

**Professeur Pierre Rabischong**  
**Montpellier**

---

La peau est l'interface obligatoire de toute investigation sur le corps. Elle est fixée à un certain nombre de points squelettiques par des brides fibreuses résistantes. Elle est collée au crâne par une assise conjonctive continue solidaire du périoste crânien, la galea. Elle est superficiellement formée d'une couche de cellules jointives formant l'épiderme qui se régénère en permanence par la prolifération cellulaire de la couche germinative. Le derme sous jacent contient des vaisseaux nombreux affleurant la couche épidermique et assurant sa trophicité. Une de ses caractéristiques principales est la richesse des terminaisons nerveuses sous forme en premier lieu de fibres nues présentes dans l'épiderme, car elles seules peuvent se maintenir dans une couche cellulaire en croissance permanente en assurant une sensibilité « à fleur de peau ». En second lieu, se trouvent sur différents niveaux toute une série de récepteurs de forme et de fonctionnalité variées. De cette façon, la peau est véritablement un vêtement capteur, capable de transmettre au système nerveux central des informations de pression, d'étirement, de chaleur, de froid et de douleur. Les stimuli peuvent venir de l'extérieur (sensibilité extéroceptive) ou de l'intérieur (sensibilité proprioceptive).

Dans certaines régions, la peau a une certaine mobilité en rapport avec l'existence d'un tissu de glissement sous cutané, mais dans d'autres la peau est solidement fixée au sous sol comme au niveau de la plante du pied ou de la paume de la main.

Les viscères placés à l'intérieur du tronc ont des récepteurs sensitifs, mais en dehors des alarmes préprogrammées ils parlent peu dans le domaine conscient du cerveau. En effet il faut comprendre que l'homme est une machine très intelligemment complexe qui est la plupart du temps pilotée par un ignorant. En fait, il n'y a pas besoin de savoir que nous avons un estomac, un foie et un intestin pour fonctionner parfaitement. Il en va de même des muscles au nombre de 600, dont nous n'avons pas besoin de connaître les insertions pour exécuter des tâches motrices complexes. Connaître l'anatomie, la physiologie et la biologie ne permet pas de fonctionner mieux que d'être totalement ignorant. En conséquence, l'homme ignorant existe dans son monde tridimensionnel avec deux sens qu'il perçoit naturellement : la peau et les yeux. Il paraît donc logique de donner au « vêtement capteur peau » une fonction supplémentaire : celle de signaler des perturbations d'organes qui parlent peu consciemment, les viscères, en utilisant sur certaines zones de la peau le signal d'alarme prévu à cet effet, la douleur.

De plus, la peau est une large surface de convection en contact avec l'environnement extérieur et de ce fait elle participe grandement à la régulation de la température interne, par une action vasculaire et glandulaire cutanée.

Compte tenu de ces remarques préliminaires, on peut analyser le rôle de la peau selon trois aspects principaux :

### **1. LE ROLE DE LA PEAU DANS LA MOBILITE :**

La mobilité est une des quatre fonctions corporelles gérées par le cerveau. Elle permet d'exécuter des postures des différents segments corporels ou des mouvements, grâce à l'existence des moteurs musculaires. Ceux-ci sont de nature visco-élastique et non réversibles/non linéaires dans leur fonctionnement. Ils produisent des forces par leur raccourcissement dû à la modification volumétrique de la partie sombre des fibres striées faite d'une protéine contractile, l'actinomyosine. Cependant leur potentiel de raccourcissement ne peut excéder le tiers de la longueur du muscle, ce qui peut expliquer l'organisation mécanique particulière des différents plans musculaires des membres, du tronc ou du cou.

Le contrôle moteur peut être compris à partir des modèles développés par les roboticiens. En effet pour commander et contrôler dans un espace tridimensionnel des manipulateurs robotiques, il faut deux informations pertinentes qui permettent d'écrire les équations et les algorithmes de commande de ces systèmes polyarticulés : d'une part l'état des moteurs, mesurés à partir de la consommation d'énergie électrique ou de la pression hydraulique et d'autre part les angles de chacun des segments du manipulateur mesurés à l'aide de potentiomètres linéaires ou angulaires. Il n'y a aucune raison pour que ce problème technique ne soit pas le même pour les segments corporels humains.

La première information pertinente, l'état des moteurs, s'agissant des actionneurs musculaires visco-élastiques, doit être analysée en terme de raideur mécanique, permettant de définir les trois états possibles du muscle : relâché, contracté, étiré. Il existe deux types de capteurs pour cette analyse : le fuseau neuro-musculaire et l'organe de Golgi.

Le premier est un capteur d'étirement à gain variable, formé d'une âme contractile sous forme de fibres musculaires striées sur lesquelles se placent des terminaisons nerveuses soit en grappe soit en fibres annulo-spiralées disposées autour des fibres musculaires dans leur zone équatoriale. Ces fibres intrafusales sont innervées par des motoneurones particuliers : les motoneurones gamma. Plus les fibres intrafusales sont contractés et plus la réaction sera intense, expliquant les hypertonies d'origine gamma. Le signal d'étirement est transmis directement par une connexion monosynaptique rapide aux motoneurones alpha de la corne antérieure de la moelle. Ceci permet de comprendre le réflexe myotatique, décrit initialement par Sherrington, qui peut avoir deux modalités : l'une non proportionnelle qui crée une décharge musculaire après étirement d'un muscle comme c'est le cas dans l'usage du marteau à réflexe, l'autre proportionnelle, en relation avec l'ajustement périphérique de la

force musculaire dans un programme moteur particulier grâce à un recrutement approprié d'unités motrices. On peut donc parler de servomécanisme fusorial, à propos de ce bouclage. Mais ce servomécanisme est sous contrôle central, ce qui permet tout en conservant l'ajustement périphérique de la force musculaire d'exécuter des mouvements en contractant l'agoniste et décontractant l'antagoniste ou en cocontractant les deux pour une immobilisation active d'un segment. La perte du contrôle central comme c'est le cas dans la paraplégie « libère » le servomécanisme fusorial en créant la spasticité et donc la contraction de tout muscle étiré ce qui rend les articulations visqueuses.

Le second, l'organe de Golgi, est un capteur de force placé à la jonction musculotendineuse et qui mesure la force développée par le muscle à un instant donné. Il est formé par des microtendons reliés au tendon mère et entouré d'une capsule à l'intérieur de laquelle s'épanouissent des fibres nerveuses. Il est à l'origine d'un réflexe myotatique inverse, ne donnant pas lieu à un recrutement d'unités motrices mais au contraire à leur inhibition. Il a été diversement interprété mais on peut le considérer comme un système d'autoprotection contre les efforts supraliminaires.

Au total, il apparaît clair que les trois états des muscles sont identifiés par ces capteurs en termes de raideur mécanique ce qui permet de les piloter pour un programme déterminé.

La deuxième information pertinente pour le contrôle moteur est la mesure des angles des différents segments corporels. Il n'y a pas de potentiomètre dans l'arsenal technique du vivant, même si certains ont défini des décharges proportionnelles aux angles dans certains ligaments en éventail. Le point important est que les muscles ne peuvent pas donner de valeur angulaire, malgré la description par les physiologistes d'un diagramme tension/longueur. En effet d'une part les muscles sont viscoélastiques et redondants pour un mouvement déterminé et d'autre part il n'existe pas dans le cerveau une bibliothèque des insertions musculaires et des distances des points d'insertion tendineux des différents muscles par rapport aux axes articulaires ce qui permettrait de faire un calcul géométrique d'angle. De plus les muscles ne sont pas des vecteurs, ce qui est une formulation typiquement humaine non perceptible par le cerveau et ils ont un volume variable en fonction de leur état. D'ailleurs le pilote ignorant dont nous avons déjà parlé ne connaît ses muscles que lorsqu'ils sont douloureux grâce à la décharge des métaborécepteurs fait de fibres C sensibles aux conditions biochimiques de leur fonctionnement.

On pourrait alors penser que les ligaments très riches en mécanorécepteurs pourraient transmettre des informations d'angle. Mais si on prend l'exemple du poignet, qui contient une énorme quantité de ligaments placés dans des directions différentes, on comprend qu'une information d'angle de flexion dorsale ne peut pas de façon fiable venir de l'intégration des étirements relatifs de tous les ligaments concernés. On doit donc considérer les ligaments comme des indicateurs de fin de course, ce qui est amplement démontré par les entorses qui sont l'expression pathologique d'un étirement excessif.

La solution extrêmement intelligente est d'utiliser pour la goniométrie le vêtement capteur, qui recouvre tous les segments corporels et qui leur est attaché. La peau est le goniomètre corporel, grâce aux capteurs de Ruffini qui sont sensibles à l'étirement et qui ont une structure comparable aux organes de Golgi. Un segment insensible ne peut plus être contrôlé sans l'aide de la vision. Il est de plus intéressant de noter qu'au niveau du cortex cérébral, existe d'une part le « clavier moteur » de l'aire 4 dans le gyrus précentral du lobe frontal, où sont groupés de manière disproportionnelle tous les muscles du corps, la tête en bas et les membres inférieurs en haut dans une petite zone de la scissure inter hémisphérique, sur l'homunculus décrit par Penfield après électrostimulation corticale de plus de mille patients éveillés. D'autre part le « clavier sensitif » des aires 1,2,3,5 se trouve juste en arrière sur le gyrus post central du lobe pariétal avec la même représentation disproportionnelle. De ce fait, nous avons décrit une boucle stato-kinesthésique reliant ces deux claviers en expliquant pourquoi nous savons à tout instant consciemment où nous sommes et où nous allons. Bien entendu le clavier moteur ne peut pas être activé consciemment de façon directe par le pilote ignorant. Les aires dites prémotrices contiennent des colonnes neuronales responsables d'une activation consciente de fonctions intégrées telles que la direction du regard que nous pouvons consciemment et volontairement poser sur un objet de notre choix ou le démarrage de la marche ou la prise d'un objet déterminé. Une boucle longue cortico-cerebello-corticale permet le choix approprié des activateurs, l'ajustement agoniste-antagoniste et la correction des erreurs en temps réel est dû au complexe important de l'olive inférieure dans la moelle allongée. Une tumeur du lobe pariétal crée une asomatognosie, c'est-à-dire que le patient non paralysé peut se mouvoir normalement mais il est incapable de localiser ses membres en l'absence de vision. De même, l'héminégligence décrite chez les hémiplegiques ressort du même phénomène.

Ce rôle de la peau, qui n'est pas à priori évident, mérite d'être souligné très fortement auprès de tous ceux qui exercent leur art en en faisant leur principale approche.

## 2. LE ROLE DE LA PEAU COMME MIROIR VISCERAL :

Nous avons vu précédemment que les viscères s'expriment peu consciemment en dehors des alarmes préprogrammées de leur dysfonctionnement. Certaines zones cutanées sont bien connues pour être en rapport avec des viscères, telle que la fosse iliaque pour l'appendice, l'épaule droite pour la vésicule biliaire, le flanc gauche pour le colon sigmoïde ... Henri Jarricot a bien défini à l'aide de sa technique du palper rouler les zones d'hyperalgie plus ou moins métamériques en rapport avec les viscères et les modifications de la peau qu'il a décrites démontrent clairement les relations étroites qui lient la peau et les viscères. Sa technique entre des mains expertes a servi également de manœuvre thérapeutique, qui mériterait une plus large diffusion.

On peut alors s'interroger sur la place de l'acupuncture dans ce rôle particulier de la peau. Les points d'acupuncture ont été décrits par les chinois depuis fort longtemps sans que nous sachions exactement comment et pourquoi. Nous avons très souvent discuté de cet aspect dans les réunions du GLEM de jadis avec en particulier Jacques Niboyet, Henri Jarricot, Paul Nogier, René Bourdiol et René Casez. Leurs ouvrages respectifs sont des classiques du genre mais les relations des organes avec les points et les méridiens laissaient beaucoup la place à des interprétations scientifiquement douteuses. Jaques Niboyet ayant dans sa thèse de science montré que les points décrits par les chinois avaient une impédance électrique moindre que le revêtement cutané avoisinant, nous avons repris ces travaux dans notre Unité 103 de l'Inserm, dont on pourra lire le détail dans le mémoire de DERBH de Claudie Terral. Les aspects principaux en sont :

- la nature particulière du comportement électrique des points d'acupuncture qui ont une résistance électrique moindre et des possibles modifications de microcourants injectés avec des effets diode, thyristor ou supraconducteurs.
- la persistance de ces propriétés électriques après nettoyage de la peau avec un solvant et la persistance de ces phénomènes électriques de moindre résistance chez le cadavre ont orienté les recherches vers une structure spécifique de la peau et non un effet de surface comme l'avaient écrit certains.
- une étude histologique sérieuse après marquage à l'encre de chine des points identifiés électriquement a permis, avec l'aide de René Sênelar, de Odile Auziech et de Claudie Terral, de décrire un complexe neuro-vasculaire sous le point avec des fibres nerveuses myéliniques et amyéliniques placées en torsade autour de capillaires artériel, veineux et lymphatique. Cette découverte fondamentale est scientifiquement indiscutable et devrait éliminer toutes les interprétations fantaisistes sur les points d'acupuncture.
- un modèle physiologique mis au point par Claudie Terral dans notre Unité de Recherche a permis de valider l'analgésie cutanée unilatérale après vingt minutes de stimulation électrique de deux points d'acupuncture détectés électriquement chez le lapin. Celui-ci a été choisi en raison de son mode de locomotion symétrique permettant d'enregistrer des réactions symétriques de retrait après stimulation algique de la peau. Cette analgésie cutanée reproductible a conduit à effectuer l'injection du plasma d'un lapin analgésié à un lapin naïf ce qui a permis d'objectiver un transfert plasmatique de l'analgésie dans le même territoire. Ceci a fait penser à l'action de neurotransmetteurs métamériques responsables du contrôle de la douleur dans un territoire déterminé. Il pourrait s'agir d'enképhalines associées ou non à la substance P.

