

## A PROPOS DE LA CRANIOPUNCTURE

Francis CROENEN

**Résumé.** — L'Acupuncture Cérébrale Cutanée est une technique acupuncturale très récente. Le Docteur Lebarbier a ramené de Chine la technique qui s'appelle là-bas « l'Acupuncture Cérébrale ».

La technique est résumée dans le schéma de l'article. A partir du point *Nao Kong*, on obtient la ligne motrice que l'on découpe en cinq parties égales pour être piquées.

Les indications sont très intéressantes car elles concernent les hémiplésies, les accidents vasculaires cérébraux, les embolies cérébrales ayant donné des séquelles motrices, les aphasies motrices et également la maladie de Parkinson mais les résultats sont moins intéressants.

L'auteur qui a expérimenté cette technique à l'hôpital Gernez-Rieux d'Elfaut (62570 Wizernes - France) montre ici dans le résumé d'un mémoire déposé auprès de la faculté de Médecine de Lille, deux observations concernant deux accidents vasculaires cérébraux. Les contre-indications de cette technique représentent essentiellement la comitialité ancienne.

Les bases neuro-physiologiques de cette technique selon Bossy (cours 2<sup>e</sup> année, diplôme de réflexothérapie et acupuncture, faculté de Médecine de Lille) sont une action directe à travers la boîte crânienne atteignant le lobule paracentral et la frontale ascendante. Cette action est sous forme d'un courant ionique, alors que les microsystèmes (auriculopuncture, nasopuncture) agissent sur la formation réticulée pour remonter vers le système nerveux central.

Sans nul doute interviennent également les neurotransmetteurs qui facilitent le mécanisme intime de la synapse. (Bossy, « Méridiens », 1979, n<sup>os</sup> 47-48).

En conclusion, la craniopuncture doit pouvoir permettre une amélioration de l'hémipléxie dans les suites immédiates d'un accident vasculaire cérébral, dans les lésions anciennes on aura recours à l'électro-acupuncture.

**Mots clés :** acupuncture, acupuncture cérébrale, craniopuncture.

**Summary.** — Cutaneous cerebral acupuncture is a very recent acupuncture technique. Dr. Lebarbier brought back this method, known over there as « Cerebral Acupuncture », from China.

The method is summarised in the diagram which accompanies the article. Beginning with the Nao Kong point, the motor line is obtained and divided into five equal parts ready for needling.

The indications are very interesting as they include hemiplegia, cerebro-vascular accident, cerebral embolus with motor sequelae, motor aphasia and, equally, Parkinson's Disease, but the results here are less pleasing.

The author, who has tried out this technique at the Gernez-Rieux Hospital, Helfaut (62 570 Wizernes, France), shows here in the summary of a paper submitted to the Faculty of Medicine at Lille, two series of observations in cases of C.V.A. The contra-indications of the method concern, essentially, long-standing epilepsy.

The neuro-physiological basis of this technique is, according to Bossy (second year lectures for the Diploma in Reflexotherapy and Acupuncture of the Faculty of Medicine of Lille), a direct effect via the cranium which attains the Paracentral Lobule and Ascending Frontal Tract. This action takes the form of an ionic current whereas the « micro systems » viz. Auriculotherapy and Nasopuncture, act on the Reticular Formation there by reaching the C.N.S.

Undoubtedly, the neuro-transmitters, involved as they are in synaptic function, are also implicated (Bossy, « Méridiens », 1979, n<sup>os</sup> 47-48).

Cranio-puncture should have a beneficial effect on hemiplegia in the period immediately following cerebro-vascular accident. In long-standing lesions, electro-acupuncture could be used.

**Key-words :** acupuncture, cranio-puncture, cerebral acupuncture.

## INTRODUCTION

L'Acupuncture Cérébrale Cutanée ou Craniopuncture est une technique semble-t-il, assez récente, aucun texte traditionnel ne le présente comme un ensemble pouvant avoir des débouchés thérapeutiques dans certaines lésions cérébrales.

