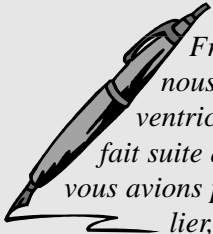


Chère Docteure Frymann...



Nous vous remercions Dr Frymann pour l'article que vous nous présentez sur la compression du 4^e ventricule, et la lettre ci-jointe. Cette lettre fait suite à une série de questions que nous vous avons posées dans notre invitation à publier, pour une 2^e fois consécutive dans notre journal. (Voir " Le Temporal " dans le numéro précédent). Les questions étaient les suivantes :

- Lorsque nous faisons un IV^e ventricule :
- La position des mains. Les éminences thénars doivent-elles être en contact ?
 - Est-il important que nos mains s'adaptent à la forme de l'écaille de l'occiput et/ou du supra-occiput ?
 - Est-il important de visualiser ce qui se passe entre les membranes crâniennes et les autres os du crâne ?
 - Quels sont les symptômes cliniques indiquant l'utilisation du CV4 ?
 - Quels sont les effets physiologiques du CV4 ?

Et quels sont les effets de cette technique sur le cervelet ; car il est dans nos mains lors de la technique ?

Nous terminions en la remerciant pour son aide et sa collaboration dans le journal précédent. Nous l'avons également félicité pour un article auquel elle avait participé dans la dernière édition du journal de l'American Academy of Osteopathy.

Jean Guy Sicotte M.D.,D.O.(Q)

-----Lettre de Mme Frymann-----

10 novembre 2003

Cher Jean Guy,

Vous trouverez ci-joint l'article ayant le titre : **La Compression du Quatrième Ventricule**. Il contient des références de Howard Lippincott, William G. Sutherland, Harold Magoun et mon expérience personnelle. Je vais maintenant répondre aux questions que vous m'avez fait parvenir dans votre dernier courrier.

Lors de la technique du CV4, **les mains du praticien** sont placées l'une sur l'autre avec les doigts dirigés vers le bas, mais ils ne doivent pas être en contact avec la colonne cervicale du patient. De cette façon, les angles latéraux du supraocciput reposent sur le " coussin " créé par les éminences thénars. Elles ne sont jamais en contact, à moins que vos mains reçoivent une petite tête. Par contre, pour les bébés, j'utilise la technique par voie des temporaux ou alors je passe par le bas en me plaçant assise face à l'enfant et j'utiliserai peut-être une main avec l'éminence thénar sur un des angles latéraux et le bout des doigts sur l'autre. (voir fig. 6 et 7, article suivant)

Pour répondre à la question sur **la visualisation**, référons-nous encore une fois à Sutherland. " La création d'une image mentale vous aidera peut-être à reconnaître le mouvement des deux hémisphères. Une façon de faire est de mentalement vous glisser à l'intérieur du crâne et de prendre une place, en retrait, au niveau du trou occipital (foramen magnum). Vous serez ainsi en mesure de visualiser et palper l'activité présente. Une des clés fondamentales au diagnostic et à la technique ostéopathique est l'habileté à pénétrer le crâne mentalement et de visualiser toutes activités présentes.

" Maintenant pour adresser la question en rapport avec les **changements au niveau du cerveau**, ce qui suivra nous éclairera. " Pendant la phase d'inspire, les hémisphères s'expandent vers le haut et latéralement, le troisième ventricule se dilate selon une forme en V. Ceci attire le plancher du ventricule vers le haut et soulève ainsi le corps de l'hypophyse. Le corps de l'hypophyse est fermement attaché à la selle turcique par une membrane duremérienne et soulève donc naturellement le bord postérieur du sphénoïde vers le haut et fait basculer vers l'avant le bord antérieur : le sphénoïde " plonge ". Lors de l'expire le troisième ventricule se contracte et le plancher du ventricule recule et se baisse. Le corps de l'hypophyse baisse aussi et emporte le bord postérieur du sphénoïde. Le bord antérieur aura consécutivement un mouvement vers le haut. La faux du cerveau et la tente du cervelet sont toujours tendus et participent au mouvement de façon réciproque et agissent tels des ligaments freineurs de mouvements. Ils participent, avec la membrane arachnoïdienne, à la fluctuation du liquide céphalo-rachidien qui entoure le cerveau. " (Sutherland, W.G., Contribution of Thought, p. 100-101, paragraphe 4)