Dans le même temps, Paul Nogier, en subtil expérimentateur clinique, décrivait des points d'oreille correspondant à des organes corporels avec une somatotopie sur le pavillon auriculaire qu'il s'est efforcé de préciser. L'image du fœtus inversé est devenue classique et les chinois qui n'avaient pas pensé au pavillon de l'oreille ont au travers d'une publication en

Allemagne de Paul Nogier « redécouvert » l'acupuncture auriculaire. Des travaux histologiques ont été effectués sur les points d'oreille en retrouvant les complexes neurovasculaires et les finesses de la microvascularisation du pavillon. Par la suite, Paul Nogier et ses élèves ont tenté de relier et de détecter l'activité électrique des points auriculaires avec un réflexe vasculaire, que Paul Nogier avait décelé très tôt en l'appelant « réflexe auriculo cardiaque (RAC) ». Le signal d'alarme n'était donc plus la douleur exquise au point comme dans l'acupuncture traditionnelle, mais une activité induite au niveau du pouls pris sur l'artère radiale du type réflexe végétatif forcément polysynaptique et d'origine sympathique, les vaisseaux n'ayant que ce type d'innervation. La palpation avec le pouce du vaisseau radial que faisaient déjà les chinois à titre diagnostique n'est pas sans poser la question d'une rigoureuse objectivité reproductible, mais ce problème fera l'objet de discussion au cours du congrès de Lyon. On peut seulement regretter que toute la problématique de ce que Paul Nogier a nommé d'un terme critiquable « auriculomédecine » soit basée sur ce seul réflexe vasculaire. De plus l'utilisation de la lumière avec toutes les variations décrites et l'usage de toute sorte de filtres fréquentiels manquent encore d'une démonstration expérimentale convaincante et reproductible ainsi que d'une corrélation acceptable avec ce que nous savons de l'histophysiologie fine de la peau.

### **3. LE ROLE DE LA PEAU DANS L'HOMÉOSTASIE :**

L'homéostasie peut se définir comme l'état d'équilibre des différentes fonctions de maintenance corporelle. Cela présuppose des régulations précises en boucle fermée des paramètres de fonctionnement des principales fonctions ainsi que des mécanismes de réaction appropriés dans le cas très fréquent de modifications des conditions de l'environnement ou même d'agressions caractérisées justifiant les défenses immunitaires. On pourrait dire qu'il s'agit d'un ensemble complexe caractérisant le fonctionnement d'un individu donné à un instant déterminé avec une tendance préprogrammée au maintien d'un certain nombre de données physiologiques de base.

L'acupuncture sous toutes ses formes peut intervenir dans ce maintien ou dans son rétablissement compte tenu de ce vaste réseau de points neurovasculaires ayant pour certains d'entre eux une correspondance somatique ou viscérale précise. Est il concevable que le pavillon de l'oreille dans ce vaste concert homéostasique puisse avoir une place à part ? Son innervation qui emprunte aux territoires de plusieurs nerfs spécifiques tels que le trijumeau (V) avec son noyau le plus long de tous les nerfs crâniens dans le tronc cérébral, le facial (VII) nerf du deuxième arc viscéral, le glossopharyngien (IX), le pneumogastrique (X) vecteur du parasympathique qu'on retrouve jusqu'au plus bas des viscères, le plexus cervical, pourrait laisser supposer que le pavillon est un indicateur de « pannes » comme on en trouve dans les armoires de contrôle des machines modernes complexes. Tout peut se dire, mais mieux vaut s'obstiner à démontrer scientifiquement que simplement de supputer.

Nous avons émis l'hypothèse en analysant un des aspects importants de l'homéostasie qui est le maintien d'une température corporelle stable par les mécanismes de la thermorégulation (thermogenèse et thermolyse) que les points neurovasculaires y joueraient un rôle important. En effet, leur structure d'interface entre le système vasculaire et le système nerveux peut leur conférer une action sur les microvascularisations non seulement de la peau dans laquelle ils se trouvent mais aussi dans les viscères qui se manifestent activement au niveau de zones particulières de la peau. Car la régulation thermique dans un système, qui présente de larges surfaces exposées à l'extérieur et des viscères très richement vascularisés placés à l'intérieur, ne peut pas se faire de façon fiable avec, comme on le dit, un seul thermostat placé dans un noyau de l'hypothalamus sensible à la température du sang qui y circule. Un vaste immeuble ne peut pas être régulé de façon valable avec un seul thermostat placé dans le bureau du directeur. Les points neurovasculaires seraient donc autant de micro thermostats agissant sur les microvascularisations d'organes et partant sur leur fonctionnement. Ainsi pourraient s'expliquer une partie de l'action de l'acupuncture sur des troubles fonctionnels réversibles.

Dans le rôle de la peau dans l'homéostasie, on doit enfin insister sur l'action importante des points neurovasculaires sur les phénomènes de régénération tissulaire et en particulier sur la cicatrisation. Cette prodigieuse fonction implique une cascade d'événements désormais assez bien connus pour lesquels l'acupuncture a démontré cliniquement son action bénéfique tels que dans la fermeture d'escarres trophiques chez les paralysés médullaires.

En conclusion, on ne saurait trop insister sur le rôle très riche de la peau qui n'est pas qu'une simple enveloppe limitant le domaine corporel, mais qui a en elle des éléments actifs, responsables de multiples actions dont nous apprenons à mieux connaître les mécanismes intimes. Il faut souhaiter que, dans une optique résolument scientifique hors de toute hypothèse fantaisiste, de nouveaux travaux de recherche viennent enrichir nos connaissances et affiner nos thérapeutiques pour le plus grand bien des patients.

**Carlos Roberto Medeiros Lopes  
&  
Alessandra Maria Porto Scavone**

**2006**

**L'EFFICACITÉ DE L' AURICULOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA  
DÉPRESSION NERVEUSE**

**Dr. Carlos Roberto Medeiros Lopes e Dra. Alessandra Maria Porto Scavone**

**Avenida Barão de Itapura, 819 - Guanabara – Cep. : 13020-431 – Campinas, S.P.**

**BRASIL**

**E-mail :- dr.carlos@terra.com.br - ale.scavone@terra.com.br**

**Institution : Centro Médico Homeopático de Campinas**

**RÉSUMÉ**

Même si l'acuponcture est utilisée pour traiter une grande variété de problèmes de santé, son efficacité dans le traitement de la dépression n'a pas encore été complètement évalué.

Nous avons évalué les effets de l'acuponcture auriculaire avec de petites aiguilles ( 1,0mm) auriculaires semi-permanentes appliquées pour 14 jours pendant six mois ( 9 à 12 séances). Vingt neuf patients ont été stimulés sur 8 points recommandés pour la dépression ( ear shenmen, occiput, liver, ACTH, cicatrice psychique, maître cérébral, triple energizer posterior frontal lobe) et vingt sept patients ont reçu un traitement placebo.

L'état émotionnel de l'individu, la pression artérielle, les battements cardiaques ont été vérifié toutes les semaines et le test d'Hamilton à chaque trois semaines. Le groupe soigné a présenté une amélioration importante dans l'échelle de la dépression. La thérapie auriculaire a été efficace en tant que traitement contre la dépression. Nous recommandons, cependant, que d'autres études soient faites sur l'efficacité de l'acuponcture dans le traitement de la dépression nerveuse

Key-words: dépression, dépressif désordre, acupuncture, acuponcture auriculaire, auriculothérapie.

**ABSTRACT**

Although auriculotherapy is being utilized to treat a variety of important health problems, its usefulness in depression management has not yet been fully evaluated. We investigated the effects of auriculotherapy on the treatment of 56 subjects that received



auricular acupuncture with small (1.0 mm) semi-permanent auricular needles for 14 days during 6 months (9 to 12 sessions). Twenty-nine were stimulated on 8 points recommended for depression (ear shenmen, occiput, liver, ACTH, pre frontal cortex point, master cerebral, triple energizer, posterior frontal lobe) and 27 received placebo treatment. Subjects' emotional state, blood pressure, heart beats were weekly evaluated and Hamilton' scale was applied each 3 weeks. Treatment group had an improvement on depression scale. Auricular acupuncture was effective as an treatment for depression. Further study of acupuncture's potential usefulness in depression management is recommended.

Key-words: depression, depressive disorder, acupuncture, auricular acupuncture, auriculotherapy

## INTRODUCTION

L'auriculothérapie est une réflexothérapie tégumentaire qui utilise le pavillon de l'oreille comme zone réflexe.

Quelques points étaient partiellement connus depuis la nuit des temps, mais la découverte réelle revient au Docteur Paul Nogier qui en 1952 émit la première hypothèse et dessinât la première véritable carte de localisation des points réflexes (G.L.E.M.). Cette technique poinçonne la peau avec des aiguilles fines et petites dans des complexes neurovasculaires appelés points d'acuponcture auriculaire.

L'acuponcture et les techniques corrélatives ont connu une augmentation de son utilisation ces dernières décennies parmi les médecins de culture occidentale. En effet, en 1997 l'Institut National de la Santé (NIH) a émis une déclaration favorable à l'utilisation de l'acuponcture dans le traitement de certains troubles comme les douleurs, les nausées et les vomissements. Les scientifiques du NIH ont aussi encouragé des recherches futures qui puissent découvrir d'autres places où l'acuponcture pourra être utilisée.

En 1987, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu l'efficacité de l'auriculothérapie dans le combat de plusieurs maladies et a même recommandé cette technique aux pays membres et confirmée et standardisée depuis 1990.

L'auriculothérapie est une méthode thérapeutique et de diagnostic réalisée par la stimulation de certains points spécifiques de l'oreille, de sorte à promouvoir une homéostasie psychosomatique. Le microsysteme auriculaire est une réflexologie d'action neurophysiologique, c'est-à-dire, elle est régie par le système parasympathique ; quand on pique une partie déterminée du cartilage auriculaire, on stimule, à travers ce point, une certaine région cérébrale, en provoquant une décharge d'endorphines et des sérotonines (principalement) qui agissent sur le système corporel (Dal Mas, 2004).

La théorie neuro-hormonale et les découvertes récentes des recherches scientifiques en acuponcture et en auriculothérapie montrent une indiscutable évolution neuro-humorale et neurale dans le mécanisme d'action des neuro-transmetteurs libérés par l'acuponcture aussi bien dans le cerveau que dans l'ensemble de l'organisme ce qui entraîne des changements physiologiques dans le corps humain. (Owen, 1996). Ce mécanisme est lié à la production de neuro-transmetteurs dans le système nerveux central et aussi dans le système nerveux périphérique et les principales substances connues jusqu'à présent sont : alpha et beta endorphine, dinorphine, encéphaline substance P, epinefrine, sérotonine et d'autres substances puissantes chimiquement (Clementes-Jones et al., 1979 ; Smith 1992)

Face à ces recherches scientifiques, nous devons souligner l'importance de l'étude de l'acuponcture et de l'auriculothérapie pour le traitement psychiatrique , principalement par l'action des endorphines et des sérotonines ; le traitement psychiatrique utilise plusieurs drogues pharmacologiques pour changer la sérotonine et traiter les troubles d'anxiété et de la dépression quand il est possible de le faire par l'usage de l'acuponcture qui, en plus, n'a pas d'effets collatéraux.

Ces rapports antérieurs ont suggéré que l'acuponcture peut être utilisée pour le traitement des désordres de la dépression chronique (Oleson, 1996 ; Ullet, 1998). Néanmoins, peu d'études ont évalué les effets des antidépresseurs sur l'auriculothérapie.

Eich et al. (2000), ont récemment démontré que l'acuponcture corporelle peut conduire à une réduction importante des symptômes de l'anxiété chez les patients qui souffrent d'une dépression plus légère et chez les patients présentant des troubles

généralisés d'anxiété. Roccia et Rogora (1976) démontrent que l'utilisation simultanée de l'acupuncture systémique et de l'auriculothérapie peut produire un état de relâchement chez les patients qui présentent des désordres chroniques d'anxiété.

En plus, même si la majorité des études déjà faites sur le traitement de la dépression ont utilisé l'acupuncture systémique, les livres didactiques d'acupuncture française et chinoise indiquent que les points d'acupuncture auriculaire peuvent produire un effet positif contre la dépression tout aussi bon ou meilleur que l'acupuncture systémique. (Liu et Akira, 1994 ; Oleson, 1996).

En plus, l'auriculothérapie est plus acceptée par les patients quand on la compare à l'acupuncture systémique parce qu'elle produit moins de douleur et parce qu'elle n'exige pas autant de séances pour obtenir des résultats.

Les traitements contre la dépression sont fait, en général, par l'usage de médicaments psychiatriques, par la thérapie psychologique ou par la combinaison des deux. Toutefois, les patients n'ont pas toujours accès à ces traitements ou alors n'ont pas de motivation pour les suivre. Et cela sans compter les effets collatéraux de ces drogues.

Ces interventions sont associées à de coûts opérationnels élevés pour le système de santé. Une intervention optionnelle à coût réduit comme l'auriculothérapie et les techniques semblables pourrait être prise en compte dans le traitement efficace de la dépression. En plus, l'auriculothérapie est un traitement non verbal et de non confrontation, sans effets collatéraux qui peut être offert aux individus atteints de anxiété et dépression (Berman et al, 2003).

Pour ces raisons, nous préparons une étude qui compte déterminer si l'auriculothérapie peut réduire les états dépressifs.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons conduit une étude-aveugle aléatoire avec 56 patients âgés de 20 à 60 ans. La majorité des participants avait entre 30 et 50 ans (70%) dont 20% avait moins de 30 ans et 10% avait plus de 51 ans. Ainsi, les deux groupes ont eu dans la ligne de base des niveaux semblables de dépression et ont été exposés aux mêmes conditions dûes à

l'ambient. Un diagnostic clinique de dépression a été donné et le questionnaire de Hamilton nous a permis de l'évaluer et de constater qu'il n'y avait ni de rapports de maladies graves ni d'expérience antérieure avec l'acupuncture .

Les patients ont été partagés de façon aléatoire dans un groupe étude (n=29) et dans un groupe contrôle (n=27) sans aucune différence entre les groupes. Comme l'application de la méthode modèle établie de 8 à 12 séances pour le traitement initial avec acupuncture (Stux et Pomaranz, 1998), dans ce travail nous avons considéré comme un traitement complet, celui dans lequel les participants ont reçu 9 traitements ou plus.

L'étude considère 80% de femmes (n=37) et 20% d'hommes (n=19) ayant en moyenne 37,5 ans.

Les patients qui utilisaient des substances psychotropes ou des herbes ayant un éventuel effet contre la dépression ont été exclus de notre étude. Tous les patients inclus ont été informés sur cette étude et sur la possibilité de recevoir du placebo. Les participants ont été recruté pour un programme de 6 mois.

Nous avons informé aux participants que l'idée de l'étude était de comparer deux méthodes de traitement l'auriculothérapie, une prouvée cliniquement avec succès pour la dépression et l'autre sans action de points actifs pour la dépression.

Les deux méthodes ont été présentées comme ayant le potentiel d'être effectives grâce à la présence de points actifs dans l'hélix de l'oreille (Oleson, 1995).

Aussi bien le groupe étude que le groupe contrôle ont reçu des stimulations dans les deux oreilles.

