux réflexothérapies le temps de s'intégrer à notre arsenal thérapeutique, en tant que thérapies complémentaires.*

Bases embryologiques des réflexothérapies

Sommaire

1. Réalité embryologique des réflexothérapies.....	26
2. Bases embryologiques de la règle des trois tissus.....	27

Il est en médecine des situations où les praticiens peuvent se trouver en difficulté. Cela peut concerner le diagnostic d'une affection ou l'approche de sa physiopathologie*, c'est-à-dire du mécanisme morbide qui a dérégulé le bon fonctionnement de notre organisme.

Les questionnements se font alors nombreux. Les premières interrogations amènent rapidement d'autres questions. Des hypothèses sont échaufaudées. Des avis sont demandés auprès de collègues. Des échanges voient le jour. Les certitudes sont vite battues en brèche. Bref, plus nous croyons avancer et plus nous faisons du surplace. Pire, parfois nous sommes amenés à faire machine arrière.

Il en va ainsi des réflexothérapies. Beaucoup en parlent. Nombre de protagonistes les pratiquent sous divers aspects et déclinaisons. Mais savons-nous comment et pourquoi elles fonctionnent ? Comment pratiquer une technique, comment proposer un traitement sans en connaître la genèse, les mécanismes et les effets désirables ou indésirables ?

Que répondre à ceux qui veulent essayer d'évaluer les réflexothérapies ?

- « C'est ainsi que je les ai apprises » : peu convaincant ;
- « J'ai toujours fait comme cela » : sans intérêt ;
- « Je ne sais pas comment ça marche mais ça marche » : insouciant et peu crédible.

Lorsque nous sommes en proie au doute, il faut savoir se poser la bonne question : quelles sont les bases scientifiques de ma pratique ?



SAVOIR REVENIR AUX SOURCES

*Si nous ne savons pas toujours où nous allons,
nous savons en revanche d'où nous venons.*

Fort de cette évidence : l'embryologie inaugurera ce travail.

C'est en revenant à la source que nous aurons les réponses et les explications que nous cherchons. Ces réponses et explications vont alors nous apparaître simples, logiques, incontournables, inattaquables. Il en va ainsi de l'embryologie qui nous renvoie à nos origines cellulaires et tissulaires *in utero*.

1. Réalité embryologique des réflexothérapies

Les cellules de l'embryon vont s'agglutiner entre elles pour former le bouton embryonnaire. Rien n'est encore établi ni dessiné à ce moment de l'embryogenèse*. Néanmoins, chemin faisant, les cellules du départ qui étaient indifférenciées vont peu à peu prendre des orientations spécifiques et se différencier. De cette différenciation* cellulaire vont naître les trois feuillets embryologiques de base. C'est à partir de ces trois feuillets que l'embryon va évoluer, se façonner et grandir. Le tout dans une harmonie tellement parfaite et subtile que nous ne pouvons que nous émerveiller devant le petit d'homme qui va en résulter. Que de conditions sont requises pour que le fœtus arrive à son terme ! La vie n'est pas un dû, mais un véritable don.

Les trois feuillets sont maintenant typés. Chacun aura sa destinée et son rôle précis :

- l'ectoblaste donnera le système nerveux, la peau et les phanères* ;
- l'endoblaste évoluera vers nos organes nutritifs ;
- le mésoblaste se voit improprement attribuer le rôle de tissu de remplissage venant occuper les espaces laissés vacants entre les deux autres tissus.

C'est au niveau de l'ectoblaste que va se dessiner la réalité des réflexothérapies. Attardons-nous sur son développement. En dessous du feuillet ectoblastique se forme la gouttière neurale. Cette dernière s'invagine pour devenir le tube neural. Dans le même temps apparaît la crête neurale qui doit son nom au fait qu'elle se place entre le tube neural et le feuillet ectoblastique natif. Puis la crête neurale va glisser latéralement et former les masses ganglionnaires qui bientôt vont se diviser en deux :

- une partie supérieure qui deviendra le ganglion spinal ;
- une partie inférieure, futur ganglion sympathique.