En ce qui a trait à la visualisation, retournons au chapitre du " Tour du Vairon " ou la visite du petit poisson. " Ensuite il nage jusqu'au haut et voit la motion vivante du cervelet, la partie antérieure du toit. Il regarde pensant un long moment et se demande : que se passe-t-il ici ? Il observe la **protubérance annulaire** et les faisceaux qui se rendent au cervelet, la forme de la partie du cervelet qui est sous la tente dans la fosse postérieure de la base du crâne et qui recouvre la partie postérieure du toit du quatrième ventricule avec ses plexus choroïdiens. Pourquoi ! Le cervelet bouge à l'inspire et à l'expire comme le soufflet d'un forgeron ! Il voit que les lobes du cervelet ont une substance blanche au centre et grise aux bords. Les cellules nerveuses lui rappellent des antennes de réception de radio. Il se demande pourquoi la structure est ainsi faite ?

Avec tout ce qui se trouve autour et aux environs du quatrième ventricule et qui entre si bien dans l'espace formé par la tente du cervelet, la partie creuse de l'écaille de l'occiput, le foramen magnum (trou occipital)

et les apophyses basilaires, et les surfaces postérieures de la partie pétreuse des temporaux, le tout ressemble à un système naturel conçu pour faire fluctuer tout le liquide céphalo-rachidien. Il est peut-être possible à une personne de faire la même chose à partir de l'écaille de l'occiput : ainsi compressant le cervelet, le quatrième ventricule et faisant fluctuer le liquide céphalo-rachidien vers le haut dans le troisième ventricule par la voie de l'aqueduc, et vers le bas dans le canal central, il se répandrait tout autour du cerveau et de la moelle épinière. En compressant et en relâchant le quatrième ventricule, il est possible de contrôler le mouvement de marée du liquide céphalo-rachidien. "

Je préfère le livre original de " Contribution of Thought " publié en 1967 à la nouvelle édition.

J'ai confiance que ce matériel répondra à quelques-unes de vos questions.

Viola M. Frymann, D.O., FAAO, FCA
Osteopathic Center for Children Founder/Director

COMPRESSION DU 4IÈME VENTRICULE



**Par Viola M. Frymann D.O.,
FAAO, FCA**

Osteopathic Center for Children
Director/Founder

Traduction : Julie St-Pierre

En guise d'introduction, je citerai le Dr Howard Lippincott, un des premiers instructeurs associés au

Dr Sutherland dans le concept crânien (1).

"Il est difficile de rester conservateur lorsque nous considérons les fonctions de la compression ventriculaire, car ce liquide de grand potentiel qui est activé par cette technique produit des résultats qui justifient un grand enthousiasme.

*Il y a un effet bénéfique sur tout le système circulatoire; une **diminution des congestions, des ischémies et de l'œdème** et ce, en même quantité que si la personne avait subi une intervention chirurgicale.*

Les processus métaboliques sont améliorés, ceci inclut la nutrition des tissus et l'absorption graduelle des dépôts fibreux et calciques qui ne sont pas d'origine physiologique ou compensatoire.

*La technique améliore la fonction organique et lorsqu'une infection est présente **l'immunité est augmentée** par les effets de la technique sur la **rate, le pancréas et le foie**. Le système endocrinien est régulé sur les besoins immédiats du corps.*

*Le liquide céphalo-rachidien commande le métabolisme, ainsi qu'une grande partie de la fonction involontaire et du **mécanisme d'autoprotection** du système.*

*Le Dr Sutherland porte attention au fait que les lésions ostéopathiques secondaires deviennent moins évidentes sous l'influence de la compression ventriculaire. Alors, il a une **valeur pour déterminer la lésion primaire.**"*

Sutherland écrit(2) : " La compression du quatrième ventricule s'applique au contenu du ventricule et non au bulbe rachidien (Medulla Oblongata) ni au plancher du ventricule. Pendant l'inspire respiratoire le ven-