Peu d'auteurs occidentaux, contemporains n'en parlent dans les publications ou les traités d'Acupuncture, à l'exception de Lebarbier qui la mentionne au chapitre des affections du système nerveux central et particulièrement dans le traitement des hémiplegies.

Le but de ce travail est de relater les cas où cette technique acupunctureale a pu être entreprise, elle a été essentiellement réalisée dans le Service de Gériatrie moyen et long séjour de l'hôpital Gernez-Rieux d'Elfaut, dont j'ai la responsabilité.

En Gérontologie clinique, la fr equance des accidents vasculaires c erebraux reste très importante, nous recevons des malades victimes d'h emiopl egie, qui après l'accident aigu, viennent poursuivre leur réadaptation en moyen séjour et avec l'aide des kinésithérapeutes, on rééduque le malade h emiopl egique en barres parall es pendant 80 jours, afin de le rendre si possible, autonome.

Nous verrons donc qu'elle est la technique de puncture utilisée, suivie des différentes observations de malades ; enfin, nous envisagerons quels peuvent être les supports anatomophysiologiques de cette action acupuncturale.

### TECHNIQUE

Dans cette étude nous suivrons la technique relatée par Lebarbier dans son livre « L'Acupuncture pratique ».

Cet auteur a ramen e de Chine une technique que les Chinois appellent : *Acupuncture C erebrale*.

Il semble que les médecins chinois aient remarqu e qu'  la suite de travaux systématiques de recherches sur l'aire crânienne, il existe des zones permettant d'agir dans le traitement de certains  tats pathologiques sur la motricité, la sensibilité, le tremblement, les vertiges et l'équilibre.

La principale zone, la plus intéressante en ce qui nous concerne, est la zone motrice parce qu'elle permet la réadaptation de certaines h emiopl egies, même anciennes.

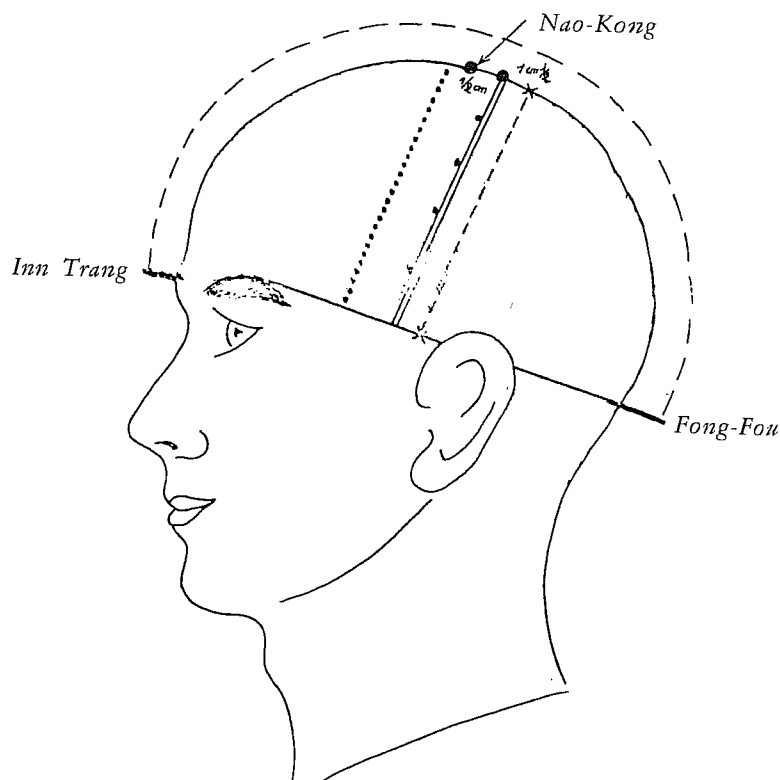
La détermination de cette zone motrice est très précise.

Voici comment la construire : (Figure 1.).

