

Etude préliminaire sur le caractère visible des méridiens : les dermatoses méridiennes

RESUME

Les auteurs effectuent une recherche bibliographique sur les dermatoses linéaires. Conformément aux observations de Li-dingzhong et de Lizon, un grand nombre de ces dermatoses a effectivement un trajet méridien. Le travail est étendu à des manifestations linéaires extra-cutanées comme la mélorhéostose. Les caractéristiques cliniques des dermatoses méridiennes sont remarquablement similaire à la sensation propagée le long des méridiens (PSC) suggérant que ces deux phénomènes sont sous-tendus par une même structure. Les méridiens apparaissent comme une réalité clinique. La constatation de dermatoses méridiennes suggère une réalité périphérique de ce système et son intervention dans la différenciation cellulaire et la morphogénèse ainsi que les auteurs en avait déjà émis l'hypothèse.

L'acupuncture est basée sur deux notions qui lui sont très spécifiques : la notion de point et la notion de méridien.

Il est hautement probable que la découverte de ces deux entités est essentiellement une découverte clinique [1]. Points et méridiens sont en effet le siège de phénomènes sensibles provoqués comme le De Qi [2] ou le PSC (sensation propagée le long des méridiens) [3] ou spontanés comme les points ashi, les douleurs méridiennes [4] ou l'épilepsie sensitive méridienne de Xue Chong Cheng [5]. Ces phénomènes sensibles ont sans doute servis de base à la découverte et la systématisation des points et des méridiens. A côté de ces expressions sensibles subjectives, nous pensons qu'il existe des expressions morphologiques objectives. Notre travail clinique initial a porté sur le caractère visible du point d'acupuncture sous la forme d'une lésion cutanée ponctuelle (LCP) symptomatique d'une atteinte distale [6], le prolongement de ce travail était naturellement une recherche sur le caractère visible des méridiens (tableau I).

POINTS ↔ MERIDIENS			
Phénomènes provoqués : puncture	Phénomènes spontanés : pathologie ponctuelle	Phénomènes provoqués : puncture	Phénomènes spontanés : pathologie méridienne
De Qi	A Shi	PSC	Douleur méridienne Epilepsie sensitive méridienne
Phénomène du saisissement de l'aiguille [7]		Mouvements tonico-cloniques [8]	
Erythème	LCP	Lignes hémorragiques sous-cutanées	Dermatose à distribution méridienne

Tableau I. - Relation entre phénomènes ponctuels et phénomènes méridiens. Points et méridiens sont une réalité clinique, sièges de phénomènes sensibles, musculaires ou morphologiques. Les phénomènes méridiens peuvent apparaître comme une expansion des phénomènes ponctuels. (D'après J. Nguyen et Trieu Diem Chi) [6].

- Travail du groupe d'Etudes et de Recherches en Acupuncture.
- Article reçu le 4 mai 1983.
- Dr Johan Nguyen, 27, bd d'Athènes, 13001 Marseille.

LES MERIDIENS ET LEUR CARACTERE VISIBLE

Aborder ce problème, c'est une nouvelle fois s'interroger sur le processus de découverte de ce système. L'hypothèse couramment admise de lignes imaginaires reliant des points à action similaire ne saurait à notre avis être retenue :

- d'abord parce qu'historiquement, la notion de méridien semble antérieure à celle de point (découverte archéologique du district de Hawangdui) [9,10,11].
- ensuite parce que les méridiens sont décrits avec une telle complexité, une telle précision topographique notamment les trajets internes ou les vaisseaux secondaires qu'il ne saurait s'agir d'un simple travail d'associations ponctuelles.

Il apparaît de plus en plus clairement dans les travaux chinois modernes que la notion de sensation propagée le long des méridiens est la base de la systématisation des méridiens [3]. La découverte de cette sensation est sans doute le fait de pratiquants de la méditation taoïste et du Qi Gong.

« Dans les procédés d'entraînement de Qi Gong, il apparaît aussi des sensations, des phénomènes de conduction qui sont en rapport précis avec la formation de la théorie des méridiens. Dans le Nei Jing, on trouve déjà une description de l'entraînement au Qi Gong. Les experts en Qi Gong ressentent l'apparition puis la circulation de l'énergie pour les uns dans le Ren Mai et Du Mai, pour les autres c'est dans d'autres méridiens qu'apparaît cette sensation » (Jen Jui Xui) [12].

L'élément intéressant dans le cadre de notre travail, c'est l'observation dans un certain nombre de cas remarquables de modifications cutanées sous la forme de tracés longitudinaux rouge ou blanc, ou d'éruption sur une partie du trajet de méridiens durant la pratique du Qi Gong [12]. Ces manifestations, spontanées durant le Qi Gong peuvent être provoquées par la puncture durant l'induction du PSC [3] et ont été décrites en cours de traitement par Nguyen Van Nghi et Requena [13].

Les manifestations dermatologiques situées le long des méridiens font parties de leur symptomatologie et Omura [14] cite :

« Induration, surélévation ou dépression cutanée ou décoloration anormale le long du trajet ».

Ceci nous introduit à la notion de dermatose méridienne, c'est-à-dire de dermatose linéaire à trajet méridien dont la description initiale revient au dermatologue Li Ding Zhong qui a rapporté 97 observations cliniques au symposium de Beijing [15] ainsi qu'un très beau cas de dermatose à trajet VB et Rn avec une pathologie des

organes correspondants [16]. Enfin en médecine vétérinaire, l'étude de ces dermatoses linéaires a constitué la base d'un essai de systématisation des méridiens chez le chien (Lizon) [17,18,19], (fig. 1). Ces différentes études et constatations cliniques ont constitué la base de départ de notre travail qui a porté sur quatre points (seuls les deux premiers sont abordés dans le présent article) :

1. Quelles sont les dermatoses susceptibles d'avoir une expression linéaire ?

2. Y a-t-il une correspondance topographique entre dermatose linéaire et méridiens ?

3. Par analogie avec la notion de LCP et comme le rapporte Li Ding Zhong [16] les dermatoses linéaires peuvent-elles être associées à une pathologie interne en correspondance avec la relation interne-externe, organe-méridien de la MTC ?

4. Quelle est l'analyse pathogénique des médecins occidentaux de ces dermatoses linéaires, cette analyse étant naturellement susceptible d'indications précieuses pour une recherche sur la nature des méridiens ?

Les dermatoses linéaires sont pour le moins exceptionnelles en pratique quotidienne : ainsi en une année, sur les vingt médecins du Groupe d'Etudes et de Recherches en Acupuncture, nous avons eu la chance d'en observer deux cas [20,21]. Notre étude a donc été essentiellement bibliographique et a porté sur l'analyse d'une centaine de publications.