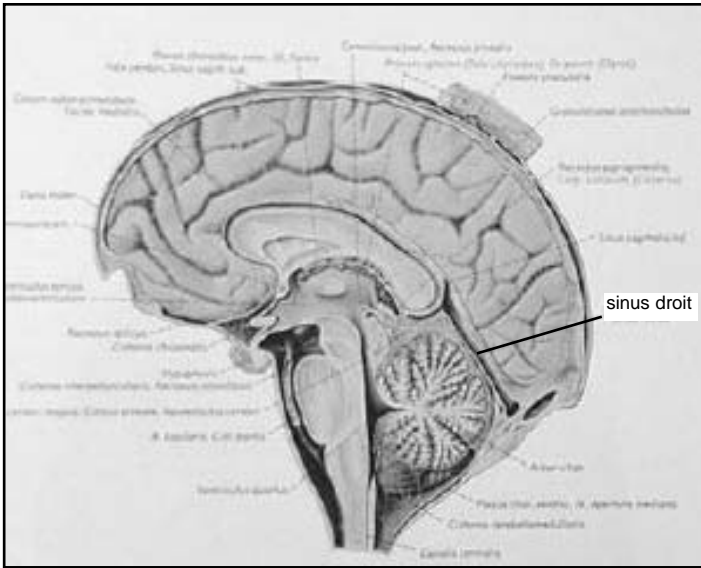


FIG. 1 L'arachnoïde et l'espace sous arachnoïdien; en particulier les citernes, dans la partie médiane (semi-shématique). Les espaces liquidiens sont colorées en bleu. Seuls les vaisseaux sanguins ayant un rapport spécifique aux citernes, sont reproduits.

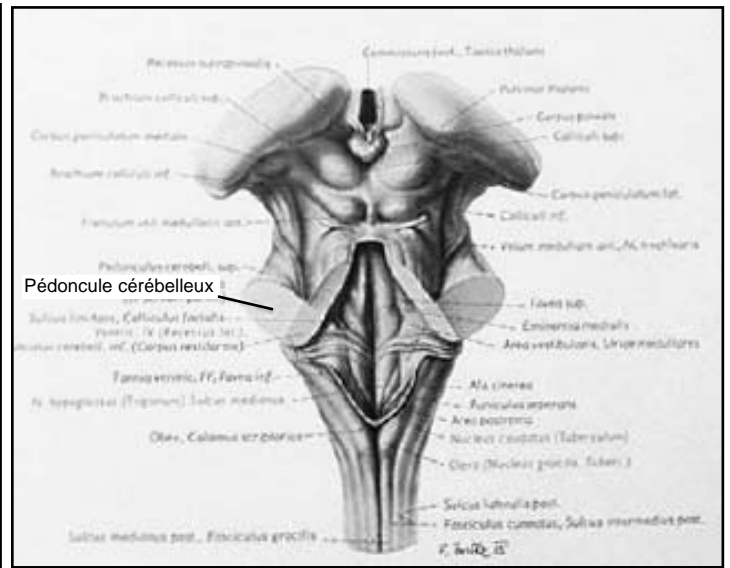


FIG.2 Vue dorsale de la moëlle allongée, de la fosse rhomboïde, des pédoncules cérébelleux et de la lamina tecti, le cervelet ayant été enlevé.
Tiré de Pernkopf Atlas of Topographical and Applied Human Anatomy, Vol.1, Urban and Schearzenberg.

tricule se dilate, comme le font les autres ventricules, tandis que pendant l'expire le quatrième et les autres ventricules retournent à la contraction. Il y a un changement correspondant qui se produit dans le liquide céphalorachidien qui agit sur la nutrition normale des centres physiologiques. "

Il n'est pas exagéré de dire que le bien-être global de chaque patient sera amélioré par cette technique et dans ma pratique je termine souvent un traitement ostéopathique avec cette technique peut importe l'âge ou le diagnostic. Par contre, il y a des conditions pour lesquelles la technique est primordiale. Ce qui suit est tiré de mon expérience pratique.

1-Les maladies aiguës avec fièvre telle que l'emphysème, l'amygdalite, l'otite moyenne ou les fièvres communes à l'enfance. Un enfant fiévreux qui refuse les liquides, les solides, de jouer ou d'autres divertissements sera subitement en sueur, éveillé, prêt à boire et à jouer. La température baissera d'un ou deux degrés et l'enfant est en voie de guérison.

2-Lorsque dans le corps il y a quelque chose qui doit être éliminé. Exemple :

- (1) Le nouveau-né qui n'a pas uriné depuis plusieurs jours et la cathétérisation n'évacue que quelques cc.
- (2) L'impossibilité d'uriner postopératoire.