1 ) Tracer une ligne horizontale commençant par le sommet du sourcil et la base de la protubérance externe de l'occipital, cette ligne passe par l'oreille derrière le pavillon.

Sur cette ligne, repérer le point où elle croise la naissance des cheveux.

2 ) Faire une autre ligne qui emprunte le trajet du Vaisseau Gouverneur commençant au point *Inn Trang* (HM II) et qui se dirige



———— Ligne de repérage : sommet des sourcils - protubérance occip. ext.

- - - - Ligne Inn Trang - Fong-Fou.

==== Ligne motrice.

-----

..... Ligne de maîtrise des tremblements et chorée.

jusqu'au 16 VG *Fong Fou*. Avec un centimètre, on repère exactement le milieu de cette ligne sous lequel se trouve le point *Nao Kong*. A un demi-centimètre en arrière de ce point *Nao Kong* on pose une aiguille, on relie ce point à celui repéré sur la ligne horizontale (point de croisement avec la naissance des cheveux), on obtient ainsi une ligne motrice qui relie ces 2 points.

Mais on peut aller plus loin encore et décomposer cette ligne motrice en 5 parties :

- Le 5<sup>e</sup> supérieur qui contrôle les membres inférieurs,
- Les 2/5<sup>e</sup> suivants, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> contrôlent les mouvements des membres supérieurs,
- Enfin, les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> points contrôlent les mouvements faciaux.

Au total les 6 points forment donc les 5 zones où la puncture de plusieurs aiguilles peut être utilisée suivant la localisation de l'hémiplégie.

Lebarbier recommande de piquer toujours vers les points les plus bas et du côté de la lésion, à l'opposé de l'hémiplégie. Selon lui, cette technique est très en vogue actuellement en Chine, et les résultats obtenus semblent très favorables.

Quelles sont les indications de cette technique ?

En premier lieu, les séquelles d'hémiplégies ; les accidents vasculaires cérébraux ; les embolies cérébrales ayant donné des séquelles motrices ; les aphasies motrices et enfin la maladie de Parkinson, mais les résultats seraient moins probables.

D'autres indications sont encore citées : les troubles visuels, les héli-anopsies latérales, les pertes d'équilibre par troubles cérébelleux, les épilepsies motrices à forme bravais-jacksonienne.

Les Chinois utilisent également la craniopuncture pour la maladie de Parkinson ; ils se servent d'une ligne située parallèlement à la ligne motrice mais située à 1 cm et demi en avant. Ils effectuent une puncture étagée de 6 à 7 aiguilles posées cette fois de chaque côté sur cette ligne. Néanmoins les résultats sont moins bons que ceux observés pour les hémiplégies.

Les Chinois utilisent aussi la ligne de sensibilité, qui se situe à 1 cm et demi en arrière de la ligne motrice. Elle traite les engourdissements, les troubles paresthésique des membres, du visage du larynx et des oreilles.

Au total donc, il apparaît que la craniopuncture est une technique de localisation topographique très précise et dont la construction permet la construction de 2 zones qui lui sont parallèles ; l'une

antérieure servant à traiter les affections parkinsoniennes et les tremblements, l'autre postérieure utilisée surtout pour traiter les zones consacrées à la sensibilité.

### OBSERVATIONS

L'expérience que nous avons de la craniopuncture, tient essentiellement aux observations de malades, réalisées à l'hôpital Gernez-Rieux d'Helfaut, 62570 Wizerne.

De toute évidence, il semble que cette craniopuncture a une action très favorable lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie flasque ; elle permet une tonification du muscle de la jambe et du membre supérieur, on assiste aussi de la part du malade à une volonté de reprise de la réadaptation, notamment en barres parallèles ; il faut remarquer enfin les résultats les plus significatifs sur les éléments moteurs, se situent essentiellement au niveau du membre inférieur.

L'observation qui va suivre est une des plus spectaculaires.