À ce stade de notre développement, nous nous rendons compte que deux systèmes nerveux, *a priori* différents et indépendants sur le plan anatomique, sont intimement liés et indissociables du point de vue embryologique.

Le ganglion spinal vecte les influx sensitifs qui nous mettent en contact avec le monde extérieur : tact superficiel ou sensations plus élaborées, perception du chaud ou du froid et de la douleur. Ces informations sont transmises à notre système nerveux central *via* des voies neurologiques bien codifiées qui vont emprunter la moelle spinale (*anc. moelle épinière*) et le tronc cérébral.

De son côté, le ganglion orthosympathique reçoit et diffuse des informations à notre milieu intérieur, essentiellement nos viscères au sens large du terme.



LA PEAU REÇOIT DES INFORMATIONS DE NOS « ORGANES »

Le ganglion spinal et le ganglion du tronc sympathique (*anc. ganglion sympathique latérovertébral*) sont interconnectés depuis leur origine embryologique. Voici pourquoi notre revêtement cutané qui sert déjà d'interface avec notre environnement extérieur reçoit également des messages de notre intimité profonde (*figure 1.1*).

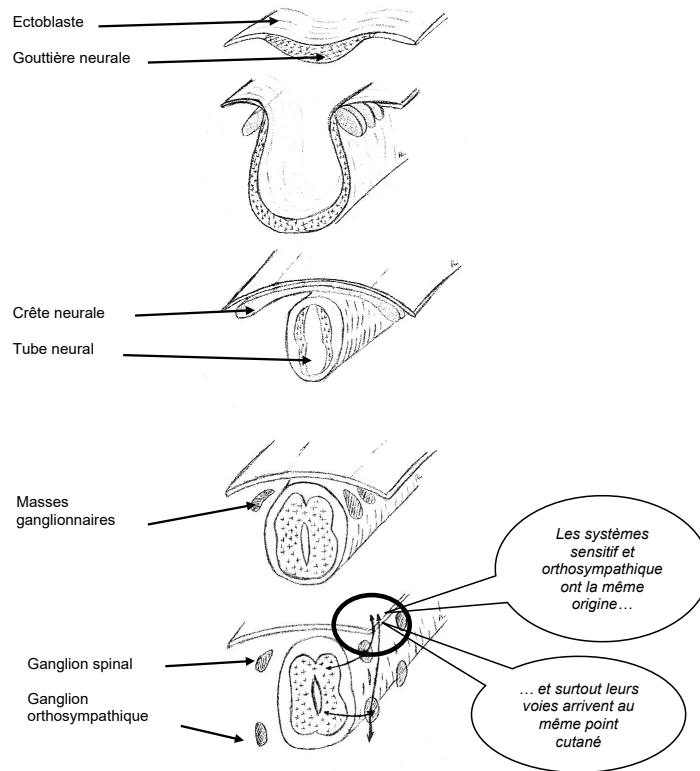


Figure 1.1. Réalité embryologique du point réflexe.

Si cette interaction entre nos deux systèmes neurologiques est bien réelle en théorie, elle ne s'exprime que rarement à l'état normal. En revanche, toute manifestation pathologique exploite ces trajets potentiels apparus peu de temps après notre conception. C'est ainsi que notre peau va exprimer nos désordres intérieurs. Mais attention, ce tourbillon informationnel ne se manifeste jamais spontanément, sauf exception. Il faudra mettre en œuvre des moyens de diagnostic spécifiques pour interroger notre revêtement cutané afin qu'il consente à afficher les souffrances et les dysfonctions de notre corps. C'est là tout l'art de la détection du point de réflexothérapie. Nous y reviendrons dans le détail ultérieurement.

2. Bases embryologiques de la règle des trois tissus

Si le diagnostic réflexothérapique est une étape, il doit être suivi d'une action thérapeutique et, là encore, l'embryologie va nous aider :

- à choisir les meilleurs points à traiter ;
- à leur appliquer la thérapie optimale en rapport avec la pathologie exprimée.