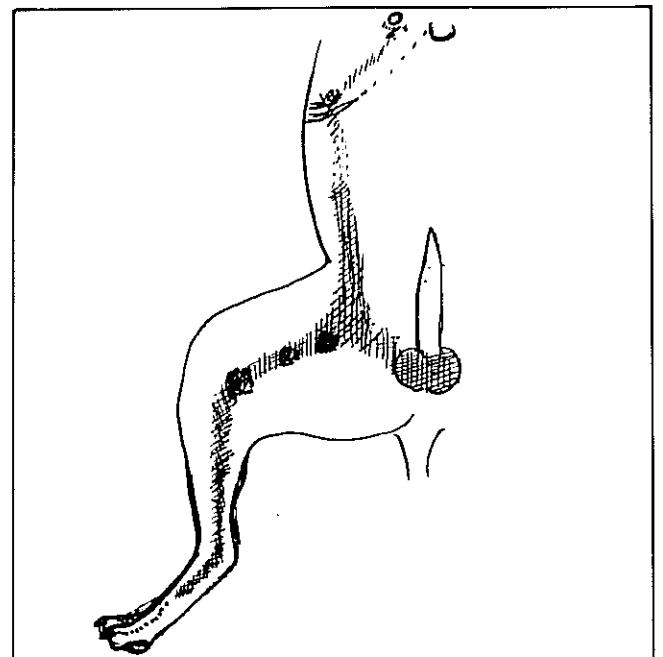


Fig. 1

Dermatose du Zu Jue Yin chez le chien - l'étude des dermatoses linéaires a servi de base à un essai de systématisation des méridiens (d'après Lizon) [17] chez l'animal.

MANIFESTATIONS CUTANÉES LINÉAIRES

Les principaux chapitres de la dermatologie sont susceptibles de présenter une forme clinique particulière sous un aspect linéaire. Les affections indiquées dans le tableau II ne sont évidemment pas limitatives mais constituent les principaux axes nosologiques vers lesquels a porté notre étude. À côté des dermatoses proprement dites, nous avons été amenés à considérer deux autres aspects particuliers :

- des manifestations cutanées considérées comme physiologiques comme les lignes de démarcation de la mélanogénèse (LDM) dont le lien avec les dermatoses linéaires est souligné par Dupré [35] (note 1), et la ligne brune de la grossesse (note 2).
- des manifestations linéaires extra-cutanées parfois associées à une dermatose linéaire et qui présentent un grand intérêt théorique dans l'optique d'une recherche sur les méridiens : il s'agit des syndromes Pterygium (note 4) et de la méloréostose (note 5).

Dermatoses aiguës [22]	psoriasis eczéma lichen striatus [23] érythème polymorphe purpura [16]
Dermatoses congénitales et/ou chroniques	naevi hyperplasiques (naevus unis lateris, nevil, naevus sebacé...) (note 3) sclérodémie, état scléro-atrophique, aplasie cutanée [74 à 77]. vitiligo-incontinentia pigmenti.
Manifestations cutanées linéaires physiologiques	ligne de démarcation de la mélanogénèse (note 1). ligne brune de la grossesse (note 2).
Manifestations linéaires extra-cutanées	syndromes ptérygium - brides (note 4) méloréostose (note 5).

Tableau II. Principales manifestations linéaires cutanées ou extra-cutanées (note 6).

Note 1 : Les lignes de démarcation de la mélanogénèse (LDM) [24 à 38]

Il s'agit d'anomalies linéaires de la pigmentation se présentant sous 4 types particuliers (Dupré, [35]) :

- simples lignes marquant une brusque différence de pigmentation
- bandes d'hypochromie de 2 à 3 cm de large
- lignes d'hyperpigmentation
- double ligne brune faite de deux lignes parallèles distantes l'une de l'autre de 1 à 2 mm.

Ces lignes sont pratiquement physiologiques, présentes dans 30 à 50% des cas dans les races jaunes, noires et métis et uniquement 1 à 2% dans la race blanche. Une étude topographique précise a été réalisée par Miura [24] (fig. 2). En observant dans notre consultation une vingtaine de sujets de race noire, nous avons effectivement constaté l'extrême fréquence des LDM. Une étude attentive permet d'ailleurs de mettre en évidence d'autres aspects topographiques non signalés par les différents auteurs et en rapport immédiat avec une conception méridienne (fig. 3). La grande fréquence des LDM dans la race jaune (la description initiale a été faite par les japonais) est un élément intéressant pour la compréhension de la base clinique de l'acupuncture.

Note 2 : La ligne brune de la grossesse

Elle constitue un aspect clinique des plus banaux, et peut être considérée sur le plan de la MTC comme une expression morphologique du Ren Mai durant la grossesse. La ligne brune apparaît comme une sensibilité particulière de cette zone cutanée aux hormones de la grossesse, et il peut s'agir en définitive d'une identité des récepteurs hormonaux entre utérus et la zone du Ren Mai ainsi que nous l'avons suggéré sur un plan plus général dans un travail précédent [39,40].

Note 3 : Les naevi

Les naevi hyperplasiques constituent le cadre nosologique ayant suscité, et de loin le plus de travaux. Il s'agit essentiellement :

- du nevus unis lateris (NL) (nevus épidermique, nevus papillomateux, nevus lichenoïde, ichtyosis hystrix) [41 à 49].
- du nevus linearis sebaceus (NS) (naevus sébacé de Jadassohn) [50 à 59].
- du naevus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire (Nevil) [61 à 73].

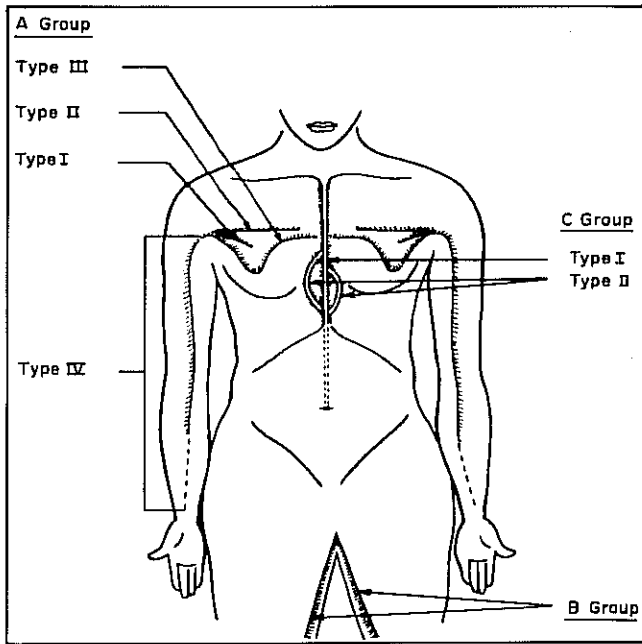


Fig. 2

Aspects topographiques des lignes de démarcation de la mélanogénèse (d'après Miura) [24].

Note 4 : Les syndromes pterygium et brides

Nous avons souligné précédemment [40] l'intérêt de l'analyse des malformations congénitales dans une recherche sur la MTC. Dans cette optique, nous avons été amenés

L'aspect essentiel des naevi est leur association à diverses malformations congénitales (syndrome de Solomon [41]). Ce syndrome est un élément de base déterminant dans l'analyse des relations méridiens/morphogénèse [6,40].