Des différentes observations colligées au sein du service, il s'agit de l'observation de Karine S..., âgée de 18 ans, qui avait été hospitalisée à l'hôpital d'Helfaut en décembre 1980, pour un coma chronique.

Elle avait été hospitalisée auparavant au C.H.R. de Lille, dans le service de Neurochirurgie pour la survenue brutale d'un coma profond secondaire à la rupture d'anévrisme circoïde du tronc basillaire au niveau de la protubérance, et nos confrères neuro-chirurgiens n'avaient pas voulu, devant l'étendue des lésions, entreprendre une intervention neurochirurgicale, aussi ils avaient confié la malade à l'hôpital Gernez-Rieux d'Helfaut.

C'est par hasard que nous avons été amenés à examiner Mademoiselle Karine S..., dans le service de Médecine D où nous nous trouvions pour examiner quelques malades âgés qui devaient entrer dans le service de Gériatrie.

A la demande de notre confrère le Docteur Degremont, nous avons examiné le 9 avril dernier, Mademoiselle S... et, comme le cas de cette jeune fille était particulièrement tragique, survenant dans une famille

éprouvée par de graves problèmes de santé, nous avons envisagé l'Acupuncture puisqu'aucune autre thérapeutique n'était envisageable. Nous avons bien précisé à la famille, les limites de notre action et nous ne l'avions pas entretenue dans de faux espoirs.

Nous avons commencé une série de 10 séances d'acupuncture en puncturant les points du coma aux extrémités des dix doigts et entrepris aux membres inférieurs la puncturation des points maîtres dans la rééducation motrice et de tonification générale de l'énergie comme l'écrivent les Chinois : c'est-à-dire, les *Sab-Sun* aux dix doigts, E 36, RP 6, VB 62, V 64.

Nous avons également effectué la craniopuncture, c'est-à-dire la puncturation bilatérale de part et d'autre de la ligne médiane du vertex et du cou : 2 points situés à égale distance et en regard de la protubérance.

Le 13 avril 1981, après la troisième séance de craniopuncture et d'acupuncture, nous assistons à l'apparition de certains gestes : ouverture de la main gauche à la commande verbale, les jambes gauche et droite remuent spontanément, mais l'éveil reste très modifié. La malade a toujours sa sonde naso-gastrique. Le kinésithérapeute masse régulièrement les membres inférieurs et supérieurs.

Nous avons demandé de pratiquer un E.E.G. à l'issue de la dixième séance.

Le 23 avril, à la dixième séance, l'éveil n'est pas encore modifié mais on assiste à l'apparition de syncinésies des membres inférieurs droit et gauche, certains gestes sont réalisés sur ordre venant du père et de la mère : ouverture des mains, ouverture de la bouche. Nous décidons d'arrêter l'acupuncture et la craniopuncture et nous obtenons le résultat de l'E.E.G. pratiqué le 30 avril. Nous notons une amélioration du tracé avec surtout un rythme de base réorganisé, avec des fréquences de 8 à 9 cycles par seconde, alors que le tracé du 9 avril montrait un ralentissement du rythme de base avec des activités très lentes et amples marquant une souffrance globale diffuse modérée.

Le 5 mai, nous reprenons les séances. Nous réalisons les points *Sab-Sun* (points du coma) la craniopuncture et l'acupuncture générale.

On assiste alors à une amélioration très nette de tous les mouvements et le kinésithérapeute du service de rééducation fonctionnelle fait une étude analytique de tous les mouvements y compris ceux réalisés en position assise au fauteuil.

Le 8 mai, nous enlevons la sonde naso-gastrique et comme la malade reste encore encombrée, nous lui avons fait la technique d'élimination des glaires en acupuncture ainsi que les points du hoquet et de la déglutition, ce qui permet une alimentation normale par la bouche.

L'évolution très favorable de cette observation devait se concrétiser par une reprise timide de la marche. La reprise des actes courants de la vie : la malade réunissant à manger seule, les apraxies d'habillement disparaissent petit-à-petit, la mise au fauteuil de la malade étant possible.