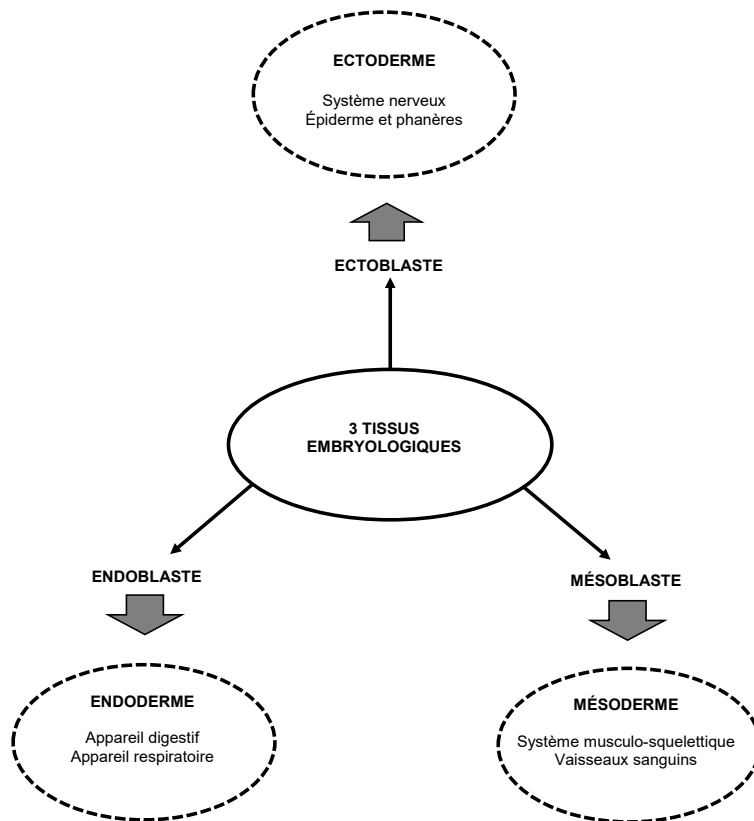


Figure 1.2. *Nos trois tissus embryologiques.*

Un même organe se projette sur une multitude de zones réflexes. Il n'est pas utile de les traiter toutes. Cela serait long, fastidieux et n'apporterait rien au traitement. Au contraire, trop d'informations pourraient diluer le message réflexothérapique. D'un autre côté, le point unique, même bien ciblé, montrera vite ses limites.

Nous nous sommes rendu compte que trois points, stimulés successivement ou simultanément, potentialisaient notre action. Bien entendu, il s'agit de trois points de projection d'une même pathologie. C'est l'embryologie qui nous a mis sur la voie.

À partir du premier amas cellulaire embryonnaire, nous assistons rapidement à une différenciation* des cellules. Elle code la formation des tissus et plus tard, de nos organes.

Entre le 18^e et le 22^e jour de la vie *in utero*, migrations et télescopages des cellules se succèdent, aboutissant à la formation de trois tissus embryonnaires à partir desquels se développeront et se formeront toutes les composantes du fœtus (Moore, 1974)¹.

.....
1. K.L. Moore, *L'être humain en développement*, Vigot, 1974.

L'endoblaste

L'endoblaste produit les organes nutritionnels au sens large du terme. L'appareil digestif, son système glandulaire et ses annexes, assureront au premier chef digestion de la nourriture, assimilation des nutriments et transformation moléculaire pour assurer la logistique plastique d'un renouvellement cellulaire permanent au sein des organes. L'appareil respiratoire, de son côté, nous « nourrit » en oxygène. L'ensemble de ces éléments d'origine endoblastique assure donc la maintenance mais aussi l'apport énergétique indispensable au bon fonctionnement de notre corps.

Une fois arrivé à maturité, l'endoblaste prend le nom d'endoderme et nous sommes fins prêts à pousser notre premier cri (*figure 1.2*).

L'ectoblaste

L'ectoblaste permet la formation de nos systèmes nerveux :

- les systèmes nerveux central et périphérique, c'est-à-dire cerveau, cervelet, tronc cérébral et moelle spinale (*anc. moelle épinière*), ainsi que leurs enveloppes méningées, et les nerfs somatiques ;
- le système nerveux autonome avec la dualité, tantôt complémentaire ou tantôt opposée, des influx parasympathiques et orthosympathiques.