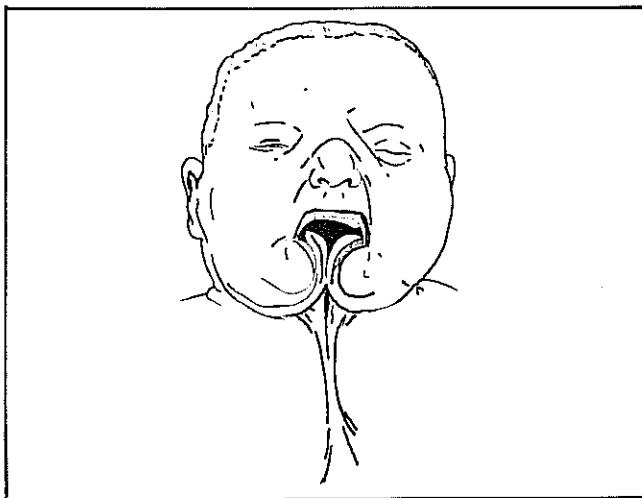


Fig. 4

Fissure mentosternale, existence d'une bride unissant la bouche (bifidité linguale) à la paroi thoracique et parfois associée à une cardiopathie (d'après Duhamel) [79].



Fig. 3

LDM médiane (type C1 de Miura) du 12 V.C., 22 V.C., avec LDM intermamelonnaire horizontale (aspect non décrit par Miura).

à considérer dans le cadre de cette étude les syndromes Pterygium [78] (fig. 4).

- par leur distribution linéaire superposable aux méridiens (bride cervicale, pterygium coli, mais également axillaire, cubitale et poplitée).

- par leur association à des malformations internes.

Dans le même cadre, nous plaçons de façon quelque peu artificielle d'autres syndromes malformatifs comme les fentes labio-mandibulaires [79] (fig. 5).

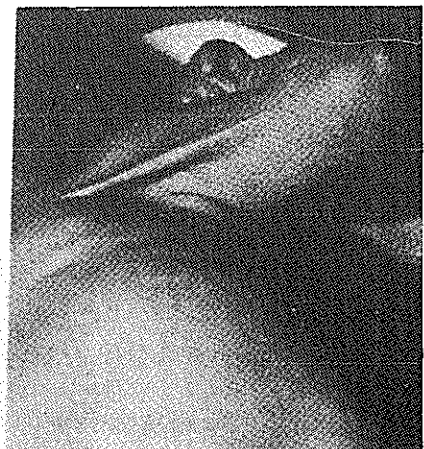


Fig. 5

Bride axillaire avec trajet Maître du Cœur associée dans ce cas à une agénésie du muscle pectoral (d'après Warkany) [72].

Note 5 : La mélorrhéostose [80 à 94]

Il s'agit d'un hyperostose caractérisée par une distribution linéaire principalement au niveau des os longs (hyperostose en coulée de Lery et Joanny) [80]. Cette affection a attiré notre attention :

- en tant que dysplasie linéaire
- par son association dans un certain nombre de cas remarquables à une sclérodémie en bande superposée [86].

Un auteur allemand avait déjà écrit un cas d'ostéogénèse à distribution linéaire (méridien du poumon) [95]. Les relations entre les dysplasies cutanées linéaires et les dysplasies osseuses linéaires constituent à notre avis un élément essentiel et déterminant dans l'analyse de la nature des méridiens (fig. 6).

Note 6 :

Notre étude sur les manifestations linéaires cutanées ou extra-cutanées n'est bien sûr pas exhaustive. D'autre part, aucun d'entre nous n'est dermatologue : certains aspects de notre travail sont sans doute critiquables, notamment sur le plan nosologique. Mais ceci ne constitue pas à notre avis un point majeur : l'élément central est le caractère topographique de la lésion et son éventuelle valeur sémiologique plus que l'aspect lésionnel lui-même. Chacun des groupes nosologiques abordé nécessite une étude particulière et une revue de l'ensemble des publications et des cas rapportés : chaque groupe présente des caractéristiques cliniques dont l'analyse a des retombées pratiques et théoriques sur la conception du système des méridiens. Ce n'est pas l'objet du présent article qui n'est qu'une présentation préliminaire.

DERMATOSE LINEAIRE OU DERMATOSE MERIDIENNE ?

L'étude topographique est évidemment un temps essentiel de notre travail. Nous nous sommes heurtés à un double problème dermatologique et acupunctural.

Le problème dermatologique :

La notion de dermatose linéaire est très floue en dermatologie. Il peut s'agir de très petites lésions de quelques centimètres [48,66] et qui ne présentent pour nous que peu d'intérêt, si ce n'est pour leur éventuelle valeur sémiologique. Par contre, les lésions très étendues sont d'un intérêt exceptionnel. Notre travail a été essentiellement bibliographique ; malheureusement dans un grand nombre de publications, l'analyse topographique est souvent succincte, négligée et l'iconographie partielle et sans repères précis. A l'opposé l'examen anatomopathologique constitue le plus souvent le centre de la publication. Ceci illustre bien la différence entre l'approche de la MTC et de la médecine occidentale.

Le problème acupunctural :

Une fois déterminée la topographie d'une dermatose, il faut naturellement la confronter au système des méridiens. Or, le système des méridiens est vaste et complexe : faut-il faire la comparaison avec les méridiens principaux ou secondaires ? ou encore avec les 12 territoires cutanés ? D'autre part, le système des méridiens est dense et serré et il ne serait pas étonnant de constater une analogie sur certains segments comme il est possible de le faire avec des troncs nerveux ou vasculaires. En fait, au niveau des membres, la topographie du système méridien est relativement univoque dans ses différentes unités. Nous avons ainsi séparé notre étude topographique en quatre régions : membre inférieur, membre supérieur, tronc, tête et cou. L'impression générale qui se dégage d'abord et qui est souligné par les dermatologistes est l'apparence d'une indiscutable systématisation de ces dermatoses :