Le choix des points auriculaires s'est basé sur le résultat effectif de chaque point et sur la jonction de tous. Le groupe d'étude a reçu des stimulations dans les points suivants :

a) ACTH : combat la dépression, le découragement et le manque de volonté, il travaille la tendance à reculer aisément face aux difficultés. On stimule la joie, l'humeur et l'animation. Lobule (MA- LO3).

b) Maître cérébral : l'autoconfiance, l'harmonie, il fait baisser l'anxiété nerveuse et les pensées de peur et négatives. Soulage le TOC (troubles obsessionnels compulsifs). Lobule (MA-LO6).

c) Shenmen de l'oreille : Il est un point maître de l'acupuncture de relâchement et a été cité dans les livres didactiques d'acupuncture chinois et français. Il réduit l'affliction et le désespoir, portail divin (divine gate). French wonder point. Il soulage l'anxiété, la tension et la dépression. Placé au milieu du sommet du fossé triangulaire, au centre de la zone(MA-TF1) .

d) Pre frontal cortex point : libère les douleurs d'affection, le système limbique. Extrémité de lobule (MA-LO).

e) Occiput : rend l'esprit tranquille. (MA-AT1) antitragus.

f) Posterior frontal lobe. (MA-PL7).

g) Le foie : point d'intérêt dans l'activité émotionnelle. Conque supérieure (MA-SC5).

h) Le triple réchauffer : pour les désordres psychomatiques des systèmes cardiovasculaire, respiratoire et digestif.(MA-IC4).

Le groupe de contrôle a reçu l'auriculothérapie bilatérale dans certains points d'acupuncture qui n'ont pas été cités jusqu'à présent comme ayant des effets antidépresseurs.

L'auriculothérapie a été faite avec des semi-permanentes et jetables de 1,0mm d'acier inoxydable. Pour la détermination des points auriculaires soit par moindre résistance électrique soit par haute conduction de la peau (technique française) nous avons utilisé l'équipement Agiscop DT numéro 2902 (Sedatelec-Français) détecteur électrique différentiel de 3<sup>e</sup> génération. Cet appareil fait deux mesures : par l'axe et par le tube qui entoure l'axe. Ces mesures sont comparées, et le système électronique de l'AGISCOP permet de savoir instantanément si la différence des deux mesures est significative donc pathologique. Dans ce cas l'appareil émet un bip sonore et le voyant lumineux clignote. Si l'on bouge, ne serait-ce que d'un demi-millimètre, le signal sonore s'éteint car on n'est plus sur le point pathologique (Rouxville). Les aiguilles sont restées

dans les oreilles des patients pendant deux semaines (14 jours) et retirées ensuite. Chaque séance du traitement a duré 60 minutes avec l'individu couché avec de la musique au fond. Les patients sont repartis au travail tout de suite après le placement des aiguilles et ont continué à accomplir les activités normales pendant les 14 jours suivants.

Pour suivre le progrès des patients, nous avons utilisé le Questionnaire de Hamilton. Cet instrument d'auto-rapport de la dépression contient 20 rubriques pour mesurer le degré de la dépression. Il est aussi utilisé pour mesurer les états de dépression transitoire, c'est-à-dire, le sentiment subjectif de l'humeur oscillante, de la culpabilité, de l'insomnie, de l'agitation, de l'anxiété, des symptômes paranoïaques, obsessionnels qui varient d'intensité et se modifient tout le temps. Le questionnaire mesure les différences individuelles à peu près stables dans l'inclination à la dépression, c'est-à-dire, les différences dans la tendance à éprouver des états de dépression. Les patients qui ont un grand nombre de caractéristiques de dépression sont portés à répondre aux situations menaçantes avec une importante augmentation des symptômes de la dépression. Au moment de recruter, les individus ont dû répondre à certaines questions pour compléter le questionnaire d'Hamilton et ils ont refait cela tous les 21 jours.

Étant donné que le système cardio-vasculaire répond vivement à une variété d'états de comportement et psychologiques, ces états sont utilisés comme des variables dépendantes dans les études de comportement destinées à provoquer des changements dans les niveaux de l'anxiété. Entre autre, ces états sont cités comme des indices physiologiques de stress en psychologie, en médecine de l'aviation et en anesthésie (Roscoe, 1978; Krantz et Falconer, 1995). La pression artérielle et le battement cardiaque ont été contrôlés toutes les semaines.

Les individus ont été questionnés à propos de changements survenus dans leur vie ou dans leur condition de travail pendant la période d'étude.

L'étude a été faite entre le mois d'août 2005 et janvier 2006 dans le Centro Médico Homeopático de Campinas – São Paulo- Brésil.

## RÉSULTATS

Par l'analyse des niveaux de la dépression fait grâce aux prise de mesures successives du test de Hamilton, nous avons démontré une importante différence dans les résultats des groupes.

Les résultats laissent voir que les patients du groupe d'étude ont ressenti une considérable diminution de la dépression et, cela, dès le premier mois(n=16) quand nous le comparons aux patients du groupe placebo (n=5).Les résultats finales sont : groupe d'étude (n=22/ 75,9 %) et groupe placebo(n=6/ 22,2 %).

Le groupe contrôle affirme éprouver plus d'anxiété phobique et une aggravation générale des symptômes de la dépression.

Le Questionnaire de Hamilton a confirmé que le groupe contrôle a ressenti une augmentation de la peur et une diminution du bien être physique et psychologique par rapport au groupe d'étude.

Il n'y a pas eu de différences importantes entre la pression systolique et la pression diastolique dans les deux groupes.

## DISCUSSION

Les participants du groupe étude qui ont utilisé des aiguilles semi-permanentes pendant 14 jours dans les points spécifiques de dépression ont constaté une diminution de l'état dépressif pendant la période d'utilisation.

Les patients ont parlé d'un bien être survenu une demi heure après le placement des aiguilles. Dans l'étude, nous constatons que l'auriculothérapie est une intervention positive pour réduire la dépression chez des sujets sans d'autres troubles de santé.

Cela est particulièrement important puisque est une technique d'application facile, digne, bon marché et sans d'effets collatéraux.

Le mécanisme neuro-physiologique de l'acuponcture sera responsable de la libération de sérotonine dans le système nerveux central (NIH, 1998) qui provoquera l'augmentation des niveaux de endorphines et de ACTH (hormone adeno-corticotroïde) et, par conséquent, une augmentation de cortisol dans les glandes surrénales. Cela

garantira l'effet bénéfique de l'acupuncture dans le traitement du stress et de la dépression. La montée des niveaux d'endorphines et de serotonines dans le liquide céphalorachidien des malades soumis à l'acupuncture devient essentiel pour la définition de l'état émotionnel (Akiyoshi, 1999 ; Ninan, 1999).

Nous n'avons pas retrouvé des altérations de la pression artériale et les battements cardiaques entre les deux groupes. Malgré le fait que l'accroissement de la dépression et de l'anxiété soit associé à l'augmentation physiologique de la réponse du stress (Krantz et Falconer, 1995), il n'est pas clair qu'il existe un rapport entre les niveaux de la dépression et certaines variables tels que la pression artérielle et les battements cardiaques (Wang et Kain, 2001).

Les résultats de notre étude suggèrent que l'auriculothérapie peut être un traitement efficace pour les individus atteints de niveaux élevés de dépression dans leur quotidien. Cependant, des études basées sur un plus grand nombre d'individus se font nécessaires.

Selon la pratique pharmaceutique, les effets collatéraux négatifs peuvent être partagés en deux catégories : type A – des effets directement liés aux caractéristiques pharmaceutiques du médicament : type B – des effets dûs à un mécanisme non pharmacologique tels que les systèmes d'immunité ou les réponses allergiques (Fass, 2000). Pour l'auriculothérapie, en parallèle aux effets du type A, des douleurs au moment de placer les aiguilles .

Quand les effets du type A sont observés, 19% des participants environ affirment avoir souhaité, à un moment donné, abandonner le traitement en raison des douleurs dûes à l'insertion. Néanmoins, ils ont résisté et ont terminé le traitement malgré la douleur.

Pour ce qui est des effets collatéraux positifs ici, comme en toute autre recherche en auriculothérapie (Berman, 2003) , nous avons rencontré une augmentation du nombre d'heures de sommeil pendant la nuit. Cette augmentation a été confirmée par 79,3% (n=23) des patients du groupe étude et par 29,6% (n=8) des patients du groupe contrôle.



## CONCLUSIONS

Le traitement avec l'auriculothérapie a eu un effet positif pour la diminution de la dépression nerveuse.

D'autres recherches sur l'application de l'auriculothérapie contre la dépression seraient importantes pour élucider ses effets antidépresseurs.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AKYOSHI, J. Neuropharmacological and genetic study of panic disorder serotonin receptor knockout mice. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi* 1999; 19:93-9.

ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine results of national study. *JAMA*, 1998; 280: 1548-53.

BERMAN, A. H.; LUNDBERG, U. Auricular acupuncture in prison psychiatric units. A pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106. (suppl. 412), 2003, 152 - 157.

BERMAN, A. H; LUNDBERG U.; KROOK A. L.; GYLLENHAMMAR C.; Treating drug using prison inpatient with auricular acupuncture, A randomized controlled trial *Journal of substance abuse treatment*, 26 (2004) 95-102.

BIRCH, S. Issues to consider in determining an adequate treatment in a clinical trial of acupuncture *Compl. Ther. Med.* 1997, 5: 8 -12.

BOURDIOL, R.J.; *Éléments d'Auriculotherapie*.Maisonneuve,1980.

CLEMENT-JONES, C.; McLAUGHLIN, L.; LOWRY, P.J.; BESSER, G.M.; REESE, L.H.; & WEN (1979). Increased beta-endorphin but not met-enkephalin levels in human cerebrospinal fluid after acupuncture for recurrent pain. *The Lancet*, 2, 380-382.

DAL MAS, W.D.,*Auriculoterapia* - São Paulo : Editora Roca, 2004.106 pp

EICH, H; AGELINK, MW; LEHMANN, E; et al. Acupuncture in patients with minor depressive episodes and generalized anxiety: results of an experimental study. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 2000; 68:137-44.

FASS (The Swedish Drug Compendium), 2000, Läkemedel i Sverige. (Pharmaceuticals in Sweden).Stockholm: Linfo Läkemedelsinformation AB.

GUREVICH, M.I.; DUCKWORTH, D.; IMHOF, J.E.; KATZ, J.L. Is auricular acupuncture beneficial in the inpatient treatment of substance- abusing patients? A pilot study. Journal of substance abuse treatment, vol. 13, n° 2, pp. 165 -171, 1996 - Elsevier science Inc. USA

HSU, DT; Acupuncture: a review. Reg Anesth,1996; 21:361-70.

JADAD A. R., MOORE R. A., CARROL D. et al Assessing the quality of reports of randomized clinical trials is blinding necessary? Contr. Clin. Trials 1996 17: 1-12.

KRANTZ, D.S.; FALCONER, J.J. Measurement of cardiovascular responses. In: Cohen S.,Kessler R, Gordon Underwood L., eds. Measuring stress. New York: Oxford University Press,1995:193-212.

LIU, G.; AKIRA, H. Fundamentals of acupuncture and moxibustion. Tianjin:Tianjin Science and Technology Translation and Publishing Corporation, 1994.

MAZZONI, R; MANNUCCI, E; RIZZELO, S.M.; Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. Eat Weight Desord 1999; 4:198-202.

NIH consensus development panel of acupuncture JAMA 1998; 280:1518-24 .

NINAN, P.T. The functional anatomy, neurochemistry and pharmacology of anxiety. J Clin Psychiatry 1999;60 (suppl 22):12-7.

NOGIER,P.F.M. Traité d'Auriculotherapie. Ed. Maisonneuve,1969. Sainte Ruffine, France, 331pp

NOGIER, P.M.F. Introduction pratique a l'auriculothérapie, SATAS S.A.,1997,Bruxelas ( Belgique),168pp

NOGIER, R. Introduction pratique à l'auriculomedicine- La photoperception cutanée. Éditions Haug International, 1993. Bruxelles,Belgica,145 pp

O'CONNOR, J.; BENKSY, D. Acupuncture: a comprehensive text. Chicago: Eastland, 1981.

OLESON, T. Auriculotherapy Manual: chinese and western system of ear acupuncture. 2nd edition.Los Angeles,CA:Health Care Alternatives,1996. 178pp

OLESON, T. International Handbook of ear reflex points Los Angeles: health Care Alternatives (1995). 239pp

ROCCIA, L.; ROGORA, G.A. Agopuntura e rilassamento.Minerva Med 1976;67:1918-1920.

ROMOLI,M;ALLAIS,G;GIOVANARDI,CM;MENNITI,F;IPPOLITO What are the most important factors in the evaluation of an adequate acupuncture treatment. Developing a possible scale to be used for systematic reviews on acupuncture Clinical Acupuncture and Oriental Medicine (2004) 4,109-113 2003.

ROMOLI, M; GIOMMI, A. Ear acupuncture in psychosomatic medicine: the importance of the Sanjiao (triple heater) area. Acupuncture Electrother Res.1993 Jul-Dec; 18 (3-4): 185-94.

RÖSCHKE, J; WOLF, C; GRÖZINGER, M; BECH, S; MÜLLER, M. J; WAGNER, P; MANN, K. The benefit from whole body acupuncture in major depression Science Direct -

Journal of Affective Disorders. Department of Psychiatry, University of Mainz, Germany  
(1998)

ROSCOE, A.H. Stress and workload in pilots. *Aviat Space Environ Med* , 1978;49:630-6.

SMITH, C.A. and HAY, P.P. Acupuncture for depression *Cochrane Database System Rev*, 2005;2 Journal, United Kingdom, Medline

SMITH F. W. K. Neurophysiologic basis for acupuncture *Problem in veterinary medicine*, 1992, 1: 34-52.

STUX, G., & POMERANZ, GSB. *Acupuncture: textbook and atlas* Berlin: Springer-Verlag, 1986.

STUX, G; & POMERANZ, B.(1998) *Basics of acupuncture*. (4th ed.). Berlin: Springer – Verlag.

ULLET, G.A., HAN, J-S. *Eletroacupuncture: mechanisms and clinical application*. *Biol Psychiatry* 1998; 44:129-38.

VINCENT, C; *Credibility assessment in trials of acupuncture*. *Complementary medicine research*, 4 (1), 8 – 11. (1990)

VINCENT, C., & FURNHAM, A. (1997). *Complementary medicine: A research perspective*. Chichester: John Wiley & Sons.