3-L'inertie utérine ; quand le travail n'est plus efficace, administrez un CV4 jusqu'au bout et le sommeil suivra probablement. Deux ou trois heures plus tard des contractions utérines physiologiques efficaces et rythmées feront naître le bébé.

4-Des sécrétions pulmonaires non expectorées, comme pour les cas de bronchite ou après la poliomyélite.

5-Des dysfonctions somato-musculosquelettiques aiguës tel qu'un problème incapacitant du bas du dos chez un patient qui ne peut pas être en décubitus dorsal et qui est trop douloureux au toucher. Un bon CV4 peut atteindre la région sensible et le patient grimacera lorsque la fluctuation du LCR se rendra dans la région. Mais si la technique est continuée tout d'un coup la douleur ne sera plus présente, car le liquide ne touchera plus une région tendue et le " still point " profond aura accompli le relâchement.

6-L'arthrite rhumatoïde. En apprenant la technique à un membre de la famille, la personne sera grandement soulagée après l'avoir reçue une ou deux fois par jour.

7-Une réaction allergène, surtout après une exposition aiguë et récente.

8-L'hypertension.

9-Les dysfonctions gastro-intestinales aiguës avec vomissements, nausée, constipation.

10-Le diabète et autres dysfonctions endocriniennes.

LA TECHNIQUE du CV4

Le praticien est à la tête de la table.

Le patient est en décubitus dorsal.

1-Placez une main dans la paume de l'autre de telle façon que les éminences thénars, étant le point le plus élevé, soient parallèles l'une par rapport à l'autre.

Glissez vos mains sous la tête et ce seront **les angles de l'écaïlle de l'occiput**, qui sont médians à la suture occipito-mastoïdienne qui reposent sur vos mains. Les éminences thénars créent un coussin pour l'occiput qui doit être confortable pour le patient et le praticien. Les doigts sont libres et ne s'appuient pas sur le cou. Le poids de la tête repose sur les éminences thénars et ainsi compressent gentiment les angles latéraux. Devenez conscient du rythme du mouvement de l'occiput. Suivez-le vers l'extension c'est-à-dire les mains qui basculent doucement vers le praticien.

Découragez la flexion (les mains s'éloignent).

L'amplitude diminuera progressivement jusqu'à l'obtention d'un « still point », qui est suivi d'un ramollissement et d'un dégagement de la chaleur à l'occiput et d'un doux balancement de flexion/extension comme un bateau sur une eau calme. Au même moment, la respiration thoracique devrait être principalement diaphragmatique et se rapprocher du rythme du CRI.

(3)

Observez l'activité crânienne et assurez-vous qu'il reste calme et retirez très doucement vos mains et posez-les sur la table.

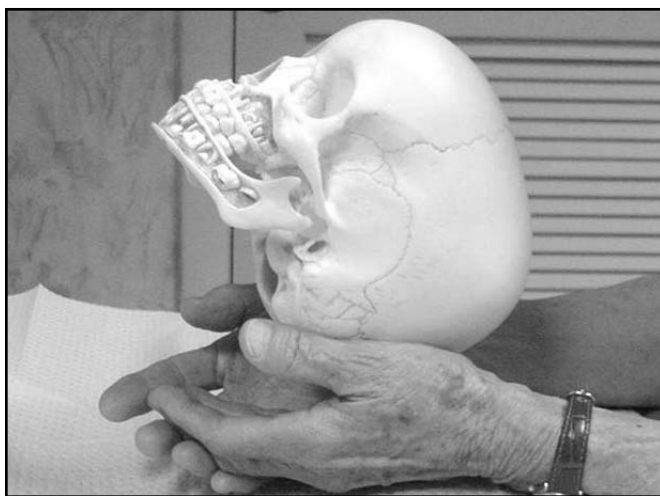


FIG.4 Vue oblique des mains.



FIG.5 Position des mains sous une tête d'adulte.

2-La même chose peut-être obtenue par la **voie des os temporaux**. Recevez délicatement l'occiput dans les paumes croisées, les doigts entrelacés et les pouces placés le long des apophyses mastoïdiennes. Palpez la rotation externe et interne rythmique. (Lors de la rotation externe, le bout des pouces qui sont sur les apophyses mastoïdiennes se déplace vers l'intérieur et recule. Lors de la rotation interne les protubérances des apophyses mastoïdiennes se déplacent antéro-latéralement et la partie mastoïdienne des temporaux se déplace médialement sous les éminences thénars.)