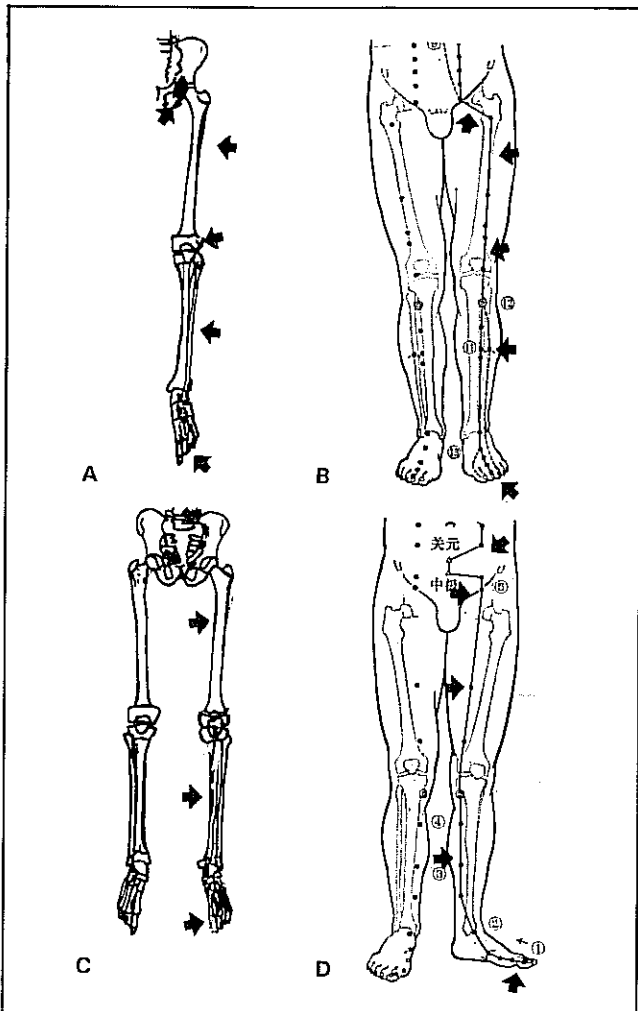


Fig. 6

La mélorrhéostose est une hyperostose à distribution linéaire. Son trajet peut apparaître comme superposable aux méridiens : mélorrhéostose à trajet Estomac (A) et Rate (C) (d'après Campbell [90]). Dans les deux cas, la condensation se poursuit au niveau du bassin conformément au trajet méridien.

« toutes ces figures font penser à une systématisation anatomique mais cette distribution ne répond ni à des trajets nerveux ou vasculaires, ni aux lignes métamériques de Head, ni aux lignes de soudure des feuillets embryonnaires » (Degos) [96].

Notre hypothèse, après Lidingzhong [15] et Lizon [17] est que cette distribution répond au système des méridiens.

LE MEMBRE INFÉRIEUR

Le membre inférieur est le siège des aspects les plus évocateurs. Le cas rapporté par Duperrat [96] correspondant à un naevus verruqueux du *méridien du Foie* est remarquable (fig. 7). L'élément important est que sur le même trajet linéaire correspondant au même méridien, d'autres auteurs décrivent d'autres dermatoses :

- naevus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire (Sayag) [69].
- naevus sébacé (Gellis) [53]
- sclérodémie (Christianson) [74]
- LDM (Miura) [24]
- mélorhéostose (Campell) [90]
- lichen striatus (Jammes-Aillos) [37]

Notons en fait la difficulté de distinction sur des documents photographiques du méridien du Foie du méridien de la Rate : leur trajet est grossièrement similaire.

D'autres méridiens peuvent également être aisément reconnus et être le siège de dermatoses diverses.



Fig. 7

Remarquable cas de naevus verruqueux du méridien du Foie rapporté par Duperrat [96]. Selon le même trajet, des dermatoses de nature différente peuvent s'observer.

Méridien des Reins

- Nevil (Cheesbrough [68] et Skoven [70])
- Nevus épidermique (Solomon [41] Hom [49])
- Ichtyosis Hystrix (Jammes-Aillos [37])
- Nevus sébacé (Holden [56])
- Purpura (Lidingzhong [16])

Méridien de la Vessie

- Nevil (Golitz [71], Altman [61])
- Naevus sébacé (Holden [56])
- Syndrome de la bride poplitée (Warkany [78])

Méridien de la Vésicule Biliaire

- Purpura (Lidingzhong [16])
- Scléro-atrophie (Desmons [77])

Les remarques préliminaires que l'on peut tirer de cette étude au niveau du membre inférieur sont les suivantes :

1. Il existe une très bonne corrélation entre le trajet des dermatoses et le système des méridiens.

2. Les prolongements au niveau de l'abdomen sont également en corrélation :

- le méridien des reins après un trajet péri-testiculaire est effectivement ascendant et latero-médian conformément à la description classique (Horn [49], Holden [56]).
- le cas de sclérodémie du méridien de l'Estomac de Christianson [74] se prolonge vers le haut avec une image péri-ombilicale au niveau du 25 E.

3. Dans certains cas, deux méridiens peuvent apparaître chez un même patient (Lidingzhong [16], Holden [56]).

4. Dans deux observations, la dermatose suit d'abord le trajet d'un méridien puis dérive brusquement vers un autre méridien. L'élément remarquable est que les méridiens mis en communication sont unis par la relation interne-externe de la MTC : Rein-Vessie (Ogino [97]), Estomac-Rate (Cheesbrough [68]). Les points de bifurcations peuvent être déterminés avec une relative précision : le 40 Estomac d'une part et un point malléolaire des reins d'autre part (4 Rn ?). C'est-à-dire les points Lo qui sont effectivement selon la MTC lieux de communication entre les deux méridiens couplés.

LE MEMBRE SUPÉRIEUR

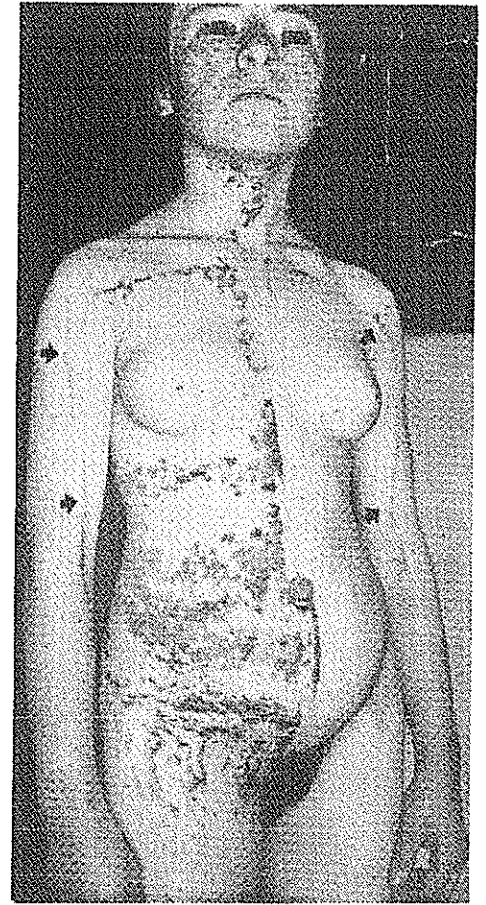
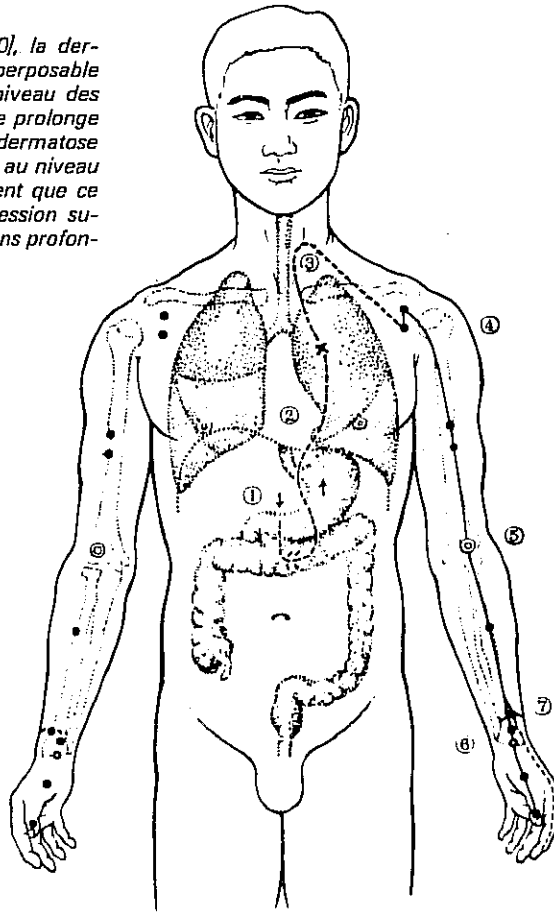
Les mêmes observations peuvent être réalisées au niveau du membre supérieur.