WANG, S.M.; KAIN, Z.N. *Auricular acupuncture: a potential treatment for anxiety*. *International Anesthesia research Society*, 2001; 92:548-53

WHITE A. R., ERNST E. *A trial method for assessing the adequacy of acupuncture treatment* *Alter. Therap*. 1998; 6: 66-71.

World Health Organization (1995) - *Guidelines for clinical research on acupuncture*. Manila: WHO Regional Office for Western Pacific.

Graphiques et tableaux.....	2
Introduction.....	3
Objectif.....	3
Analyse graphique des résultats.....	4
Analyse des données.....	6
Conclusions.....	8
Termes utilisés.....	8

## Graphiques e tableaux

### Graphiques

Graphiques 1 – Résultats de le premier mois de traitement.....	4
Graphiques 2 -.Résultats à la fin du traitement.....	4
Graphiques 3 - Résultats sur le augmentation de la durée du sommeil.....	5
Graphiques 4 - Distribution de l'âge dans l'enchantillon.....	5
Graphiques 5 - Distribution du sexe dans l'enchantillon.....	6

### Tableaux

Tableaux 1 – Tableaux des résultats de le premier mois.....	6
Tableaux 2 – Tableaux des résultats à la fin du traitement.....	6
Tableaux 3 – Tableaux sur l'augmentation de la durée du sommeil.....	8

### Introduction

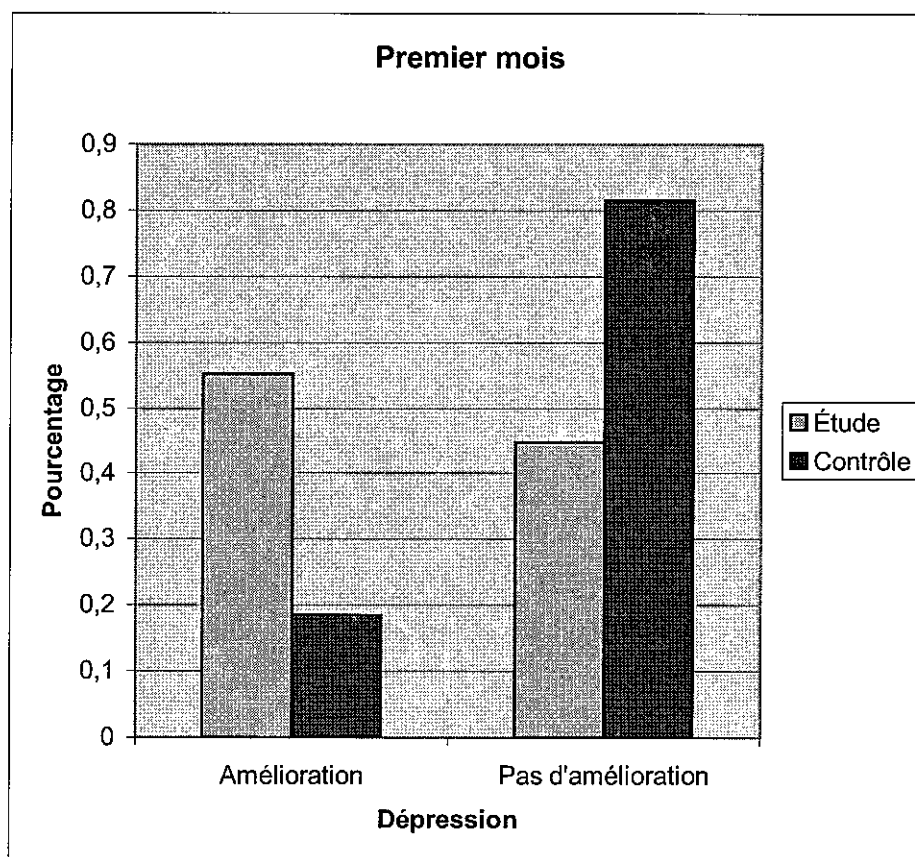
La depression est une maladie qui attaque un grand nombre de personnes dans le monde entier. C'est pour cela qu'il est nécessaire de chercher de nouvelles techniques qui seront capables de minimiser ou même éliminer le problème.

### Objectif

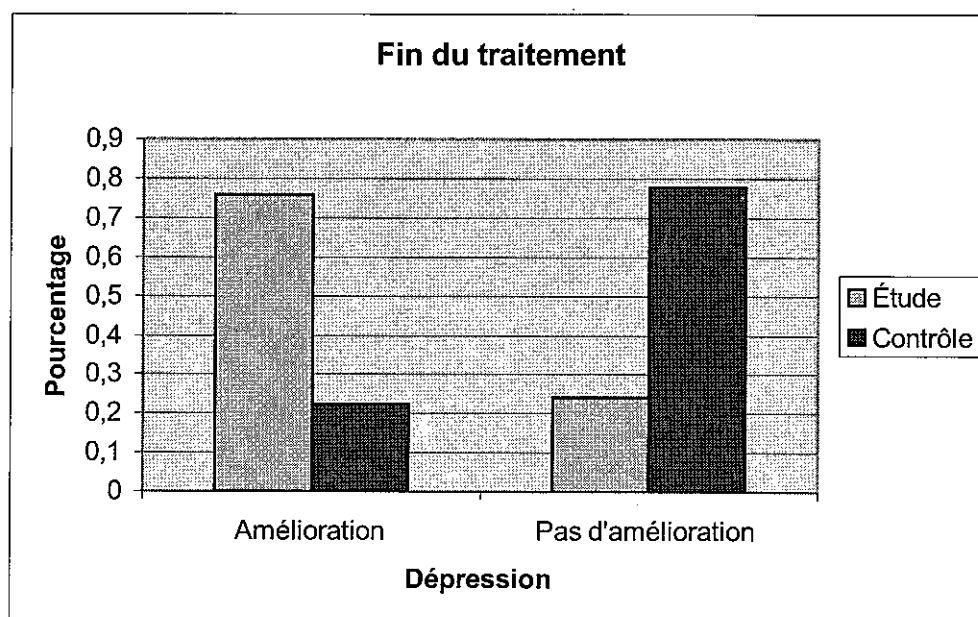
L' objectif de cette étude est de vérifier l' efficacité du traitement de personnes qui souffrent de dépression.

### Analyse graphique des résultats

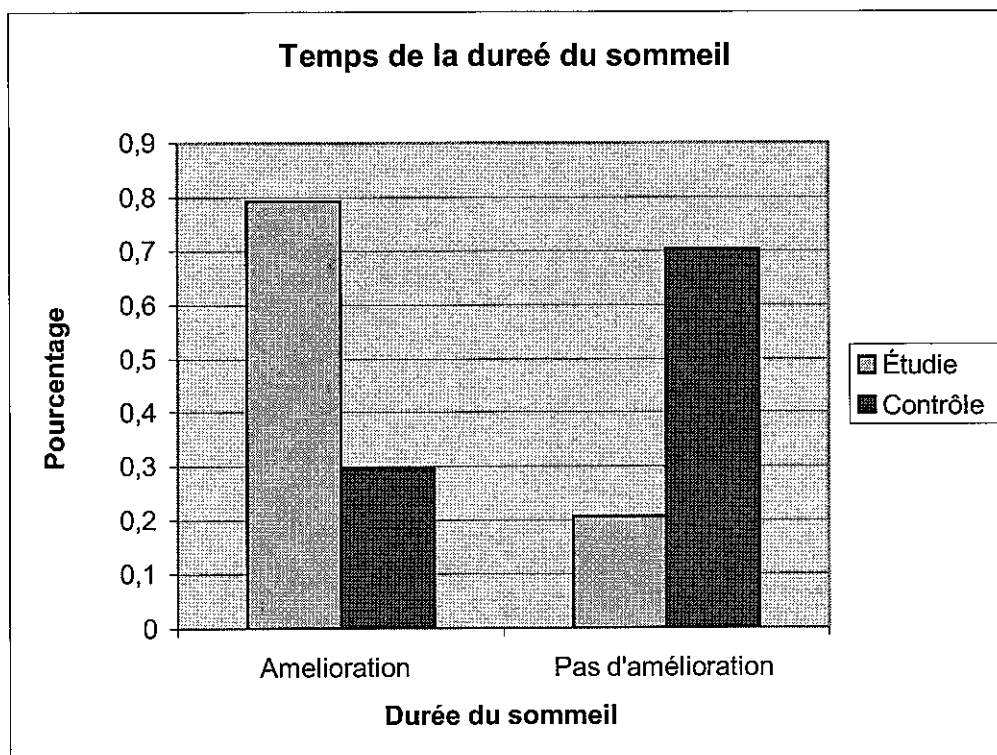
#### *Graphique 1*



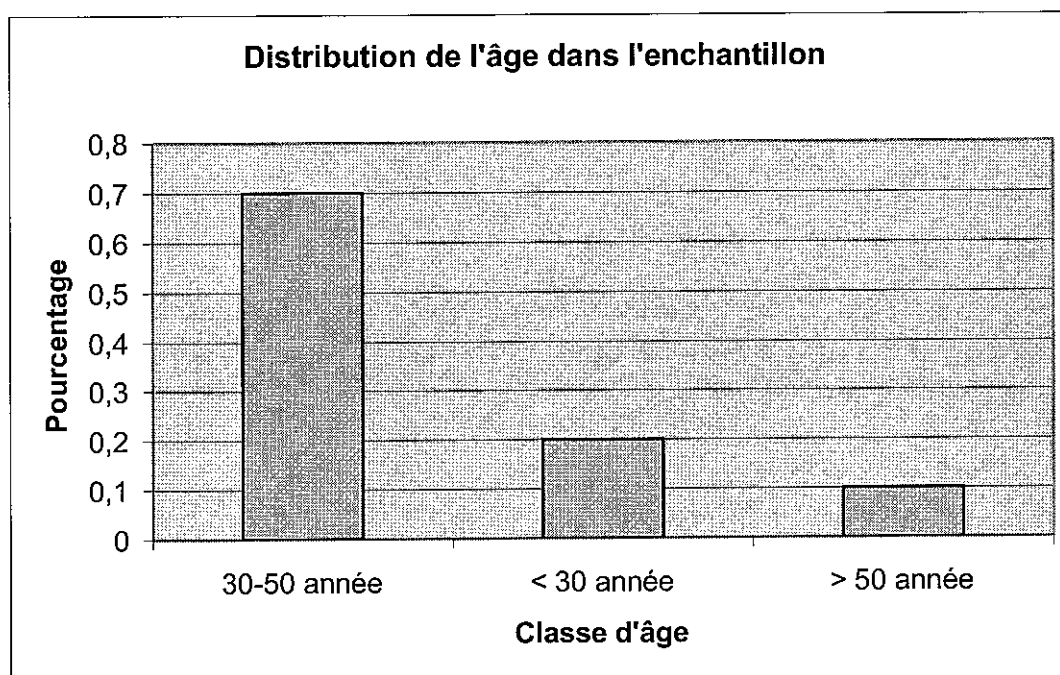
*Graphique 2*



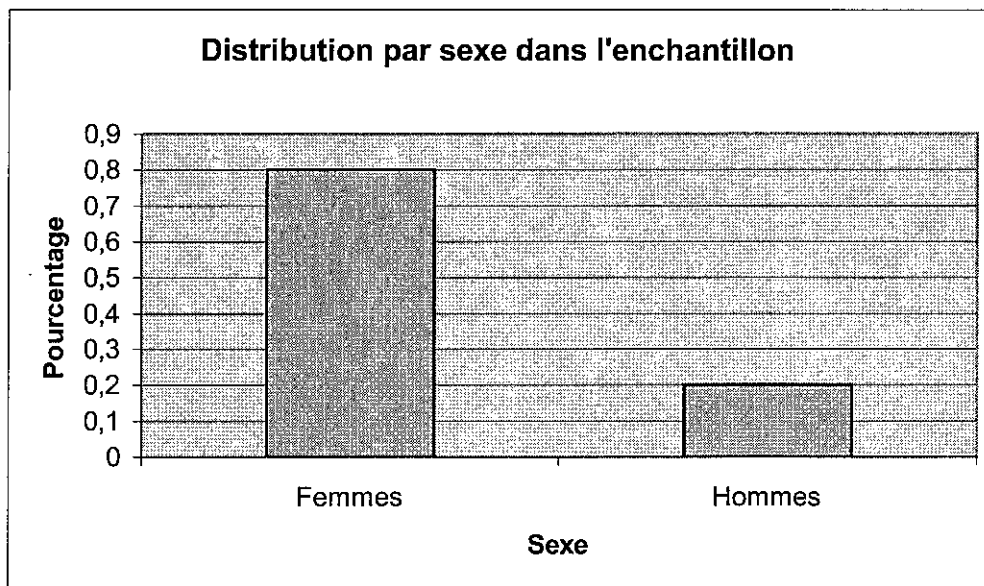
*Graphique 3*



Graphique 4



Graphique 5



## Analyse des Données

Nous allons initier les analyses avec les resultats suivants:

Tableau 1

<i>Premier mois</i>			
	Amélioration après traitement		
Groupe	Oui	Non	Total
Étude	16	13	29
Contrôle	5	22	27
Total	21	35	56

Tableau 2

<i>Résultat Final</i>			
	Amélioration après traitement		
Groupe	Oui	Non	Total
Étude	22	7	29
Contrôle	6	21	27
Total	28	28	56

Nous allons analyser l'efficacité du traitement après le premier mois de traitement avec l'utilisation du "Test qui-carré de Pearson" qui compare les deux hypothèses et, d'après cette comparaison, utilise la distribution qui-carré avec un certain degré de liberté pour fournir une valeur "p" qui nous dit si nous devons ou non rejeter l'hypothèse nulle. Dans notre cas, les hypothèses sont les suivantes:

Hypothèse nulle: il n'y a pas d'association entre le traitement et la reponse.

Hypothèse alternative: il existe une association entre le traitement et la reponse.

Dans le premier mois nous avons obtenu les résultats suivants: la valeur trouvée avec les calculs est de 8,0148, qui selon le tableau de qui-carré nous donne une valeur de "p" de 0,00464. Normalement les tests sont faits à un niveau signifiant de 0,05, c'est-à-dire, que si la valeur "p" trouvée est inférieure à 0,05 nous rejetons l'hypothèse nulle et ainsi, nous pouvons dire qu'à un niveau signifiant de 5% nous rejetons l'hypothèse selon laquelle il n'existe pas d'association entre le traitement et la reponse. À la fin du



traitement la valeur calculée est de 16,0918 ce qui équivaut à avoir une valeur de "p" de 0,00006, donc ce résultat est très significatif et donc nous rejetons l'hypothèse nulle revient au niveau de 5%.