Mais l'ectoblaste qui deviendra *in fine* ectoderme génère également la peau et les phanères* (poils, cheveux et ongles). Précisons que seule la partie la plus superficielle de notre revêtement cutané est d'origine ectoblastique : l'épiderme.



LA PEAU ET LE SYSTÈME NERVEUX ONT LA MÊME ORIGINE EMBRYOLOGIQUE

Notre épiderme et notre système nerveux sont issus du même feuillet embryologique. Agir sur la peau pourra avoir une action neurologique locale ou à distance.

L'embryologie confirme le mécanisme d'action de base des réflexothérapies.

Enfin, il convient de préciser que les bourgeons dentaires sont dérivés de l'ectoderme.

Le mésoblaste

Entre l'endoblaste et l'ectoblaste s'immisce le mésoblaste. Il lui a été attribué à tort la fonction de tissu de remplissage. Cela est vrai pour les protozoaires* (Lecointre G. et Le Guyader, 2016²) chez lesquels les deux tissus de base sont baignés dans une gelée extracellulaire : la mésogée. Il en va autrement dans l'espèce humaine : le mésoderme, en filiation directe avec le mésoblaste, constitue les muscles, le squelette et les vaisseaux sanguins.

Notre corps est donc fait de l'agencement d'organes et d'éléments anatomiques issus des trois feuillets embryologiques de base.

.....

2. G. Lecointre, H. Le Guyader, *Classification phylogénique du vivant*, Belin, 2016, t. 1, 4^e éd.

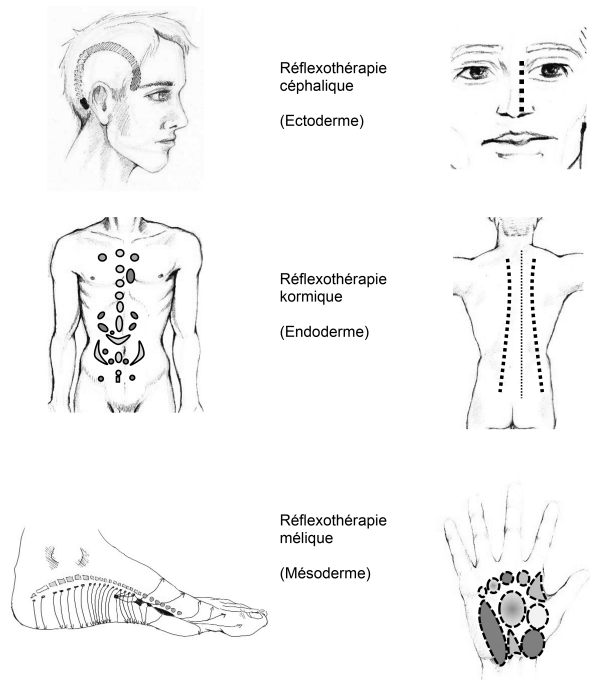


Figure 1.3. *La théorie des trois tissus embryologiques.*

Tout désordre fonctionnel, et *a fortiori* lésionnel (maladie), va atteindre des composants de ces trois tissus.

Nos trois tissus embryologiques

Prenons l'exemple d'un organe digestif, il sera atteint dans sa composante dominante : l'endoderme. Mais n'oublions pas qu'il est encapsulé dans une enveloppe protectrice (mésoderme) et que sa nutrition est assurée par des vaisseaux sanguins (mésoderme). De plus, il est soumis à une régulation nerveuse autonome (ectoderme).

Nous sommes ternaires. Toute atteinte morbide va altérer inévitablement et inexorablement nos trois tissus. Ne traiter qu'une des entrées de la maladie aura de fortes chances de laisser le processus morbide couvrir sous la cendre.



TOUJOURS TRAITER LES TROIS TISSUS

Et c'est ce « circuit oscillant pathologique résiduel » (Bourdiol R.J., 1983) qui augmente le risque de reprise ou de rechute de la maladie.

En clair : oublier l'expression de la maladie au niveau de l'un des trois tissus embryologiques expose à un échec du traitement. Même si le tissu concerné n'est pas le plus impliqué par le phénomène pathologique.