Poumon

- LDM (Miura [24])
- état scléro-atrophique (Deschamps [76])
- mélorhéostose (Koulomies [83])

Fig. 8

Naevus verruqueux (Brocq) [100], la dermatose a un aspect linéaire superposable au méridien des Poumons au niveau des deux bras. Cet aspect linéaire se prolonge vers le haut et vers le bas où la dermatose va prendre un aspect zoniforme au niveau abdominal. Les auteurs suggèrent que ce dernier aspect n'est que l'expression superficielle indirecte des connexions profondes Poumon-Gros Intestin.



Gros Intestin

- lichen striatus (Starrico [23])
- Nevus épidermique (Demetree [47])
- Nevus sébacé (Gellis [53])
- Etat scléro-atrophique (Deschamps [76])

Cœur

- Nevus verruqueux (Lambert [20])

Maître du Cœur

- Nevus verruqueux (Bedi [46], Guiguet [21], Daniel [98]).

Intestin Grêle

- Nevus verruqueux (Lambert [20])
- Nevil (Kennedy [72]).

Comme au niveau des membres inférieurs on peut observer un cas de communication entre deux méridiens en relation Biao-Li à partir du point Lo : communication entre Cœur et Intestin Grêle à partir du 5 C (Lambert [20]). Mais aux membres supérieurs, on peut également observer de courtes déflexions dans le trajet d'un méridien vers un autre méridien : Cœur-Maître du Cœur (Lidingzhong, Guiguet [21], Goujerot [99]), Poumon-Maître du Cœur (Lidingzhong).

LE TRONC

Si au niveau des membres, il y a une très bonne corrélation entre le trajet de la dermatose et le trajet méridien, la situation au niveau du tronc est sensiblement différente. On peut distinguer trois aspects :

1. Les aspects linéaires proprement dits, similaires à ceux observés au niveau des membres avec une largeur de l'ordre du centimètre :

- au niveau de la ligne médiane, Tou Mo, Jen Mo (ligne brune de la grossesse, LDM).
- au niveau de la racine des membres : méridien des reins (Horn [49], Holden [56]) ou Maître du Cœur et Poumon (Guiguet [21], Daniel [98], Miura [24]), Triple Réchauffeur (Miura [25], Dupré [38]).

2. Les aspects en bande longitudinale sous la forme de large ruban de plusieurs centimètres : méridien de la vessie (Golitz [71]).

3. Les aspects en plaques : à disposition horizontale comme une distribution métamérique.

Ces trois aspects peuvent être associés chez un même patient et surtout peuvent prolonger une dermatose linéaire

des membres. La figure 8 est très évocatrice et montre bien les relations étroites entre ces différents aspects. Le problème posé est celui de la signification des aspects diffus et en plaques. L'hypothèse que nous émettons est que ces aspects ne sont que les expressions superficielles et indirectes des connexions profondes viscéro-mériidiennes. Des aspects similaires ou encore des troubles de la pigmentation peuvent effectivement s'observer en cas de pathologie interne (Pollack [101]).

LA TÊTE ET LE COU

A ce niveau la situation est encore plus complexe :

- d'abord parce que sur une faible surface le système des méridiens est très dense, complexe et enchevêtré rendant difficile une systématisation des dermatoses.

- ensuite par l'aspect propre des dermatoses, soit diffuses en plaques, soit au contraire linéaires et courtes sur quelques centimètres seulement. Certains aspects peuvent néanmoins être aisément identifiés (fig. 9) :

- Tou Mo : Lansky [55], Herbst [54], Solomon [41]
- Vessie : (Lovejoy [57], Barth [59]).

Signalons enfin des aspects linéaires tout à fait étonnants impossible à systématiser et à point de départ auriculaire (Thivolet [44]) (fig. 10) ; l'étude de ces dermatoses linéaires est en fait extrêmement importante notamment par leur valeur sémiologique (syndrome du naevus sébacé linéaire [50]).



Fig. 9

Au niveau de la tête et du cou, les dermatoses linéaires peuvent avoir une systématisation méridienne : Tou Mo (d'après Feurstein) [50] ou Vessie (d'après Lovejoy [57]). Ces aspects ont un grand intérêt pour leur valeur sémiologique (syndrome du naevus sébacé linéaire).

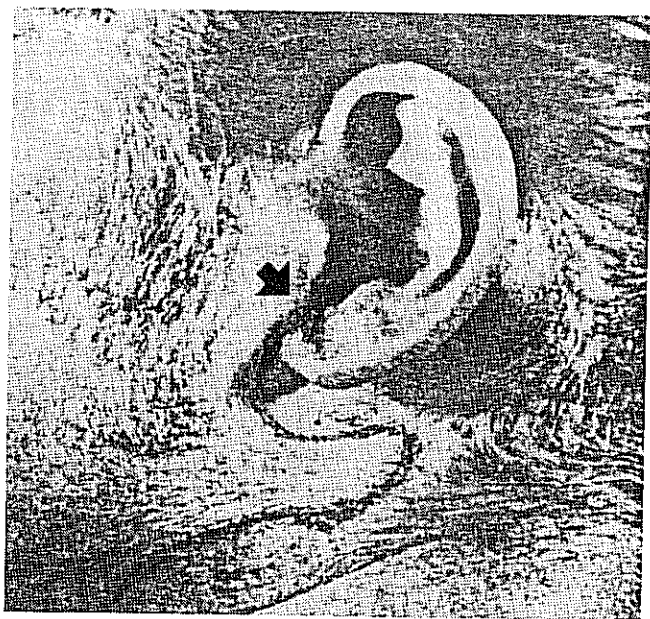


Fig. 10

Certaines dermatoses linéaires présentent des aspects très particuliers comme ici où la dermatose a un point de départ auriculaire (d'après Thivolet [44]). Le PSC peut également être induit à partir des points auriculaires [103].

RAPPORTS AVEC LE PSC

L'étude de la sensation propagée le long des méridiens (PSC) sur un nombre considérable de cas a permis aux chinois de dégager un ensemble de caractéristiques cliniques (tableau III). L'étude des dermatoses méridiennes montre une remarquable similitude dans leurs propriétés cliniques suggérant bien que phénomène sensible et phénomène morphologique sont sous-tendus par une même structure.