Comme il s'agit d'une étude prospective, il est intéressant de mesurer quel est le risque relatif de l'étude. Avec l'application des calculs le risque relatif dans le premier mois est de 2,98 et le risque relatif à la fin du traitement est de 3,41. Nous concluons que l'utilisation de l'auriculotherapie avec 8 points recommandés pour la dépression est au moins 3 fois plus efficace que l'autre traitement utilisé dans le contrôle. L'intervalle avec 95% de confiance est de :

Premier mois: [1,2654 ; 7,0174]

Fin du traitement : [1,6357 ; 7,1085]

Cela montre alors que le traitement de l'étude peut être 7 fois plus efficace que le traitement utilisé dans le contrôle, ce qui veut dire qu'une personne atteinte de dépression qui utilise l'auriculotherapie a, dans le meilleurs des cas, 7 fois plus de chance de se récupérer.

Il a été trouvé un effet colatéral positif qui sera testé, soit l'augmentation de la durée du sommeil . Le tableau ci-dessous nous montre les résultats

Tableau 3

Augmentation du sommeil			
Groupe	Oui	Non	Total
Étude	23	6	29
Contrôle	8	19	27
Total	31	25	56

Hypothèse nulle: pas d'association entre traitement et réponse.

Hypothèse alternative: il y a une association entre le traitement et la reponse.

Le test qui-carré nous donne la valeur de 13,9788 ce qui équivaut à un valeur "p" de 0,000185, donc nous rejetons l'hypothèse nulle à un niveau de signification de 5%, cela prouve que l'usage du traitement de l'auriculotherapie augmente la durée du sommeil des personnes qui souffrent de dépression.

Comme il s'agit d'une étude retrospective, nous calculons la raison des chances de "Odds Ratio", que dans cette étude est de 9,1041. Donc, une personne qui souffre de dépression et utilise le traitement a 9 fois plus de chance qu'une autre, de voir la durée de son sommeil augmentée. L'intervalle avec 95% de confiance est de: [2,58 ; 37,0993], ce qui prouve que réellement les personnes qui reçoivent le traitement ont une augmentation significative de la durée du sommeil.

## Conclusion

Le traitement avec l'auriculotherapie a des résultats statistiques importants. Il nous montre l'efficacité du traitement auriculaire contre la dépression. Dès le premier mois, 55,17% des patients affirment avoir connu une amélioration des effets de la dépression. Ces résultats atteignent 75,86% à la fin du traitement contre 18,51% dans le premier mois et 22,22% pour le groupe contrôle à la fin du traitement. La difference de récupération des deux groupes peut être 7 fois meilleure pour le groupe d'étude par rapport au groupe contrôle. Il devient clair aussi l'existence d'un effet collatéral positif qui est l'augmentation de la durée du sommeil.

## Termes utilisés

*Valeur  $p$*  – est le plus petit niveau pour rejeter l'hypothèse nulle

*Risque Relatif* – risque de développer une condition particulière pour un groupe comparé à un autre. Cela est utilisé dans des études prospectives.

*Odds Ratio* – connu comme la raison des chances de "Odds Ratio", il compare la chance d'avoir une probabilité positive pour le groupe d'étude avec la chance d'avoir aussi une probabilité positive pour le groupe contrôle, cela est utilisé dans les études restrospectives.

Copyright Jean Goris, M.D., Germany

The results of today's medical science are impressive, yet the therapeutical effects show significant deficits in some areas. Medical thinking is always bound to paradigms. Historically, we observe a recurrent change in paradigms, respectively resulting in a new way of thinking about diseases and about the etiology of diseases, and entailing more efficient ways of treatment. The current morphological approach to diseases bases on findings in anatomy and histology in medieval times. We are currently undergoing a paradigm change, as noted by Recteur Pierre Magnin at a presentation in Scandinavia in 2005.

The philosophical perspective on the definitions of medical terms in psychiatry, as well as the consideration of the whole personality of a patient was marginalized with the successful introduction of psychopharmaceuticals in therapy. My contribution to the change in paradigms is a new approach to the treatment of psychological perturbances and diseases, basing on experience with such disorders in over 40 years.

Etiologically, I have found that these perturbances and diseases are caused by information distortion and blockages in the brain's information system. In case of depressions – endogeneous as well as symptomatic - we observe partial communication blockages between right and left brain; in cases of psychoses, we can safely assume communication distortions within left and right brain, and additionally between the two brains.

Therapy exclusively relies on giving information from outside in order to restore harmony in the brain's information system. In my therapy, this is done mainly by verbal and non-verbal intervention, auriculotherapy and Theralight. As Prof. Popp describes, the information system in the brain is a biophotone system that is immeasurably faster than the speed of light. In my therapy, biophotonic information is administered by instruments, i.e. Theralight and infra-red laser. I have applied this method successfully for more than fifteen years with impressive results.

This etiological form of treatment is a humanistic approach since it considers the patient's whole personality, not the symptoms of the disease. The contact between doctor and patient, both non-verbally and verbally, is predominant in this approach. Aim of any treatment is to relieve the patient of his difficulties, thereby granting him the freedom to decide his own fate. In the end, the patient can be integrated into the society.

When treating depressions, for the choice of therapeutical means the type of depression is irrelevant; the degree of difficulty, however, varies. Non-verbal contact is predominant; verbal contact plays a role only when the social factors that interfere with the therapy are analyzed and removed. Auriculomedical and Theralight therapy are pivotal for the treatment of depressions.

The treatment of psychosis – endogeneous and reactive – is much more complex, analogous to its etiology. My experience suggests treating the patients on a verbal and non-verbal level, the non-verbal and verbal contact being central. The most difficult cases of treatment are patients who are therapy-resistant against psychopharmaceuticals. Here, the first step is to have no communication at all, in order to prevent an aggressive reaction. When the therapist is accepted as non-aggressive by the patient, non-verbal communication can take place. The patient's reply will be verbal, which introduces the verbal communication between doctor and patient. Accompanying, auriculotherapy and Theralight are used.

Such treatment of psychological diseases addresses global biophotonic systems of information in the brain, and will harmonize them.

Psychological perturbations are usually treated verbally, that means by psychonanalysis and –therapy following Freud. Here, the paradigm change is characterized by using means of information therapy exclusively - auriculotherapy, and biophotone treatment with NextLaser and Theralight thereby playing a central role. Verbal and non-verbal intervention are irrelevant.

My treatment stimulates a physiological mechanism in the brain's communication system that induces dream activity as recognized by Freud.

The success of this new way of treatment is remarkable. In case of depressions it is possible in almost all cases to cure the patients within approximately two months without medication. Relapses are extremely rare. In the case of psychoses, the treatment allows reduction of the medication to a mere informative dosage. It corrects deficits in their personality structure and allows re-integration into the society. In case of informative treatment in the subconscious, we can expect to block the access to the destructive information stored in the subconscious.

This approach to psychological perturbances and diseases requires long-term experience on the doctor's side.

Auricoloterapia Posturale.

Studio Randomizzato in Doppio Cieco sull'efficacia della stimolazione auricolare negli  
squilibri posturali.

Authors

**Prof. Fabio Scoppa**

Professor of post-surgical rehabilitation,  
Scientific and educational coordinator,  
Master's Degree Course in Posturology  
1st Faculty of Medicine and Surgery,  
University "La Sapienza" in Rome,  
Via Guido Cavalcanti, 2 - 00152 Rome  
tel. 06/97274138, fax 06/5819860;  
e-mail: posturologia@uniroma1.it  
website: www.posturologia.biz

**Prof. Giuseppe Amadio Amabile**

Director of the Department of Neurology  
and Otorhinolaryngology,  
Director of the Master in Posturology,  
Director of the 11nd Chair of Neurology,  
1st Faculty of Medicine and Surgery,  
University "La Sapienza" in Rome,  
Viale dell'Università, 30 - 00185 Rome  
tel. 06/4451752  
e-mail: giuseppe.amabile@uniroma1.it

**ABSTRACT**

The AA wanted to verify with normalized stabilometry (Amplifon Svep model) the effects of Auriculotherapy upon the postural control of the subject.

After a long experimentation, specific auricular points were identified, for postural rebalancing (ATPS method, Scoppa 2006).

2 groups of patients suffering with muscular skeletal pains, in chronic phase, were subdivided randomly in 2 groups.

group A, 82 patients evaluated with stabilometry before and after postural Auriculotherapy

group B, 70 patients evaluated with stabilometry before and after administration of a placebo.

The research has evidenced statistically significant differences between group A and group B.

The stabilometric evaluation has confirmed what had been shown clinically: Auriculotherapy following the ATPS method is capable of modifying the postural control of the subject.

**KEY WORDS**

- Auriculotherapy
- Postural Control
- Stabilometric Examination
- Double Blind Randomized Study

## Acknowledgements

Many thanks for the precious suggestions given during the elaboration of the present research:

- Professor Piergiorgio Duca, Teacher of Methodology of the scientific research at the University of Milan
- Professor Giorgio Guidetti, Responsible for the Audio-Vestibology Service of the Local Health Unit of Modena.

## Index

1	
Introduction.....	5
1.1 Sample.....	5
1.2 Equipment.....	6
1.3 Execution Mode for the Stabilometric Examination .....	6
1.4 Analysed Variables.....	6
1.4.1 X average ( $\bar{X}$ ) - Y average ( $\bar{Y}$ ).....	6
1.4.2 Length (L) - Surface (S).....	7
1.5 Statistic Test.....	7
2 Data Analysis .....	8
2.1 Test ATPS.....	8
2.1.1 $\bar{X}$ .....	8
2.1.2 $\bar{Y}$ .....	9
2.1.3 L.....	10
2.1.4 S .....	11
2.2 Placebo Test .....	12
3 Conclusions and comments.....	16

## 1

## Introduction : aim of the research

Auriculotherapy is the utilization of the auricle for therapeutical purposes.

Discovered by Dr. Paul Nogier of Lyon in 1951, it has been recognized by the World Health Organization in the OMS meeting of Lyon in 1990

Since the discovery by Nogier, Auriculotherapy has been the object of several neurophysiological studies. Recently, Auriculotherapy has been proposed with the aim of reprogramming the Postural Tonic System (23): the term Postural Auriculotherapy defines the utilization of Auriculotherapy for the treatment of postural unbalances, through the stimulation of one or more auricular spots highly reflexogenic for the Tonic Postural System.

The purpose of this work is the assesment of the modifications induced by Postural Auriculotherapy according to Scoppa (ATPS) to the balance of the body in space and, thus, to the postural control. In order to do so, a study has been carried out, through stabilometric analysis, on a sample of subjects suffering with algic-dysfunctional pathologies of the locomotory apparatus (rhachialgiae, arthropathies) and postural unbalance evident to the clinical and stabilometric examination. The experimental ATPS group has been subjected to stabilometric examination before and after treatment with postural Auriculotherapy. The control group has been subjected to a stabilometric examination before and after the administration of a placebo. **Presenting this research**

we will then show the criteria with which the sample has been chosen, the procedure used to perform the examination and the collection of data, the equipment used, the method for the elaboration and analysis of the collected data, the results and the conclusion.

## 1.1 Sample

The analyzed sample consists in two groups:

- 1) *experimental group or ATPS* (82 subjects, of which 47 men and 35 women);
- 2) *control group or placebo* (70 subjects, of which 36 men and 34 women).

Both examined samples have an age comprised between 14 and 65 years. It has been chosen not to use subjects under the age of 14 because the development of the auricle, where the auriculotherapeutic stimulation takes place, is completed only after this age. **The samples have been chosen randomly**, as it was not known beforehand whether a person would be subjected to therapy or not. Moreover, **the research has been conducted in double blind**: patients did not know which kind of treatment was administered to them (therapy or placebo); two different persons have been employed for the collection and analysis of data, also in this case without them knowing whether the subjects had been treated with therapy or placebo.

## 1.2 Equipment

A stabilometric platform has been used for the collection of data, the board is a model S.V. and P., made by Amplifon, built according to the standard international norms (Normes 85) of the French Posturology Association (Association Française de Posturologie AFP). The platform is positioned on the floor and, before any measure is taken, the horizontality of the surface is assessed with a spirit level. The instrument is capable of supplying a series of output information like the personal details of the patient, date and time of examination, type of examination (for example: eyes open or closed, placebo, ATPS), a part from the variables that are of interest to us in order to evaluate the effects of therapy and that will be described further on.

## 1.3 Execution Mode for the Stabilometric Examination

The platform is located in a specific room, with dim illumination in order not to disturb the patient: according to the indications given by the AFP, lighting should be approximately of 200 lux. The sampling rate of the instrument is of 5 Hz and the length of acquisition is of 51.2 seconds.

The wall in front of the board is free from objects that may distract the patient, a monitor presenting a white vertical line on black background is used as a visual target. The foveal visual centre is at approximately 90 cm.

The exam is carried out without shoes and the patient is in the Romberg position, this consists in taking a standing position with the arms along the body, the feet are positioned according to the guides present on the board and toes are kept open at 30°. The patient is also invited to maintain a relaxed position and normal breathing, the weight of the body should be equally distributed on both feet, the mouth should be kept lightly closed, the patient should remain silent and focused on the white line on the monitor.

The patient is first examined with open eyes then with closed eyes. If the subject wears an habitual prescription the measure is taken with and without glasses, although in this analysis only those without glasses have been taken into consideration. In a second phase the same measures with open and closed eyes have been taken after ATPS. In the same manner, measures after placebo have been taken in a second time.

## 1.4 Analyzed variables



The stabilometric examination allows the obtainment of a series of important output information regarding the patient. Among them, those utilized to study the effectiveness of Postural Auriculotherapy according to Scoppa, are listed and described below.

#### 1.4.1 $\bar{X}$ Average ( $\bar{X}$ ) - $\bar{Y}$ Average ( $\bar{Y}$ )

The variable  $\bar{X}$  represents the lateral average shift (right-left) of the pressure centre of the patient. These movements are detected by the abscissa axis X.

In the same manner, the variable  $\bar{Y}$  shows the average antero-posterior movement of the pressure centre, detected by the axis of the ordinates y.

#### 1.4.2 Length (L) - Surface (S)

The variable L represents the total length of the tracking, meaning the length of the path of the pressure centre during the stabilometric recording phase.

This parameter goes by the name of *length of the statokinesigram* and is linked to the energetic consumption necessary to the maintenance of the standing position: smaller length corresponds to less consumption.

The variable S identifies the surface of the ellipse of confidence that contains 90% of the positions sampled from the pressure centre and gives information regarding the precision of the system: the smaller the surface, the higher the accuracy.