La règle des trois tissus

Nous devons donc nous efforcer de traiter les trois tissus par tous les moyens à notre disposition. Au niveau des réflexothérapies, il est indispensable d'appliquer un traitement sur chacune des trois zones :

- ectodermique, réflexothérapie céphalique (crâne et visage) ;
- endodermique, réflexothérapie kormique* (tronc thoraco-abdominal et dorso-lombaire) ;
- mésoblastique, réflexothérapie mélique* (membres supérieurs et inférieurs).

Voici présentée la règle des trois tissus (*figure 1.3*). Le choix des zones à traiter sera explicité tout au long de ce livre. Il en sera de même des applications fréquentielles qui nous permettront d'être au plus près de la « maladie » et de ses répercussions psycho-émotionnelles.



TRAITEMENT RÉFLEXOTHÉRAPIQUE D'UNE LOMBALGIE COMMUNE

Une première zone sera traitée au niveau du segment métamérique* en souffrance que nous aurons déterminé avec précision. Cela se fera généralement sur le tronc : nous avons notre point d'entrée « endodermique ».

Nous nous adresserons ensuite à une somatotopie* mélique*, au niveau du pied le plus souvent : voici notre point « mésodermique ».

Et nous n'oublierons pas la zone céphalique dont la richesse réflexothérapique n'est plus à démontrer : nous terminons par le point « ectodermique ».

Embryologie et fréquences somatiques

Toutes nos cellules sont animées de mouvements vibratoires. Leur composition interne et leur environnement électrolytique sont à l'origine de micro-courants. Tout courant circulaire est coupé par un champ électromagnétique qui lui est perpendiculaire. Nous reviendrons sur ces notions et les développerons dans le chapitre 9, consacré à l'aspect énergétique des réflexothérapies.

Ne déflorons pas le sujet avant d'avoir évolué dans l'étude des bases des réflexothérapies. Glissons cependant que c'est à partir de l'embryologie que vont naître et se hiérarchiser les fréquences somatiques.

Bases anatomiques des réflexothérapies

Sommaire

1. Réalités anatomiques de l'organisation métamérique.....	34
2. Conséquences pathologiques de l'organisation métamérique.....	36
3. Particularités anatomiques de l'organisation métamérique.....	38
4. Dermatomes thoraco-abdominaux.....	38
5. Anatomie et organisation réflexothérapique transversale.....	44
6. Anatomie et organisation réflexothérapique longitudinale.....	46

Les plages réflexes thoraciques sont les plus aisées à aborder. Nous allons nous y consacrer en tout premier lieu.

Chaque nerf spinal (*anc. nerf rachidien*) naît d'un segment de moelle spinale (*anc. moelle épinière*) qui lui est dédié : le *neurotome*. Ce terme se décompose en « neuro » comme neurologie et en « tome » du grec ancien « tomos », suffixe des mots qui font référence à une section ou à une coupure.



PRÉCISION SÉMANTIQUE

Le terme *neurotome* a deux significations selon son utilisation dans un contexte anatomique ou chirurgical :

- en anatomie il désigne un segment de moelle épinière et les éléments neurologiques qui en dépendent ;
- en chirurgie il s'agit d'un instrument servant à sectionner un nerf (neurotomie).

Le terme neuromère est réservé à la période embryologique. Le neuromère est le pré-curseur du neurotome anatomique.

La migration embryologique du revêtement cutané de notre tronc est assez simple, surtout dans sa partie antérieure. Il s'agit d'une organisation segmentaire découpant notre corps en coupes quasiment parallèles et empilées les unes sur les autres. Cela est vrai au niveau de la partie centrale de

notre tronc. Aux extrémités, les choses se compliquent avec l'apparition des membres et de leur migration. Une segmentarisation parfaite dans le sens crânio-caudal* ne se retrouve que chez le serpent. L'apparition des membres chez les vertébrés supérieurs vient bouleverser le trop bel agencement de base.

1. Réalités anatomiques de l'organisation métamérique

Aventurons-nous dans l'exploration d'un étage précis, par exemple celui de T9, neuvième dermatome thoracique. Le segment de moelle spinale (*anc. moelle épinière*) qui le contrôle est bien entendu le 9^e métamère thoracique (*figure 2.1*).