1. Étroit aux extrémités (1 à 2 cm) large au tronc (10 cm)
2. Coïncidence élevée avec le trajet classique des méridiens aux extrémités, variable au tronc et faible à la face
3. Bipolarité (propagation dans un sens ou dans un autre)
4. Possibilité de dérivation d'un méridien à un autre
5. Suit des courbes naturelles plutôt que des lignes brisées
6. Fusion de certains méridiens dans une ligne commune

Tableau III
Caractéristiques cliniques du PSC
(d'après Coopérative Group of Investigation of PSC [3]).

1. Largeur : comme le PSC, les dermatoses méridiennes apparaissent étroites au niveau des membres et larges (aspect en bande) au niveau du tronc.

2. **Coïncidence** : comme pour le PSC, nous avons vu que le degré de coïncidence des dermatoses linéaires avec les méridiens est élevé au niveau des membres, variable au tronc et faible à la face.

3. **Propagation** : à partir du point de stimulation le PSC peut avoir une propagation centrifuge ou centripète. Ces mêmes possibilités d'évolution sont notées pour les dermatoses linéaires par Beek [22]. L'évolution centripète est fréquente dans la mélorrhéostose (Campell [90]). Kouloumies rapporte le cas remarquable d'un patient qui a développé à la suite d'un choc au niveau du 11 P. une mélorrhéostose tout le long du méridien du Poumon (bord externe des phalanges du pouce, radius et bord externe de l'humérus [83]). L'apparition et l'évolution centrifuge et/ou centripète à la suite d'un traumatisme ponctuel d'une sclérodémie est banale (Christianson [74], Deschamps [76], Desmons [79]).

4. **Dérivations** : à partir d'un point donné le PSC peut brusquement dériver vers un autre méridien. Nous avons souligné précédemment le même phénomène dans certains cas particuliers de dermatose méridienne.

5. **Allure du trajet** : le PSC suit des courbes douces et naturelles à la différence des trajets classiques qui présentent des déflexions brutales à certains niveaux. A partir de cette constatation certains auteurs chinois vont jusqu'à proposer une modification du trajet méridien sur la base du trajet du PSC (Jia Shunfa [102]). Si effectivement dans de nombreux cas les dermatoses suivent les mêmes courbes, dans des cas particuliers elles présentent exactement les mêmes déflexions que le trajet classiques (fig. 11).

6. **Fusion de méridiens** : nous avons noté la difficulté de distinction des dermatoses Foie des dermatoses Rate au niveau du membre inférieur. Il n'est pas étonnant que dans certains cas les patients puissent percevoir les PSC de différents méridiens en une ligne commune.

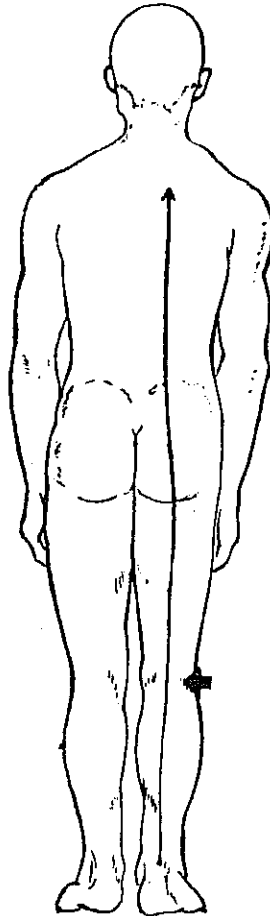
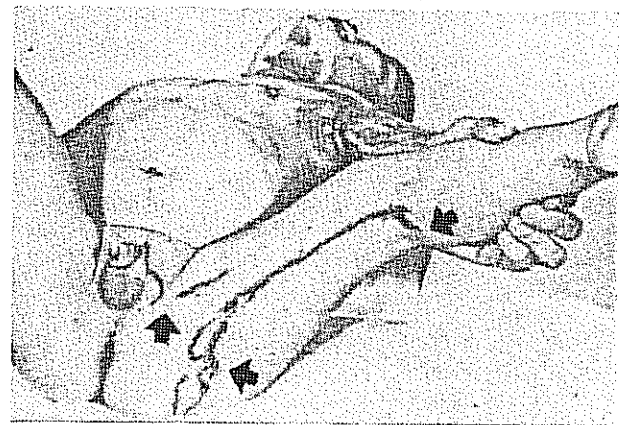


Fig. 11

Le PSC a un trajet longitudinal sans déflexion. Jiao Shunfa en conclut qu'il faut modifier les trajets classiques des méridiens. En fait certaines dermatoses méridiennes présentent des caractéristiques strictement conformes à la description classique. A gauche : trajet de la vessie selon Jiao Shunfa [102] : absence de déflexion externe au creux poplité (39 V.) et branche unique à la face postérieure de la cuisse. A droite, sur le cas de naevus sébacé rapporté par Holden [56], on distingue au contraire conformément au trajet classique double branche et déflexion externe. Noter l'association à une dermatose du méridien des Reins avec trajet péri-testiculaire.



CONCLUSIONS

L'étude des dermatoses linéaires montre qu'indiscutablement il existe une expression morphologique des méridiens comme il existe une expression sensible (PSC).

Notre conviction est que ces deux phénomènes sont sous-tendus par une même fonction d'une même structure périphérique. La variabilité de la nature de la dermatose

comme la variabilité de la profondeur de l'atteinte (osseuse, dermique, épidermique) contrastant avec la relative constance du trajet suggère que le méridien a un rôle dans la différenciation et la multiplication cellulaire locale, et qu'il joue en définitive un rôle dans la morphogénèse, conformément à l'hypothèse que nous avons développée précédemment [104]. L'étude de la valeur sémiologique de ces dermatoses qui constitue la deuxième partie de notre travail, et notamment l'association à des malformations congénitales va dans le sens de notre hypothèse.