These two parameters are little correlated between them, given, as can be easily guessed, that inside one same surface the pressure centre could have shifted only a little, having thus covered a short path, or viceversa, could have shifted covering long tracks.

### 1.5 Statistic Test

The test performed to evaluate the effects of Postural Auriculotherapy according to Scoppa is a T test by Student for double ended coupled data.

The test consists in considering the difference between each of the above mentioned parameters as obtained after ATPS or after placebo, and the relative original measures.

The analysis of these parameters allows us to establish whether the differences between the variables taken into consideration are significant, and accordingly whether therapy has changed the postural balance of the subject, or, on the contrary, if the differences are not significant, thus showing that therapy hasn't had any effect.

A double ended test has been chosen because it is interesting to detect the variations of the examined parameters in both directions, which, in any case show a new postural strategy of the subject and a re-elaboration of the bodily scheme. Moreover, other researchers have noticed a deterioration of the stabilometric parameters, such as length and surface, immediately after a postural re-programming therapy, followed, in the successive months, by a meaningful improvement. This might be due to the fact that, with an effective postural therapy, what is obtained at the beginning is a destructure of the dysfunctional motor and postural schemes and, thus, of the adaptations and compensations adopted by the organism, while successively a re-programming of the postural balance takes place.

## 2 Data Analysis

The results obtained using the test t for double ended coupled data will be described and commented in this paragraph. The test has been used to assess the effects of ATPS on

each of the four stabilometric parameters taken into consideration, both with open and closed eyes examination.

## 2.1 ATPS Test

Following, for each of the different quantities are listed the average values and the relative standard deviations, parameter  $t$  and the probability  $P$  associated to it, before and after ATPS. The probability  $P$ , just mentioned, allows us to establish the level of significance of the test at 5 or 1%.

For this analysis only the sample of subjects that has undergone therapy has been taken into consideration (82 patients).

### 2.1.1 $\bar{X}$

The variable  $\bar{X}$  describes the lateral shifts (right-left) of the subject and is measured in millimeters (mm).

#### $\bar{X}$ Open Eyes

X initial average	$\bar{X}_{OE}^{in}$	1,94
X average after ATPS	$\bar{X}_{OE}^{ATPS}$	3,01
Difference $\bar{X}_{OE}^{in} - \bar{X}_{OE}^{ATPS}$	$d$	1,07
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	0,58
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	1,85
Probability	$P$	6,8%

As can be observed,  $\bar{X}_{OE}^{ATPS} > \bar{X}_{OE}^{in}$ . This could lead to think that, following therapy, the parameter  $X$  has tendency towards deterioration. Actually, performing a double ended test  $t$  with  $\tilde{n} = N - 1 = 81$  degrees of freedom, a value for  $t$  can be obtained to which a probability  $P = 6,81$  is associated, that, although just by a little, is greater than the level of significance of 5%. This shows that the two sample averages can be considered as belonging to the same population, thus therapy has not modified parameter  $X$ , either negatively or positively.

#### $\bar{X}$ Closed Eyes

X initial average	$\bar{X}_{CE}^{in}$	2,36
X average after ATPS	$\bar{X}_{CE}^{ATPS}$	2,44
Difference $\bar{X}_{CE}^{in} - \bar{X}_{CE}^{ATPS}$	$d$	-0,08
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	5,74
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	-0,13
Probability	$P$	89,4%

Also by performing the measurements with closed eyes, a probability  $P$  can be obtained which is much greater than 5%, this leads us to the conclusion that the difference between the values of the two averages is not significant, but rather due to statistic

fluctuations. This confirms the previous case results, meaning, therapy does not modified this parameter.

### 2.1.2 $\bar{Y}$

The variable  $\bar{Y}$  describes the antero-posterior shifts of the patient and is measured in millimeters (mm).

#### $\bar{Y}$ Open Eyes

Y initial average	$\bar{Y}_{OE}^{in}$	-38,69
Y average after ATPS	$\bar{Y}_{OE}^{ATPS}$	-40,72
Difference $\bar{Y}_{OE} - \bar{Y}_{OE}^{ATPS}$	$d$	2,02
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	8,41
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	2,18
Probability	$P$	3,2%

In this case to the value observed is associated a probability  $P = 3,2\%$  inferior to 5%. This probability is too low, so the hypothesis that the two sample averages could belong to the same population (void hypothesis) is to be refused. Therefore therapy can be considered to be effective in modifying significantly the average antero-posterior position of the pressure centre.

#### $\bar{Y}$ Closed Eyes

Y initial average	$\bar{Y}_{CE}^{in}$	-37,48
Y average after ATPS	$\bar{Y}_{CE}^{ATPS}$	-40,71
Difference $\bar{Y}_{CE} - \bar{Y}_{CE}^{ATPS}$	$d$	3,32
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	8,55
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	3,42
Probability	$P$	0,1%

Performing Student's test for the variable  $\bar{Y}$  in closed eyes mode, a very low probability is obtained, inferior to 1%. This allows us to conclude that the void hypothesis is to be refused also at the significance level of 1% and that therapy has therefore had highly significant effects upon the variation of this parameter, that, as known, has a specific proprioceptive meaning.

### 2.1.3 $L$

Variable  $L$ , measured in millimeters, allows us to assess the length of the statokinesigram, meaning the length of the path covered by the pressure centre during the stabilometric recording.

#### $L$ Open Eyes

$L$ initial	$L_{OE}^{in}$	319,79
$L$ after ATPS	$L_{OE}^{ATPS}$	304,93

Difference $L_{OE}^{in} - L_{OE}^{ATPS}$	$d$	14,86
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	59,83
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	2,25
Probability	$P$	2,7%

Student's test for the variable  $L$  provides a value for  $t$  to which a probability  $P = 2,7\% < 5\%$ . This result tells us that the difference between the two sample averages is significant at the 5% level. Particularly, being  $L^{ATPS} < L^{in}$ , we may conclude that Postural Auricolotherapy according to Scoppa has had significant effects upon the economy of the system.

#### $L$ Closed Eyes

$L$ initial	$L_{CE}^{in}$	534,18
$L$ after ATPS	$L_{CE}^{ATPS}$	472,84
Difference $L_{CE}^{in} - L_{CE}^{ATPS}$	$d$	61,35
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	128,03
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	4,34
Probability	$P$	<1%

For the measurements taken with closed eyes, the test provides a very low value of the probability ( $P < \%1$ ), confirming the effectiveness of therapy. The result obtained in this case is highly significant; furthermore it can be observed that the difference  $d$  results greater compared with the open eyes case. This confirms the validity of ATPS at the proprioceptive level above all, in fact with closed eyes the visual receptor is eliminated, therefore, proprioceptive function acquires specific importance.

#### 2.1.4 $S$

This last parameter taken into consideration measured in square millimeters ( $mm^2$ ), represents the surface of the ellipse of confidence containing 90% of the positions sampled from the pressure centre.

#### $S$ Open Eyes

$S$ initial	$S_{OE}^{in}$	153,16
$S$ after ATPS	$S_{OE}^{ATPS}$	148,71
Difference $S_{OE}^{in} - S_{OE}^{ATPS}$	$d$	4,45
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	95,11
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	0,42
Probability	$P$	67,5%

The value of the probability obtained for the variable  $S$  is very high ( $P >> 5\%$ ). For this reason the hypothesis that the two sample averages may belong to the same population is not to be refused. This means that the result  $S_{OE}^{ATPS} < S_{OE}^{in}$  cannot be attributed to therapy, but just to statistic fluctuations.

## S Closed Eyes

S initial	$S_{CE}^{in}$	302,36
S after ATPS	$S_{CE}^{ATPS}$	287,84
Difference $S^{in} - S_{CE}^{ATPS}$	$d$	14,52
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	228,15
Specimen dimension	$N$	82
Test	$t$	0,58
Probability	$P$	56,7%

In this last case also, the average value of parameter S measured after ATPS is inferior compared to the initial one, but the very high value of the probability indicates a scarcely significant result.

## 2.2 Placebo Test

Following are the results obtained performing Student's test on a sample made by 70 patients subjected, after an initial measurement, to placebo. This consists in having the patient observe, while in the Romberg position, an intermittent red light, 5 seconds at low frequency and 5 at double frequency. The light comes from a led positioned at eye level at a distance of approximately one meter. This procedure, proposed to the patient as therapy, does not result in having any effect or correlation with the postural control of the subject, as confirmed by the results of the present research.

### X Open Eyes

X initial average	$\bar{X}_{OE}^{in}$	4,05
X average after Placebo	$\bar{X}_{OE}^{Plcb}$	3,64
Difference $\bar{X}_{OE}^{in} - \bar{X}_{OE}^{Plcb}$	$d$	0,40
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	3,60
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	0,93
Probability	$P$	35,5%

### X Closed Eyes

X initial average	$\bar{X}_{CE}^{in}$	3,86
X average after Placebo	$\bar{X}_{CE}^{Plcb}$	3,15
Difference $\bar{X}_{CE}^{in} - \bar{X}_{CE}^{Plcb}$	$d$	0,71
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	4,01
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	1,48
Probability	$P$	14,7%

### Y Open Eyes

Y initial average	$\bar{Y}_{OE}^{in}$	-36,94
Y average after Placebo	$\bar{Y}_{OE}^{Plcb}$	-38,22
Difference $\bar{Y}_{OE} - \bar{Y}_{OE}^{Plcb}$	$d$	1,29
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	5,75
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	1,87
Probability	$P$	6,6%

### Y Closed Eyes

Y initial average	$\bar{Y}_{CE}^{in}$	-35,77
Y average after Placebo	$\bar{Y}_{CE}^{Plcb}$	-37,11
Difference $\bar{Y}_{CE} - \bar{Y}_{CE}^{Plcb}$	$d$	1,34
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	6,13
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	1,82
Probability	$P$	7,4%

### L Open Eyes

L initial	$L_{OE}^{in}$	301,38
L after Placebo	$L_{OE}^{Plcb}$	305,83
Difference $L_{OE}^{in} - L_{OE}^{Plcb}$	$d$	-4,45
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	59,16
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	-0,63
Probability	$P$	53%

### L Closed Eyes

L initial	$L_{CE}^{in}$	504,98
L after Placebo	$L_{CE}^{Plcb}$	480,99
Difference $L_{CE}^{in} - L_{CE}^{Plcb}$	$d$	23,99
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	100,77
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	1,99
Probability	$P$	5,1%

### S Open Eyes

S initial	$S_{OE}^{in}$	137,59
S after Placebo	$S_{OE}^{Plcb}$	144,27

Difference $S^{in} - S_{OE}^{Plcb}$	$d$	-6,68
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	93,89
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	-0,60
Probability	$P$	55,3%

### s Closed Eyes

$S$ initial	$S_{CE}^{in}$	247,34
$S$ after Placebo	$S_{CE}^{Plcb}$	250,39
Difference $S^{in} - S_{CE}^{Plcb}$	$d$	-3,05
Standard Deviation	$s_{\bar{d}}$	115,57
Specimen dimension	$N$	70
Test	$t$	-0,22
Probability	$P$	82,7%

As can be observed, Student's test, performed after placebo, both with closed and open eyes, provides probability values greater than the confidence level of 5%. This indicates that the sample averages of all studied variables, belong to the same population. In other words, differences between the two averages are due to statistic fluctuations only, thus, as we expected, placebo has had no effect upon patients.

## 3

## Conclusions and comments

The purpose of this work is that of evaluating the effects of Postural Auriculotherapy according to Scoppa upon the balance of the body in space, and consequently upon postural control. In order to do so, a double blind research has been carried out with stabilometric examination over a sample of patients affected by algic-dysfunctional pathologies of the locomotory apparatus (rachialgiae, arthropathies) and postural dysequilibrium, evident upon clinical and stabilometric examination. Both therapy and placebo have been administered to the sample randomly. For each patient, lateral ( $\bar{X}$ ) and antero-posterior ( $\bar{Y}$ ) shifts of the pressure centre have been analysed, together with tracking of the pressure centre ( $L$ ) and the surface of the ellipse that covers 90% of the positions sampled ( $S$ ). Measures have been taken both with open and closed eyes. The test used for the statistic analysis is a test  $t$  by Student for double ended coupled data. This because we are interested in verifying the variations of the examined parameters in both directions, which, anyway, show a new postural strategy by the subject and a rielaboration of the bodily scheme. The data analysis obtained for the sample subjected to placebo confirms, as expected, the ineffectiveness of this treatment in modifying the examined parameters. As far as the sample subjected to Postural Auriculotherapy is concerned, the test, on the contrary, allows us to verify a significant variation of parameters  $\bar{Y}$  and  $L$ , although no significant alterations have been detected in parameters  $\bar{X}$  and  $S$ .

**The results of this stabilometric research confirms what already evidenced clinically: Postural Auriculotherapy is capable of modifying in a significant way the balance of body in space.**

The conclusions previously related can be briefly commented as follows.

The modification of the length, both in excess and in deficit, indicates that therapy acts upon the energetic consumption for postural control: likely, in a first time dismantling the old postural scheme and successively reducing the consumption of energy thus optimizing the system.

**The significant variation of parameter length, indicates that Auriculotherapy is capable to optimize the energetic consumption of the Postural Tonic System. The significant modification of Y average indicates that therapy is capable to change the balance of the body on the sagittal plane: therefore it acts upon the flectors-extensors movement of the proper postural musculature.** Specifically, Auriculotherapy is capable of shifting backwards the centre of gravity in patients with the scapular plane anteriorized with respect to the gluteal plane, a very frequent condition (more than 70% of observed cases) of postural unbalance, and particularly disadvantageous from the biomechanical point of view. The altered load, anteriorly unbalanced, predisposes patients with anterior scapulum to a series of typical postural disorders: lumbalgiae associated with contractures and stiffness (typical is the lumbar bar pain), cervico-dorsalgiae, metatarsalgiae, trochanteritis and femur-rotula dysfunction. The usefulness of a procedure that, like ATPS, helps the repositioning of the centre of gravity, can be guessed.

Finally, creating a subgroup with the worst patients, which means we exclude the relatively centred patients, Auriculotherapy gives even better results, evident in all examined parameters (Surface, Length, Xaverage, Yaverage). Coherently with our previous researches ( Scoppa e Guidetti, 2002; Costa, 2004), we therefore observe that **in the presence of a great postural unbalance, Auriculotherapy provides the best and more significant results.**

All in all, the clinical and stabilometric monitorings leave us to suppose that **Auriculotherapy favours the choice for a new postural strategy.**

The new information (Postural Auriculotherapy), included in a dynamic non linear system, as is the postural system, interacts with the subject's bodily scheme, producing a readjustment of the intersegmentary relations and a normalization of the musculo-fascial tensions (Scoppa, 2006).