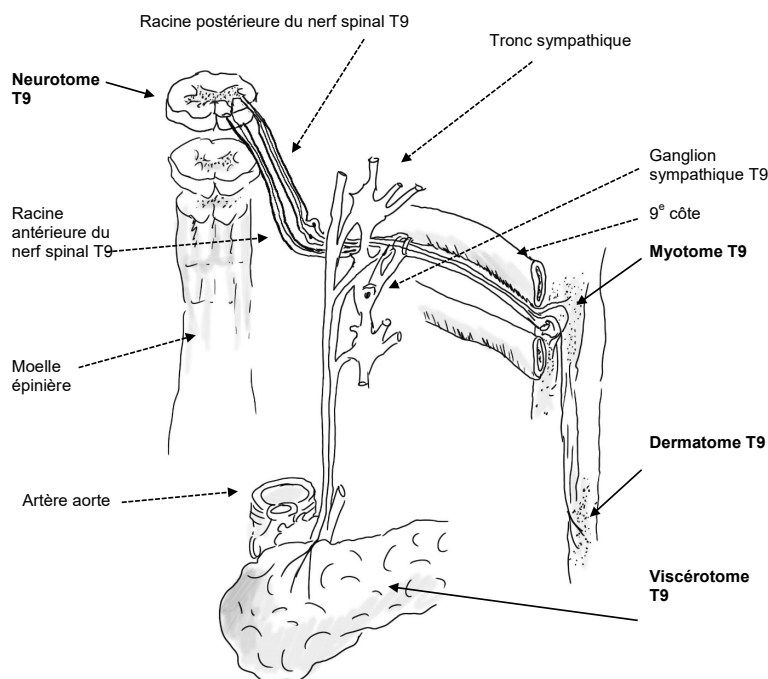


Figure 2.1. Le métamère T9.

Le myotome

Le nerf spinal (*anc. nerf rachidien*) correspondant est ici le 9^e nerf intercostal. Il parcourt notre cage thoracique en suivant sa paroi et en particulier la côte sous laquelle il cherche refuge. Chemin faisant, ce nerf abandonne des branches collatérales aux muscles intercostaux. Les muscles innervés par un même nerf forment un *myotome*.

Le dermatome

Voyageant de la profondeur vers la surface, notre nerf intercostal distribue des branches perforantes qui prennent en charge l'innervation de notre peau. Chaque « bande » cutanée sous la dépendance d'un même nerf se nomme un *dermatome*.

Le viscérotome

Depuis notre nerf intercostal, des influx gagnent le ganglion sympathique correspondant du tronc sympathique (*anc. chaîne sympathique latérovertébrale*). C'est notre système viscéral qui est ainsi connecté. Le *neurotome* T9G prend en charge, entre autres, une partie de l'innervation autonome du pancréas. Les organes sous l'influence d'un neurotome forment un *viscérotome*.



PRÉCISIONS SUR LE VISCÉROTOME

La plupart des viscères ont une double innervation :

- **transversale**, au niveau du neurotome que nous traitons dans ce chapitre ;
- **longitudinale**, par le biais du système parasympathique (*chapitre 4*).

Autres éléments segmentaires métamériques

Via un système complexe que nous aborderons avec les réflexothérapies des membres, les vaisseaux sanguins sont connectés à notre système nerveux : voici présenté l'*angiotome*.

Nos capsules articulaires sont aussi, en partie, sous contrôle segmentaire. L'appellation *sclérotome* leur est consacrée même si, au sens propre du terme, il désigne notre système vertébro-discal et ses annexes costales.

Ainsi, aussi divers soient-ils dans leur finalité anatomique et fonctionnelle, neurotome, myotome, dermatome, viscérotome, angiotome et sclérotome appartiennent au même métamère. Nous nous rendons alors compte qu'une plage de notre peau, qu'un segment de muscle, qu'un viscère (en totalité ou en partie), sont incorporés dans un même circuit neurologique.



EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE LE DÉMONTRENT :

Notre revêtement cutané qui sert d'interface avec notre environnement extérieur reçoit également des messages de notre intimité profonde.