REFERENCES

1. Wang Xue Tai. Recherche sur l'origine et le développement de l'acupuncture chinoise et la moxibustion. *Revue Française d'Acupuncture*, 1981, 25, 37.
2. Nguyen J. et coll. La sensation d'arrivée de l'énergie (Deqi) description par 150 patients. *Revue Française de MTC*, 1983, 97.
3. Coopérative Group of Investigation of PSC. A survey of occurrence of the phenomenon of PSC in the mass and its basic properties in advances in acupuncture and acupuncture anesthesia, *People's medical Publishing House*, Beijing, 1980, p. 258.
4. Chen Kequin. Clinical analysis of 95 cases of sensory disorder along particular channels in advances in acupuncture and acupuncture anesthesia, *People's medical publishing house*, Beijing 1980, p. 287.
5. Xue Chongcheng. Apparition spontanée de la sensation méridienne chez des patients épileptiques avec lésions intra-craniennes. *Chinese Medical Journal*, 1983, 1, 33.
6. Nguyen J. et Trieu Diem Chi. Valeur sémiologique des lésions cutanées ponctuelles (LCP) rhinofaciales. *Le Mensuel du Médecin Acupuncteur*, 1981, 86, 611.
7. Shanghai Institut of Physiology. Electro-myographic activity produced locally by acupuncture manipulation. *Chinese Medical Journal*, 1973, 9, 532.
8. Zhu Zhongxiang et coll. Blocking of the propagate sensation along channels followed by muscular contractions and electrical discharges in advances in acupuncture and acupuncture anesthesia, *People's medical publishing house*, Beijing, 1980, p. 269.
9. Meng Zhaowei. The origine, establishment and prospect of theory of channels in advances in acupuncture and acupuncture anesthesia, *People's medical publishing house*, Beijing, 1980, p. 225.
10. Meng Zhaowei. Origine et développement de la théorie des méridiens. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, 1982, 5, 25.
11. He Zongyu. Etude sur les méridiens et collatérales à partir des livres médicaux antiques de la tombe de Mawangdui. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, 1982, 5, 33.
12. Institut de MTC de Shanghai. Zhen Jiu Xiu. Traduction C. Roustan. *Masson*, 1978, Tome I.
13. Requena Y. Introduction à l'acupuncture en gastro-entérologie, *thèse Médecine*, Marseille.
14. Omura Y. Acupuncture médecine, *Japan publications, inc.*, Tokyo, 1982.
15. Li Ding Zhong. The existence of channel systema as evidenced by 93 cas of skin disease appeared along channel in advances in acupuncture and acupuncture anesthesia. *The People's medical Publishing House*, Beijing, 1980, p. 287.
16. Li Dingzyng et coll. Investigation sur les relations entre le système des méridiens et les viscères par l'observation des bandes hémorragiques sous-cutanées le long des méridiens. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, 1981, 1, 27.
17. Lizon F. L'étude des méridiens par la dermatologie. Le méridien du Foie Zu Jue Yin chez le chien. *Revue d'Acupuncture Vétérinaire*, 1980, 5, 6.
18. Lizon F. L'étude des méridiens par la dermatologie. Le méridien de la Rate-Pancréas « Zu Tai Yin chez le chien ». *Revue d'Acupuncture Vétérinaire*, 1981, 6, 18.
19. Lizon F. L'étude des méridiens par la dermatologie. Lecture des méridiens sur la peau du chien. *Revue d'Acupuncture Vétérinaire*, 1981, 7, 8.
20. Lambert G. Dermatose méridienne du Cœur. *Revue Française de MTC* (à paraître).
21. Guiguet L. Dermatose méridienne du Maître du Cœur. *Revue Française de MTC* (à paraître).
22. Beek. C. et coll. On acute linear dermatose. *Acta. Derm. Vener.*, 1955, 35, 38.
23. Staricco R. Lichen stratus, a study of fifteen new cases with special emphasis on the histopatological changes and a review of the litterature. *Archives of Dermatology*, 1959, 79, 313.
24. Miura O. On the demarcation lines of pigmentation observed among the japanese, on inner side of their extremities and on anterior and posterior sides of their medial regions. *The Tohoku Journal of experimental medecine*, 1951, 2, 153.
25. Miura O. A supplement to the demarcation lines of pigmentation observed among the japonese on inner sides of their extremities and anterior and posterior sides of their medical regions. *The Tohoku Journal of Experimental Medecine*, 1952, 1-2, 1.
26. Maruyama A. *Osaka Med. J.* 1942, 9, 13, cité par Miura [25].
27. Maruyama K. *J. Sapporo Hosp.* 1943, 1, 9 cité par Miura [25].
28. Kisch et coll. A mediosternal depigmentation line in negroes. *Experimental medecine and surgery*, 1953, 11, 265.
29. Itok, the peculiar demarcation of pigmentation along the japonese. *Dermatologia Internationalis*, 1965, 45.
30. Wassermann H.-P. Peculiar pigment division along voigt's line in a european and in a Xnosa Woman. *Dermatologica*, 1967, 135, 461.
31. Vollum D.-I. Skin markings in negro children from the west indies. *British Journal of Dermatology*, 1971, 85, 260.
32. Selmanowitz V.-J. et coll. Hypopigmented markings in negroes. *International Journal of dermatology*, 1973, 12, 229.
33. Selmanowitz V.-J. et coll. Pigmentary demarcation lines. *British Journal of dermatology*, 1975, 93, 371.

34. Fitcher P.-H. Distribution of pigment on the arms of negroes. *International Journal of dermatology*, 1976, 15, 142.
35. Dupré A. et coll. Les lignes de démarcation de la mélanogénèse. *XV^e Congrès de l'Association des dermatologistes de langue française*, Marseille-Ajaccio, 26-30 mars 1976.
36. Dupré A. et coll. Les dermatoses axiales. *Ann. Derm. Venereol.* 1977, 104, 304-308.
37. Jammes-Aillos O. Les lignes de démarcation de la mélanogénèse. *Thèse de Médecine, Toulouse*, 1977, 244 p.
38. Dupré et coll. Dermatose axiale du membre supérieur, présentation de deux observations. *Revue de Médecine de Toulouse*, 1978, 15, 471.
39. Nguyen J. Note sur la pilosité auriculaire et faciale. *Revue Française de MTC*, 1982, 95.
40. Nguyen J. et Trieu Diem Chi. Recherches sur la liaison Reins-Oreilles de la MTC, *Revue Française de MTC*, 1982, 95.
41. Solomon L.-M. et coll. The epidermal nevus syndrome. *Archives of dermatology*, 1968, 97, 273.
42. Piniol Aguade J. et coll. Síndrome del nevus epidermico (commentarios a proposito de dos casos), *Medecina cutanea*, 1970, 2, 99.
43. Kaidbey K.-H. et coll. Dermatitic epidermal nevus. *Archives of Dermatology*, 1971, 104, 166.
44. Thivolet J. et coll. Naevus verruqueux épidermique avec puberté précoce. *Annales de dermatologie-vénéréologie*, 1977, 104, 427.
45. Enjolras O. et coll. Contribution à la connaissance du syndrome du naevus épidermique de Solomon. *Annales de dermatologie-vénéréologie*, 1979, 106, 673.
46. Bedi Tr. Nevus unius lateralis exhibiting intra-epidermal basoloid cell formation simulating superficial basal cell epithelioma. *Dermatologica*, 1979, 159, 340.
47. Demetree J.-W. et coll. Unilateral, linear, zosteriform epidermal nevus with acantholytic dyskeratosis. *Archives of dermatology*, 1979, 115, 875.
48. Cramer SF. et coll. Squamous cell carcinoma arising in a linear epidermal nevus. *Archives of dermatology*, 1981, 117, 222.
49. Horn M.-S. et coll. Basal cell epithelioma arising in a linear epidermal nevus. *Archives of dermatology*, 1981, 117, 247.
50. Fuerstein R.-C. et coll. Linear nevus sebaceus with convulsions and mental retardation. *American Journal of diseases of children*, 1962, 104, 675.
51. Marden PM. et coll. A new neurocutaneous syndrome. *American Journal of diseases of children*, 1966, 112, 79.
52. Lentz C.-L. et coll. Nevus sebaceus of Jadassohn. Report of a case with multiple and extensive lésions and an unusual linear distribution. *Archives of dermatology*, 1968, 97, 294.
53. Gellis S.S. Linear nevus sebaceus syndrome. *American Journal of diseases of children*, 1970, 120, 139.
54. Herbst B.-A. et coll. Linea nevus sebaceus - a neurocutaneous syndrome associated with infantile spasm. *Archives of neurology*, 1971, 24, 317.
55. Lansky L.-L. et coll. Linear sebaceous nevus syndrome. *American Journal of disease of children*, 1972, 123, 587.
56. Holden K. et coll. Neurological involvement in nevus unius lateris sebaceus, *Neurology*, 1972, 9, 879.
57. Lovejoy F.-H. et coll. Linear nevus sebaceous syndrome : report of two cases and a review of the litterature. *Pediatrics*, 1973, 3, 382.
58. Mollica F. Linear sebaceous nevus syndrome in a new born. *American Journal of diseases of children*, 1974, 128, 868.
59. Barth P.-G. et coll. Organoid nevus syndrome (linear nevus sebaceus of Jadassohn) : clinical and radiological study of a case. *Neuropadiatrie*, 1977, 4, 418.
60. Kurokawa et coll. Linear nevus sebaceous syndrome - report of a case with Lennox. - Gastaut syndrome following infantile spasms. *Archives of Neurology*, 1981, 38, 377.
61. Altman J. et coll. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. *Archives of Dermatology*, 1971, 104, 385.
62. Dupré et coll. Naevus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire, ses relations avec le syndrome du naevus épidermique de Solomon. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1973, 3, 261.
63. Tsoitis G. et coll. Naevus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire. *Dermatologica*, 1974, 148, 189.
64. Toribio J. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. *Dermatologica*, 1975, 150, 65.
65. Dupré A. et coll. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. *Archives of dermatology*, 1977, 116.
66. Dupré A. et coll. Naevus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire (nevus) bilatéral avec localisation labiale et lésions histologiques à minima. *Annales de dermatologie-vénéréologie*, 1977, 104, 163.
67. Hodge S.-J. Inflammatory linear epidermal nevus. *Archives of dermatology*, 1978, 114, 436.
68. Cheesbrough M.-J. et coll. The inflammatory linear verrucose epidermal naevus - a case report, *clinical and experimental dermatology*, 1978, 3, 293.
69. Sayag J. et coll. Naevus épidermique verruqueux inflammatoire linéaire. *Annales de Dermatologie vénéréologie*, 1978, 105, 871.
70. Skoven I. Inflammatoire linear verrucose epidermal nevus. *Acta Dermatovener (Stockholm)*, 1979, 59, 364.
71. Golitz L. et coll. Inflammatory linear verrucose epidermal nevus. *Archives of Dermatology*, 1979, 115, 1208.
72. Kennedy C. Inflammatory linear verrucose epidermal naevus (eczematous linear naevus). *Clinical and experimental dermatology*, 1980, 5, 471.
73. Macia Pr. et coll. Síndrome de conradi y nevus epidermico verugoso inflamatorio lienal. *Actas dermo-sifiliograficas*, 1980, 213.
74. Christianson H.-B. Localized scleroderma : a clinical study of 235 cases. *Archives of dermatology*, 1956, 74, 629.