## References

- [1] BASAR E., Chaos in Brain Function. Springer-Verlag, Berlino, 1990
- [2] BOIS E., Les trois Niveaux de Signification du Chaos Dynamique. Revue des Questions Scientifiques 2001; 172(2): 105-16
- [3] BOSSY J., Basi neurobiologiche delle riflessoterapie. Masson, Milano, 1977
- [4] BOURDIOL R. J. Eléments d'Auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins lès Metz, 1980
- [5] BRICOT B., Etude de l'efficacité du traitement des zones de projection des commissures inter-hémisphériques dans les troubles de l'équilibre et objectivation en stabilométrie. IIIème Symposium International d'Auriculothérapie et d'Auriculomédecine. GLEM, Lyon, 2000, 112-123
- [6] CANNELLI G., Metodologie Sperimentali in Fisica, Edises, Napoli 2004
- [7] CECCALDI J., Apport de la Podométrie électronique dans l'Etude du Facteur Podal des Troubles de la Posture, Thèse fac. méd., Marseille, 1988
- [8] CESARINI A., ALPINI D., Terapia delle Vertigini e del Disequilibrio: il Metodo MCS, Springer-Verlag Italia, Milano, 2000
- [9] COSTA M. , Valutazione stabilometrica degli effetti dell'Auricoloterapia Posturale secondo Scoppa. Tesi Master in Posturologia, 1ª Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università La Sapienza di Roma, 2004
- [10] GAGEY P. M., WEBER B., Posturologie, régulation et dérèglements de la Station Debout. Masson, Paris, 2004



- [11] GROBGLAS A. , LEVY J. , Traité d'acupuncture auriculaire. Maloine S.A. Editeur, Paris, 1986
- [12] GUIDETTI G., Stabilometria Clinica. Istituto di Clinica Otorino-laringoiatra, Università di Modena, 152, 1989
- [13] GUIDETTI G., MARCHIONI D., Vestibolo e Sport. Edizioni Martina, Bologna, 2002
- [14] LECLERC B., Auriculomédecine. Contribution personnelle a une histoire en marche. GLEM , Lyon, 1998
- [15] LECLERC B., Auriculothérapie. Traité d'acupuncture auriculaire. /V<sup>e</sup> Edition. GLEM , Lyon, 2004
- [16] LENZ A., Bibliographie d'acupuncture auriculaire. Glem, Lyon, 2000
- [17] LORENTZ E., Deterministic Nonperiodic Flow, Journal of Atmospheric Sciences 1963; 20: 130-41
- [18] LORENTZ E., Predictability: Does the Flap of a Butterfly Wings in Brasil Set of a Tornado in Texas?, Proceedings American Assosiation for the Advancement of Science in Washington, 1979
- [19] NOGIER P.M.F., Traité d'Auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte Ruffine, France, 1969
- [20] NORMES 85, 75012 Paris Association Fran«caise de Posturologie, 12 avenue Corbéra, 1985
- [21] SASAKI O., USAMI J., GAGEY P.M., MARTINERIE J., LE VAN QUYEN M., ARRANZ P., Role of Visual Input in Nonlinear Postural Control. Experimental Brain Research 2002; 147:1-7
- [22] SCOPPA F., Aggiornamenti Scientifici in Tema di Posturologia, 2006; website: [www.posturologia.biz](http://www.posturologia.biz)
- [23] SCOPPA F., Lineamenti di Auricoloterapia,. Dal Trattamento del Dolore alla Riprogrammazione Posturale, Martina Ed., Bologna, 2006
- [24] SCOPPA F., Posturologia e schema corporeo. Attualità in Terapia Manuale e Riabilitazione, 4, 5-16, 2001
- [25] SCOPPA F., Posturologia: il modello neurofisiologico, il modello bio-meccanico, il modello psicosomatico. Otoneurologia 2000, 9, 3-13, 2002
- [26] SCOPPA F., Posturologia: dalla dinamica non lineare alla transdisciplinarietà. Otoneurologia 2000, 15, 28-47, 2003
- [27] SCOPPA F., AMABILE G., Stabilometric evaluation of the effects of auriculotherapy on postural control. Double blind randomized study. ISPGR – International Society for Postural and Gait Research. XVII<sup>th</sup> Conference – Marseille, 2005. GAIT & POSTURE, 21, 1, S133, 2005.
- [28] SCOPPA F., GUIDETTI G., Auricoloterapia e approccio terapeutico integrato in posturologia. Studio clinico e stabilometrico. VII Congresso Internazionale SIRER (Société Internationale de Recherche et d'Etudes sur le Rachis), Ischia, 3-5 ottobre 2002
- [29] TAYLOR J. R., Introduzione all'Analisi degli Errori, Zanichelli, Bologna 1999

**EXPÉRIMENTATION RÉALISÉE EN 2006, À L'AIDE DE SABOTS DYNAMOMÉTRIQUES  
UTILISÉS EN SITUATION INSTABLE, ET DESTINÉS À METTRE EN ÉVIDENCE,  
L'ACTION DES TRAITEMENTS POSTURAUX ET DE LEURS COMPLÉMENTS PAR  
CORRECTION DES POINTS AURICULAIRES CORRESPONDANT AUX COMMISSURES  
INTER-HÉMISPHÉRIQUES. – Dr. Bernard BRICOT**

**Docteur Bernard BRICOT**

**255 C Avenue du Prado 13008 - Marseille**

**France**

**Introduction**

**L'individu debout, oscille dans l'espace suspendu au sol par ses pieds. Différentes formations centrales et périphériques interviennent dans la genèse de l'équilibre. Les fibres commissurales interviennent dans la gestion des échanges droite/gauche.**

**BUT**

**Le but de cette expérimentation est double : vérifier le résultat des techniques de reprogrammation posturale, mais aussi de vérifier les effets du traitement des zones auriculaires qui correspondent aux formations commissurales, sur l'équilibre du corps dans l'espace.**

**Plus spécifiquement, les points traités sont les zones de projection :**

- du corps calleux (corpus callosum),
- de la commissure blanche antérieure (commissura anterior),
- de la commissure blanche postérieure (commissura posterior).

**La reprogrammation posturale.**

**Le système postural est un système multimodal qui prend ses informations auprès de différents capteurs. C'est généralement et principalement le dérèglement de ces différents capteurs qui est à la base des déséquilibres de ce système et des asymétries morphostatiques qui le caractérisent.**

**Le posturologue doit donc agir en quatre temps :**

- tout d'abord, analyser les asymétries musculo-squelettiques du patient ;
- puis vérifier les différents capteurs dérégés ainsi que les erreurs de calibration des schèmes de base ;
- ensuite, corriger ces capteurs ;
- enfin, neutraliser les obstacles à cette reprogrammation (raccourcissement d'un membre inférieur, blocages hors système, microgalvanismes, etc.).

**Ce concept et cette technique ont été appelés : "la reprogrammation posturale globale,®".**

L'acupuncture auriculaire.

**Dans tous les cas elle complète la reprogrammation posturale par le traitement des zones correspondantes aux commissures inter-hémisphériques qui sont systématiquement impliquées en cas de troubles posturaux.**

L'outil d'analyse : les sabots dynamométriques (M. Ouaknine).

**Utilisés en situation instable ils permettent d'analyser les oscillations posturales d'un individu debout sur un plateau à bascule (plan cylindrique : formé par un segment de cylindre), les yeux ouverts et les yeux fermés et ainsi d'avoir une idée sur son équilibre, son système postural ainsi que sur ses stratégies de compensation.**

**Le plateau est instable dans le plan antéro-postérieur (tangage).**

**Ces sabots dynamométriques permettent d'étudier dans le temps les variations de position du centre des pressions qui peut être assimilé à la projection au sol du centre de gravité du corps. Les tracés ainsi obtenus seront à la base de l'analyse de différents paramètres.**

**Les mesures principales retenues sont les suivantes : surface (S), longueur (L), longueur en fonction de la surface (LFS), la vitesse moyenne (VIT), ainsi que l'écart type de la vitesse (VAR VIT).**

**Ces mesures sont faites dans deux situations différentes : Yeux Ouverts (YO) et Yeux Fermés (YF).**

Toutes les variables dépendantes ont fait l'objet d'analyses statistiques afin de vérifier les hypothèses suivantes :

**Les hypothèses positives, si les occurrences négatives ne sont pas retenues, seront les suivantes :**

- **La reprogrammation posturale modifie de façon significative, les principaux paramètres stabilométriques pertinents dans l'analyse posturale.**
- **Cette modification se fait dans le sens de l'amélioration des scores posturaux.**
- **Le traitement auriculaire modifie de façon significative, les principaux paramètres stabilométriques pertinents dans l'analyse posturale.**
- **Cette modification se fait dans le sens de l'amélioration des scores posturaux.**
- **Donc, l'équilibre postural est également modifié par le traitement auriculaire qui potentialisent l'action de la reprogrammation Posturale globale.**

## **MÉTHODOLOGIE.**

**Cette étude a été réalisée sur un ensemble de 27 patients présentant des pathologies du système locomoteur et/ou de l'équilibre. Ces pathologies sont, dans une très forte proportion, des douleurs rachidiennes et rhumatismales ; les autres patients présentaient également : soit des signes d'instabilité posturale, soit des équivalents mineurs de vertiges.**

**Le traitement premier consiste à reprogrammer le système postural par correction du pied, de l'œil et des raccourcissements des membres inférieurs, suivant les techniques du Collège International d'Étude de la Statique (C.I.E.S.).**

**Ensuite les points auriculaires sont recherchés au niveau des deux tragus.**

**Dans la plus grande majorité des cas ont été retrouvés :**

- le point O' (projection du corps calleux) sur le tragus de la latéralité ;**
- les points des commissures blanches antérieure et postérieure du côté opposé ;**

**rarement l'inverse, parfois un seul point de commissure, une fois seulement les trois points du même côté.**

**Âge.**

**Les sujets analysés avaient de 12 à 63 ans.**

#### **LES VARIABLES ANALYSÉES.**

**3 séries de 2 mesures ont été faites :**

- 1 - sans correction, yeux ouverts puis yeux fermés ;**
- 2 - après reprogrammation posturale, yeux ouverts puis yeux Fermés.**
- 3 - après traitement auriculaire, yeux ouverts et yeux fermé.**

**Les variables dépendantes, mesurées sur un enregistrement de 25,6 secondes, sont les suivantes :**

**1 - La surface (S) :**

**la surface de l'ellipse de confiance qui comprend 90 % des positions échantillonnées du centre des pressions, est la mesure statistique la plus rigoureuse de la dispersion de ces positions (Takagi et al. 1985, dans Weber et Gagey, 1995). Elle est exprimée en millimètre carré.**

**2 - La longueur (L),**

**ce paramètre nous a paru intéressant : plus elle est petite, plus le sujet est stable ; elle est mesurée en millimètre.**

**3 - La longueur en fonction de la surface (LFS),**

**elle mesure le chemin que parcourt le centre des pressions par unité de surface. Ce paramètre donne une idée de l'énergie dépensée par le sujet pour contrôler son équilibre (Vallier).**

**4 - La vitesse moyenne,**

**Ce paramètre permet d'apprécier "l'harmonie" du travail réalisé.**

**5 - L'écart type de la vitesse (en mm/s),**

**est également un bon indice de stabilité, plus il est bas et moins il y aura "d'incohérence posturale" nécessitant une recalibration du système.**

#### **MESURES.**

Trois séries de deux mesures ont été réalisées :

- la première mesure est faite, avant tout traitement d'abord les Yeux Ouverts (YO) puis les Yeux Fermés (YF) ; les paramètres seront notés : S1, L1, Vitesse, VAR VIT pour l'écart type de la vitesse et enfin LFS.

- La deuxième est faite aussi les Yeux Ouverts (YO) puis les Yeux Fermés (YF), après reprogrammation posturale : un "2" apparaîtra après les indices : S2, L2, VIT2, VAR VIT2, LFS2.

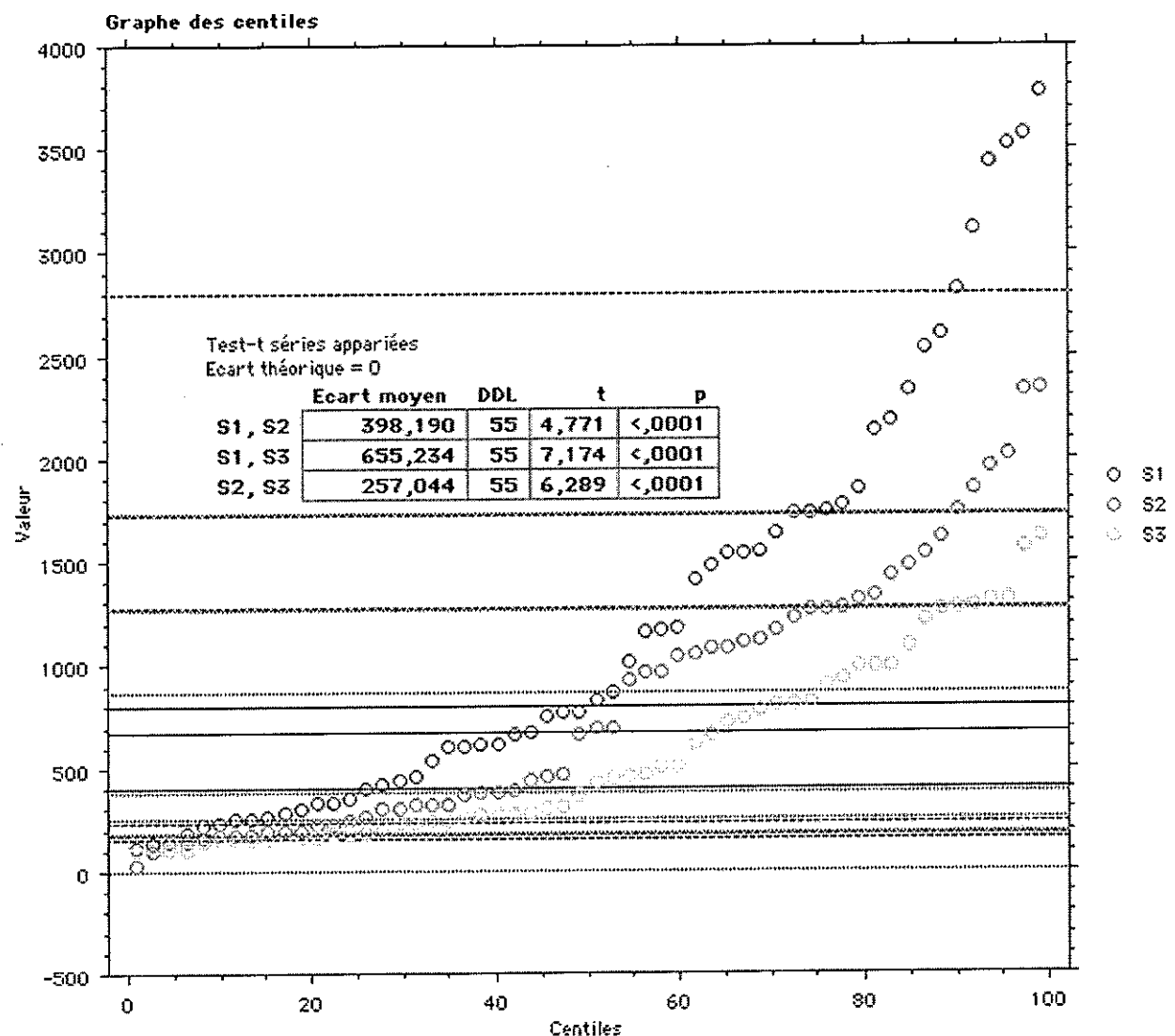
- La dernière série de mesures est faite également les Yeux Ouverts (YO) puis les Yeux Fermés (YF), après traitement auriculaire des zones commissurales : elle sera notée : S3, L3, VIT3, VAR VIT3, LFS3.