Et nous retrouvons les trois tissus embryologiques :

- l'ectoderme : neurotome et dermatome ;
- l'endoderme : viscérotome ;
- le mésoderme : myotome, angiotome et sclérotome.

2. Conséquences pathologiques de l'organisation métamérique

Nous commençons à appréhender la réalité des réflexothérapies. Car, si à l'état normal, chaque circuit est indépendant, recevant et émettant des informations sélectives, il n'en est pas de même en mode pathologique. Dès qu'un composant du système est altéré, en souffrance, en dysfonction, un parasitage s'opère. Des signaux se propagent dans tout le métamère. Les dysfonctions s'enchaînent, au départ éphémères et labiles, puis fixées et tenaces si la pathologie initiale évolue.

Exemple de pathologie à point de départ vertébral (sclérotome)

Une dorsalgie apparaît pour une raison quelconque. Nous envisageons le cas du dérangement intervertébral commun décrit par le D^r R. Maigne.

La douleur est vectée par le nerf spinal (*anc. nerf rachidien*) correspondant, ici le nerf intercostal, puis remonte à notre conscience *via* les voies de la sensibilité. L'information neurologique revient et explose en véritable orage métamérique*.

Le myotome ne comprend pas le message qui lui parvient. Il ne le décode pas. Dans le doute, il réagit de la seule façon qu'il connaisse : la contracture musculaire. Cette dernière a pour but initial de verrouiller le segment en souffrance pour le protéger. Mais bien vite, la bonne intention salvatrice de départ est dépassée. La bride est lâchée, les contractures musculaires s'emballent, majorant alors la douleur initiale qu'elles étaient censées étouffer.

Le dermatome est également concerné. Il ne s'exprime pas spontanément. Il faut savoir le faire parler à travers un examen palpatoire fin : le palper-rouler ou le pincer-rouler. Ce dernier terme sera retenu car plus proche de la réalité de l'examen réflexothérapique. Le syndrome cellulo-téno-périosto-myalgique de R. Maigne se retrouve ici dans toute sa splendeur.

Le viscérotome ne se manifeste pas souvent. De plus, il est inaccessible à l'examen direct. Signalons toutefois les constipations opiniâtres qui suivent les accidents au niveau de la charnière dorso-lombaire. Elles résultent de ce mécanisme neurovégétatif.

Il ne faut pas méconnaître cet engrenage morbide. Le traitement doit traiter la cause initiale de la pathologie en priorité. Mais ignorer les parasitages possibles des autres composantes métamériques* fait courir le risque d'une action thérapeutique incomplète ou d'une récidue.

La contracture qui survit à un traitement vertébral manuel fera le lit d'une rechute dans les heures ou dans les jours qui suivront.

La dermalgie doit être recherchée et déparasitée sous peine de se transformer en épine irritative locale qui entretiendra ou fera réapparaître la pathologie.

Exemple à point de départ cutané (dermatome)

Nous l'avons dit : une dermalgie ne s'exprimera pratiquement jamais spontanément. Néanmoins, il est des cas où certaines cicatrices cutanées, *a priori* sans problème, renvoient des informations parasites sur le circuit du dermatome concerné.

Il faut savoir les mettre en évidence : nous étudierons les moyens spécifiques de le faire (*chapitre 37*). Il sera nécessaire de les traiter : nous aborderons ce sujet avec les thérapies

fréquentielles. Parfois la cicatrice est plus sournoise, car située en profondeur, enfouissant avec elle son mystère.

Exemple à point de départ viscéral (viscérótome)

Le viscérótome peut aussi être atteint en première intention. Le diagnostic réflexothérapique amène des arguments supplémentaires par rapport aux moyens conventionnels dont nous disposons. Mais la plus grande prudence s'impose.