Tant et si bien que la malade devait sortir du service hospitalier en juin 1981, la famille désirant reprendre son enfant après de longs mois d'hospitalisation consécutifs.

En septembre 1981, l'intéressée était revue par le service de Neurochirurgie en consultation externe où la réalisation de potentiels évoqués était très favorable et concrétisait l'amélioration clinique déjà obtenue, le tracé électro-encéphalographique était aussi très favorable.

Par la suite, la malade devait être revue régulièrement en consultation de rééducation fonctionnelle à l'hôpital Gernez-Rieux d'Helfaut où on assistait aux progrès effectués, les troubles de l'équilibre, par atteinte du cervelet, restant toutefois des séquelles de cet accident vasculaire cérébral.

La famille est venue me présenter la malade à mon cabinet en juillet 1982 : l'enfant a repris une vie scolaire normale, elle est allée en vacances avec ses parents et a pu nager dans la piscine.

L'avenir de cette malade reste cependant incertain car il ne faut pas oublier qu'elle présente toujours l'anévrisme corcoïde du tronc basilaire et que la récurrence hémorragique reste toujours possible.



L'observation suivante est celle de Monsieur Marcel B..., âgé de 72 ans, atteint d'une hémiparésie droite avec aphasie motrice. L'accident vasculaire cérébral était survenu, selon la lettre de transfert du médecin traitant, en février-mars-1982, et la rééducation à domicile avait été pratiquement impossible en raison du peu de coopération du malade.

Ce malade avait d'abord été transféré dans le service de rééducation de l'hôpital Gernez-Rieux où, il faut bien le dire, la rééducation classique avait donné peu de résultats et l'on envisageait peut-être pour ce malade un long séjour dans le service de gériatrie.

A son entrée dans le service en juillet 1982, on notait, cliniquement, chez ce malade, la série des signes neurologiques montrant l'atteinte pyramidale : irritation pyramidale, réflexes vifs, enfin, l'hémiparésie flasque des membres supérieurs et inférieurs.

L'électro-encéphalogramme montrait une souffrance hémisphérique gauche d'origine vasculaire probable; le reste de l'examen clinique était sans particularité, l'électrocardiogramme ne comportant pas de signe de cardiopathie ischémique.

On entreprit donc une série de séances de craniopuncture selon la méthode décrite précédemment dans ce mémoire, et inspirée du livre de Lebarbier : repérage de la ligne motrice et puncturation de cette ligne divisée en 5 zones, ceci au niveau de l'hémicrâne gauche. En outre, on puncturait les points des méridiens *Yang* des membres inférieurs et supérieurs en prenant soin de puncturer le côté sain.

Au bout de 10 séances de craniopuncture, on assistait à une reprise tout d'abord assez précaire, de la marche en barres parallèles avec l'aide du kinésithérapeute attaché au service, puis, d'une amélioration progressive de la marche dans les semaines qui suivirent.

Ceci permettait le retour à domicile du malade dont l'épouse était encore valide, alors qu'auparavant on envisageait pour lui, un long séjour définitif en milieu hospitalier.

## NEUROPHYSIOLOGIE

Comme nous le notions en introduction, l'Acupuncture cranio-cérébrale est une technique d'introduction très récente en Chine.

En effet, quand on recherche dans la Médecine traditionnelle chinoise un essai de traitement par cette technique, il faut bien se rendre à l'évidence : il n'est nulle part décrit d'interaction de cette technique avec la physiologie des 5 viscères.