Suivez le mouvement rythmique vers la rotation interne. Découragez la rotation externe. L'amplitude diminuera jusqu'à l'obtention d'un " still point ". La sen-

FIG. 3 Vue latérale des mains.

sation de ramollissement et le dégagement de chaleur suivront ainsi que le léger mouvement qui ressemble au petit bateau sur l'eau calme. La respiration ralentira et deviendra plus diaphragmatique tel que décrit plus haut.

Dans ces deux techniques, le CV4 peut être accru avec la coopération de la respiration. Demandez au patient de retenir l'expiration le plus longtemps possible.

La technique de CV4 par les temporaux est convenable pour ces enfants actifs qui ne peuvent pas rester allonger calmement.

Résumé des Principes du CV4

1. Déterminez le mouvement inhérent sous vos mains.
2. Suivre le mécanisme vers l'extension (rotation interne) et découragez l'amplitude complète vers l'extension (rotation externe).
3. Vous pouvez assister en demandant au patient d'expirer et de retenir le plus longtemps possible sa respiration.
4. Continuez et évaluez l'amplitude du mouvement qui diminue progressivement jusqu'au « still point ». Vous noterez au moins trois des changements suivants :

L'os qui se ramollit.

Une sensation de chaleur dans vos mains.

Un doux balancement de faible amplitude de flexion/extension.

Une respiration diaphragmatique. Attendez quelques cycles jusqu'au moment où vous êtes certain que la technique soit complétée. Retirez vos mains de la tête très délicatement.

CV4 PAR VOIE DU SACRUM

Patient est en décubitus dorsal.

Le praticien est assis à côté du bassin du patient regardant dans la direction de la tête du patient.

La main caudale est mise sous le sacrum du patient. Palpez le rythme inhérent du sacrum. Suivez le mouvement du sacrum vers l'extension et découragez la flexion. Poursuivez jusqu'au point neutre comme il est décrit plus haut.

CV4 VIA LES OS PARIÉTAUX

Patient est en décubitus dorsal.

Le praticien assis à la tête. Les mains sur les pariétaux.

Palpez le mouvement inhérent des pariétaux. Puis la

rotation interne des pariétaux est suivie (ceci correspond à l'extension à la SSB) tandis que le mouvement vers la rotation externe est découragé. N'employez pas de " lift " ni de traction. Continuez jusqu'au " still point ". Retirez délicatement vos mains de la tête.

CV4 chez les jeunes enfants et les bébés.

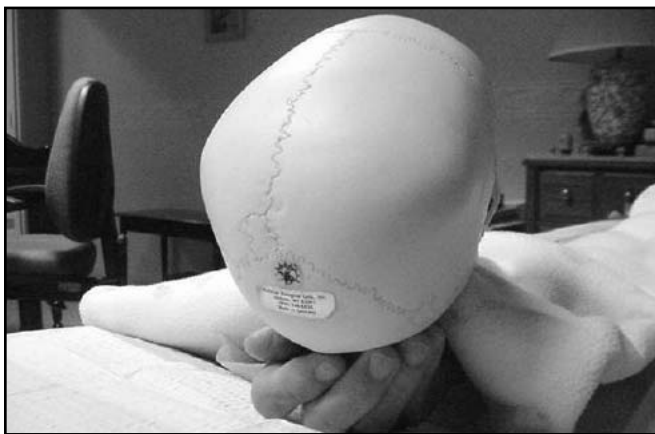


FIG. 6 Le thérapeute assis au côté de l'enfant, la main sur le thorax (non représentées sur la photo) et l'occiput supporté sur l'éminence thénar et le bout des doigts de la main droite, le bras droit supporte le bébé sous le rachis et le bassin.

FIG. 7 Approche de l'enfant, le thérapeute assis à son côté et lui faisant face.

L'éminence thénar et le bout des doigts de la main gauche supportent l'occiput. Semblable à la Fig.6



RÉFÉRENCES

- (1) Lippincott, Howard : *Contributions of Thought (quoted by Sutherland) p. 152*
- (2) Sutherland, W.G. : *Contributions of Thought, SCTF 1967, p.152*
- (3) Magoun, H.I. : *L'ostéopathie dans la sphère crânienne, Éditions Spirales, 1994, page 110 (traduction de l'anglais " Osteopathy in the Cranial Field)*