75. Perrot H. et coll. Sclerodermie en coup de sabre et glaucome chronique homolatéral. *Annales de dermatologie-vénérologie*, 1977, 104, 381.
76. Deschamps P. et coll. Leucodermie et atrophie en bande sclérodermiformes après injection de cortisone. *Annales de dermatologie-vénérologie*, 1977, 104, 672.
77. Desmons F. et coll. Etat scléro-atrophique en bande et en plaque des membres inférieurs chez un nourrisson de 7 mois - discussion étiopathogénique. *Annales de dermatologie-vénérologie*, 1979, 106, 1007.
78. Warkany J. Congenital malformations - notes and comments. *Year Book Medical Publishing*, Chicago, 1971.
79. Duhamel B. Morphogénèse pathologique, *Masson*, Paris, 1966.
80. Leri et coll. Une affection non décrite des os : hyperostose « en coulée » sur toute la longueur d'un membre ou « mélorhéostose » - *Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. de Paris*, 1922, 46, 1922.
81. Gillespie J.-B. et coll. Mélorhéostosis leri - *American Journal of diseases of children*, 1938, 55, 1273.
82. Spiegel M.-B. et coll. Mélorhéostosis leri review of litterature and report of a case. *American Journal of Roentgenology*, 1950, 64, 784.
83. Koulumies M. A case of melorhéostosis. *Acta Radiol.* 1950, 34, 529.
84. Dillehunt R.-B. et coll. Mélorhéostosis Leri. *The Journal of Bone and Joint surgery*, 1936, 4, 991.
85. Thompson N.-M. et coll. Scleroderma and Melorheostosis, report of a case. *Journal of Bone and Joint surgery*, 1951, 33, 430.
86. Maroteaux P. et coll. Melorheostose, osteopoeilie et sclérodernie en bande. *Annales de Pédiatrie*, 1961, 37, 3476.
87. Muller S.-A. et coll. Melorheostosis with linear scleroderma. *Archives of dermatology*, 1963, 88, 78.
88. Green A.-E. Melorheostosis and osteopoikilosis with a review of the literature. *American Journal of Roentgenology*, 1962, 87, 1096.
89. Morris J.-M. et coll. Melorheostosis review of the literature and report of an interesting case with a nineteen year follow up. *The journal of Bone and Joint surgery*, 1963, 6, 1191.
90. Campell C.-J. et coll. Melorheostosis. *The Journal of Bone and Joint surgery*, 1968, 7, 28.
91. Wagners L.-T. et coll. Linear melorheostotic sleroderma. *British Journal of Dermatology*, 1972, 86, 297.
92. Young A.-W. Melorheostosis with scleroderma. *Archives of dermatology*, 1972, 105, 449.
93. Soffa D.-J. et coll. Melorheostosis with linear scleroderma-tous skin changes. *Radiology*, 1975, 114, 577.
94. Miyachi Y. et coll. Linear melorheostotic scleroderma with hypertrichosis. *Archives of dermatology*, 1979, 115-1233.
95. Schuldt H. Ossification along Lung Acupuncture Meridian in chronic intoxication. *American Journal of Acupuncture*, 1977, 4, 353.
96. Degos. *Traité de dermatologie*, tome II, mise à jour 1977, Flammarion.
97. Ogino A. Linear Eocerine Poroma. *Archives of Dermatology*, 1976, 112, 841.
98. Daniel F. *Dermatologie pratique*, *Unilabo*, 1973.
99. Gougenot cité par Spillman. *EMC dermatologie*, 1936, p. 12074.
100. *EMC dermatologie*, 1936.
101. Pollak S. Cutaneous pigmentation: a probable sign of spontaneous bacterial peritonitis. *Dermatologica*, 1980, 161, 187.
102. Jiao Shunfa. Recherches sur le trajet superficiel des méridiens. *Chinese acupuncture and moxibustion*, 1983, 1, 27.
103. Guanxi collège of TCM. The PSC phenomenon induced by stimulation of ear point in advances in acupuncture and acupuncture anesthesia. *People's medical publishing House*. Beijing, 1980, p. 265.
104. Nguyen J., la nature de la LCP a-t-elle sa valeur sémiologique propre ? *Revue Française de MTC*, 1983, 96, 85.