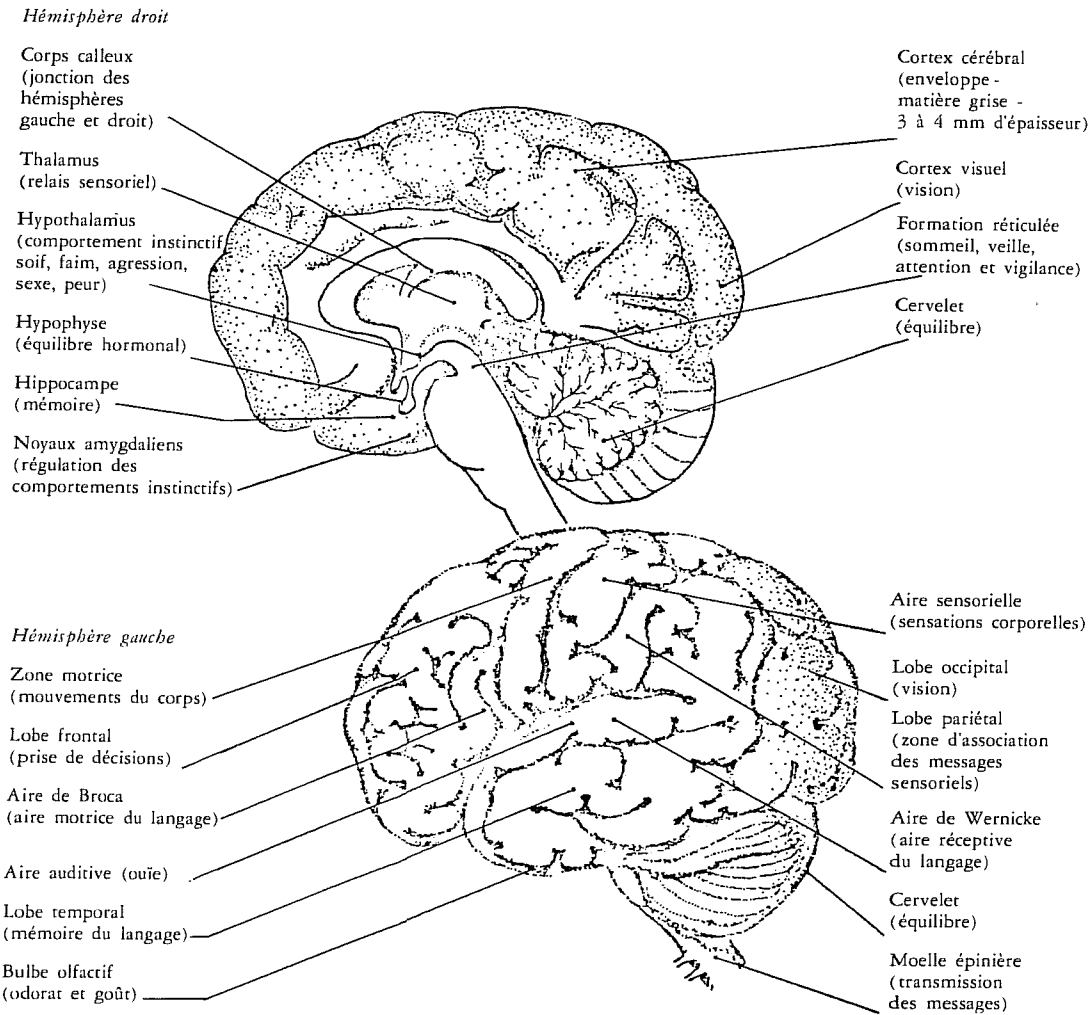
On retrouve cependant, dans le « Huang Di Nei Jing Su Wen » au chapitre 80 de la direction et la force des *QI* : « Quand le *Qi* monte et ne descend plus, il y a des céphalées et des maladies de tête. C'est une affection difficile à diagnostiquer, on ne retrouve pas de signe *Yin*, ni de signe *Yang*, les 5 régions viscérales ne manifestent rien ».

Selon les Chinois il semble donc que les maladies neurologiques soient difficiles à diagnostiquer et à traiter ; ce qui reste d'actualité dans notre médecine orientale : on observe la richesse sémiologique de la neurologie contrastant avec la pauvreté des moyens thérapeutiques qu'elle possède.