DERMALGIE ET CANCER DU PANCRÉAS

Cet exemple me rappelle un bien mauvais souvenir lorsque, jeune médecin, j'avais chez un patient, ami de la famille, découvert une dermalgie T9G à plusieurs reprises dans le cadre de dorsalgies récidivantes. Fort du principe de précaution qui m'avait été enseigné, j'avais prescrit une échographie pancréatique. Je voulais éliminer une pathologie de cet organe qui aurait pu se manifester en parasitant l'arc métamérique* correspondant. Ce dernier ne cessait de parler. Et même de crier, devrais-je dire. L'examen échographique est revenu strictement normal, de même que la biologie hépatopancréatique. Le radiologue s'était même posé la question de la pertinence de ma prescription. Prenant acte de ce résultat rassurant, j'ai continué à traiter ce patient régulièrement lorsque, quelques mois plus tard, un cancer du pancréas s'est exprimé dans toute son agressivité. Notre ami a été emporté en quelques semaines. Cette localisation cancéreuse est encore de nos jours redoutée et redoutable.

À ma décharge et à celle de mes confrères, je souhaite préciser que l'imagerie médicale de l'époque était très loin d'atteindre le niveau de discrimination actuel. Depuis, l'échographie s'est affinée et surtout sont apparus des moyens ultra-performants : scanners, IRM et toutes leurs déclinaisons.

La morale de cette histoire plaide en faveur du diagnostic réflexothérapique qui a mis en évidence un signal exprimant la souffrance d'un organe profond. Je rappelle que l'imagerie était muette. Un examen minutieux découvrira des signes qui orienteront vers tel ou tel organe. Mais attention, il ne s'agit que d'une orientation et non d'une certitude.



À SAVOIR

Une dermalgie, quelle qu'elle soit, ne préjuge jamais d'un diagnostic étiologique*.

« Mon appréhension provient de l'apparente facilité de la méthode, de son illusoire bénignité, et d'une pseudo-innocuité. » (Bourdiol R.J., 1983)

3. Particularités anatomiques de l'organisation métamérique

Les migrations embryologiques font que myotome, dermatome et viscérotome n'évoluent pas de concert. Revenons sur le métamère T9, et observons (*figure 2.1*) que :

- dermatome, myotome et viscérotome sont situés plus bas que leur neurotome de référence ;
- le dermatome se projette bien en dessous du myotome ;
- le viscérotome plonge dans les profondeurs abdominales.

Même si tous ces éléments ne se développent pas les uns en regard des autres, il n'en demeure pas moins qu'il existe des rapports constants entre chacun d'entre eux car leur innervation est issue du même segment de moelle spinale (*anc. moelle épinière*).



LES DERMALGIES NE SONT PAS EXACTEMENT AU MÊME NIVEAU QUE LES ORGANES QU'ELLES REPRÉSENTENT

Il faudra tenir compte de cette spécificité neuro-anatomique. Une dermalgie ne se manifeste jamais en projection orthogonale de l'organe malade, mais bien à distance.

Ceci se vérifie au niveau du **point appendiculaire** dont la dermalgie est toujours située au même endroit quelle que soit la position anatomique de l'appendice : normale, sous-hépatique, rétrocaecale...

Nous reviendrons sur cette spécificité dans l'étude des dermalgies kormiques*.



EXTENSION D'UNE DERMALGIE = PRUDENCE

Devant toute extension d'une dermalgie au-delà de son périmètre anatomique habituel, il faut redoubler de vigilance.

Tout débordement d'une dermalgie sur les dermatomes sus et sous-jacents doit faire évoquer une extension morbide du processus pathologique, en général vers une aggravation.

4. Dermatomes thoraco-abdominaux

Nous venons de parcourir les composantes de l'organisation métamérique* segmentaire. Certains de ces éléments sont peu accessibles car situés en profondeur : le viscérotome en particulier. D'autres sont moins profonds : le myotome, le sclérotome. Mais il en est un qui est superficiel et donc facilement accessible à nos investigations : le dermatome. C'est sur lui que nous allons nous attarder car il est le passage obligatoire en réflexothérapie, aussi bien dans l'étape diagnostique que dans la phase thérapeutique.

Restons sur la partie thoraco-abdominale. Bien avant l'apparition des diverses déclinaisons des réflexothérapies, les cliniciens avaient noté que les manifestations cutanées des zonas intéressaient des « tranches » cutanées bien précises. Si leur systématisation peut varier d'un auteur à