Que se passe-t-il alors lorsque l'on pique la zone motrice délimitée sur le crâne.

Selon Bossy, il existe une action directe au travers de la boîte crânienne atteignant le lobule paracentral et la frontale ascendante. Cette action est sous forme d'un courant ionique, alors que les micro-systèmes (auriculopuncture, nasopuncture) agissent sur la formation réticulée et remontent vers le système nerveux central. Cette action va donc agir sur la voie efférente pyramidale avec ses deux composantes corticospinale et corticonucléaire ; elle commande sans relais les neurones de la corne antérieure de la moelle et des noyaux du tronc cérébral (schéma 2). Une partie des axones cependant, effectuera une décussation motrice au niveau du bulbe et donnera le faisceau pyramidal direct et le faisceau pyramidal croisé.

Notons pour mémoire, la représentation des aires motrices le long de la frontale ascendante selon Penfield et Rasmussen (schéma 3).



*Face interne de l'hémisphère droit. Face externe de l'hémisphère gauche.  
Spécialisation fonctionnelle de chaque hémisphère.*

La même représentation existe également au niveau de la zone sensitive tracée sur le crâne et correspondant à la pariétale ascendante (figure 3) mais ceci nous intéresse moins ici.

Quel mécanisme peut-on envisager pour expliquer le mode d'action de la craniopuncture ?

Sans nul doute, interviennent ici les neurotransmetteurs qui facilitent le mécanisme intime de la synapse.

Bossy dans la revue « Méridiens » (1979, n<sup>os</sup> 47-48) a montré la présence de ces substances qui sont : la Dopamine, la Noradrénaline, l'Acétylcholine, le Gaba, la Sérotonine (SHT), la Glutamine, et la Glycine dans l'encéphale et au niveau du cortex cérébral ; ce qui permet donc d'envisager l'influence de l'Acupuncture à ce niveau.

Le métabolisme des neurotransmetteurs est particulièrement sensible aux perturbations de l'irrigation sanguine cérébrale. L'embolisme cérébral provoqué chez le rat engendre une déplétion de Da, Na et 5 HT dans les tissus cérébraux atteints par l'ischémie. Ces travaux suggèrent que les neurotransmetteurs sont chassés anormalement des synapses.

Certaines études effectuées aux Etats-Unis ont montré une déplétion de Na, 5 HT, et de Da dans les tissus cérébraux obtenus à l'autopsie de patients ayant eu des infarctus cérébraux récents. D'autre part, chez des patients ayant eu un infarctus cérébral, les taux de Na, Da, 5 HT, GABA, HVA et d'HIAA dans le LCR sont significativement plus élevés que chez les patients comparables mais exempts de maladies cérébrales (Meyer et Collaborateurs). Ainsi il est vraisemblable que l'ischémie cérébrale provoque un transfert anormal des neurotransmetteurs des synaptosomes aux zones extra-neurales et dans le LCR. Selon Meyer, ce déplacement massif des neurotransmetteurs entraîne des déficits neurologiques et des désordres communicatifs.

L'action de la craniopuncture effectuée au niveau de la zone motrice, peut s'expliquer par un rétablissement progressif du métabolisme des neurotransmetteurs joint à une meilleure irrigation cérébrale.

### CONCLUSION

Ce travail a permis d'entrevoir une technique assez récente de Réflexothérapie peu pratiquée actuellement.

Il permet de dégager plusieurs remarques :

1) La Craniopuncture doit pouvoir permettre une amélioration de l'hémiplégie dans les suites immédiates d'un accident vasculaire cérébral et permettre une meilleure reprise de la rééducation.

2) Même au cours des lésions anciennes on assiste à des récupérations partielles.

3) Il existe des bases neurophysiologiques pouvant faire comprendre le résultat de la stimulation par l'aiguille.

4) Une stimulation plus forte de certains points par électro-acupuncture au cours de lésions chroniques apportera encore des résultats sensiblement supérieurs à ceux de l'aiguille employée seule.