## RÉSULTATS ET ANALYSES.

La valeur de "p" significatif est classiquement fixée à 0,05.

### A) ÉTUDE GLOBALE DES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES (YO+YF)

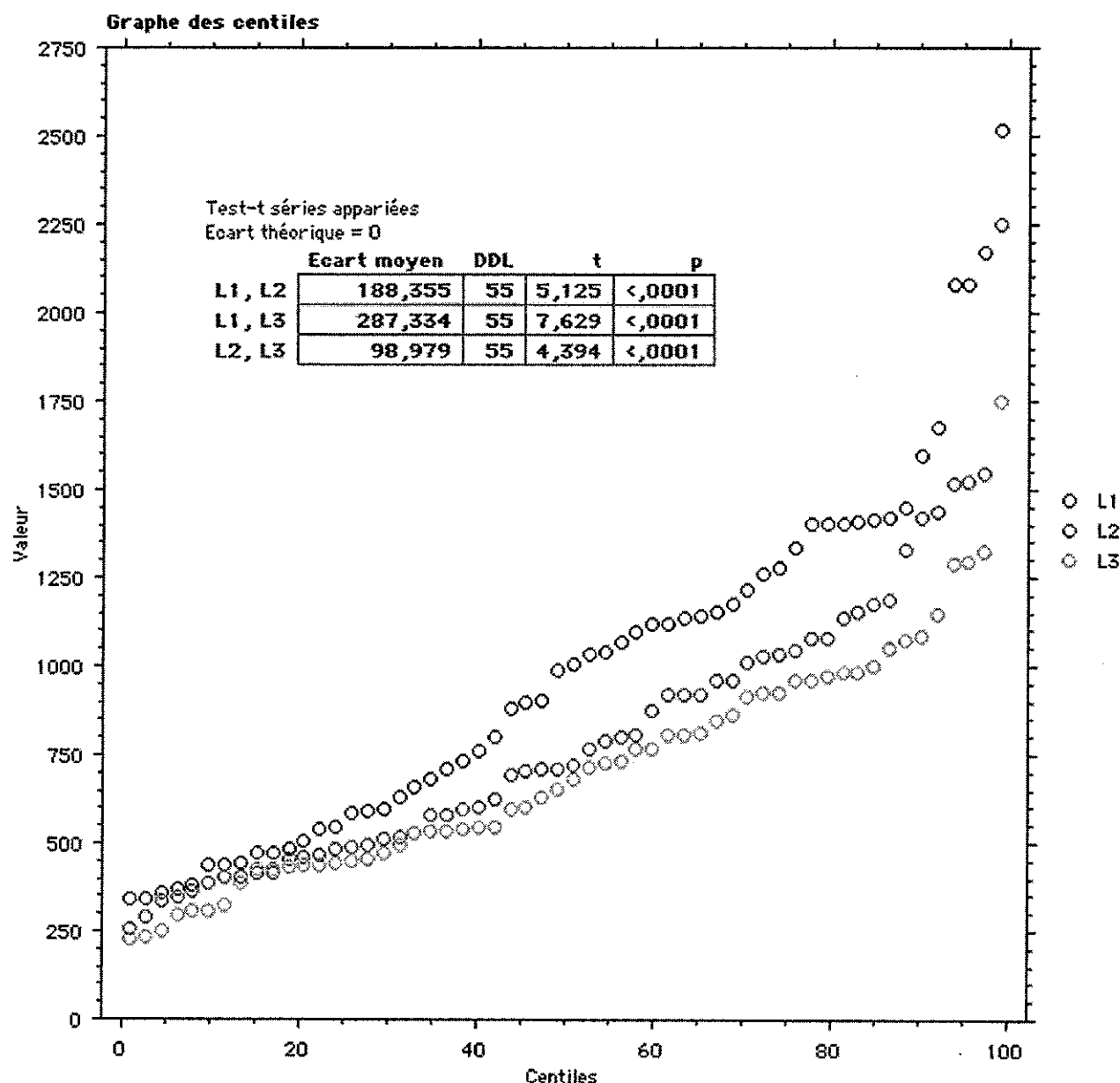
1) Étude de la Surface avant (S1) et après reprogrammation posturale (S2), puis après traitement auriculaire des zones commissurales (S3).



La première constatation est la différence éminemment significative des mesures puisque le p est égal à 0,0001.

L'étude des centiles permet de constater que plus le sujet est instable (grande surface initiale), plus la différence est significative.

2 ) Analyse de la longueur du tracé de projection du centre de masse, avant toute correction (L), après reprogrammation posturale (L2), puis après traitement auriculaire des zones commissurales (L3).



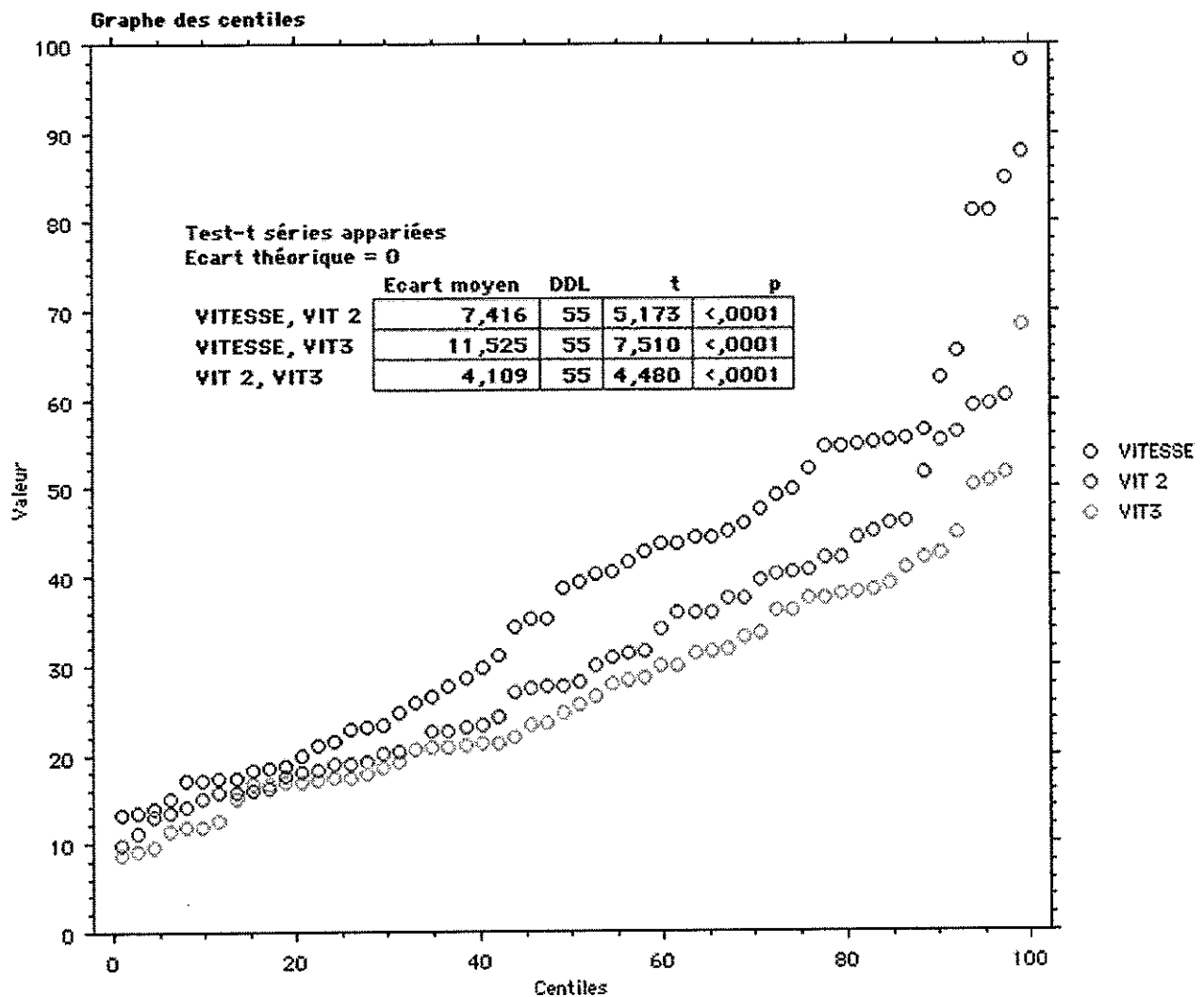
Au total la différence des longueurs avant et après traitements postural et auriculaire, est très significative avec un  $p < 0,0001$ , et se fait dans le sens de l'amélioration.

Sur le paramètre "Longueur" la reprogrammation posturale est légèrement plus efficace que l'auriculothérapie avec un t un peu plus élevé (c'était le contraire pour la surface).

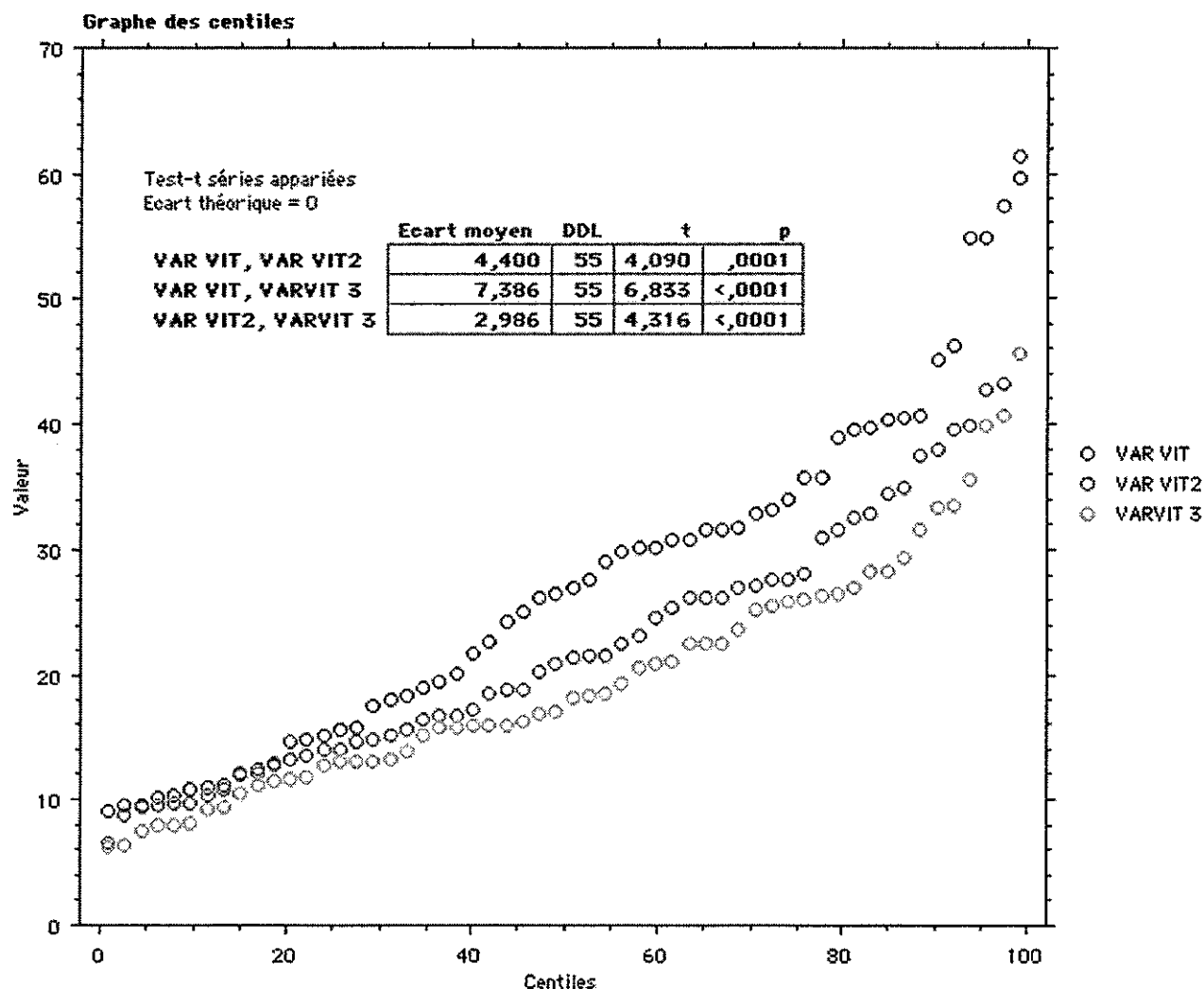
3 ) Analyse de la vitesse moyenne avant traitement (VITESSE), après reprogrammation posturale (VIT 2), puis après la mise en place des aiguilles d'acupuncture auriculaire sur les zones correspondant aux commissures inter-hémisphériques (VIT3).

La différence est éminemment significative puisque le  $p$  est  $<0,0001$ .

L'étude des centiles permet de constater que plus le sujet est instable, (grande surface initiale) plus la différence est significative.



4 ) Analyse de l'écart type de la vitesse qui, quand il est bas, est un bon indice de stabilité, avant toute correction (VAR VIT), après reprogrammation posturale (VAR VIT 2), puis après traitement auriculaire des zones commissurales (VAR VIT 3).



La différence est significative puisque le p est ou égal à 0,0001 ou < à 0,0001.

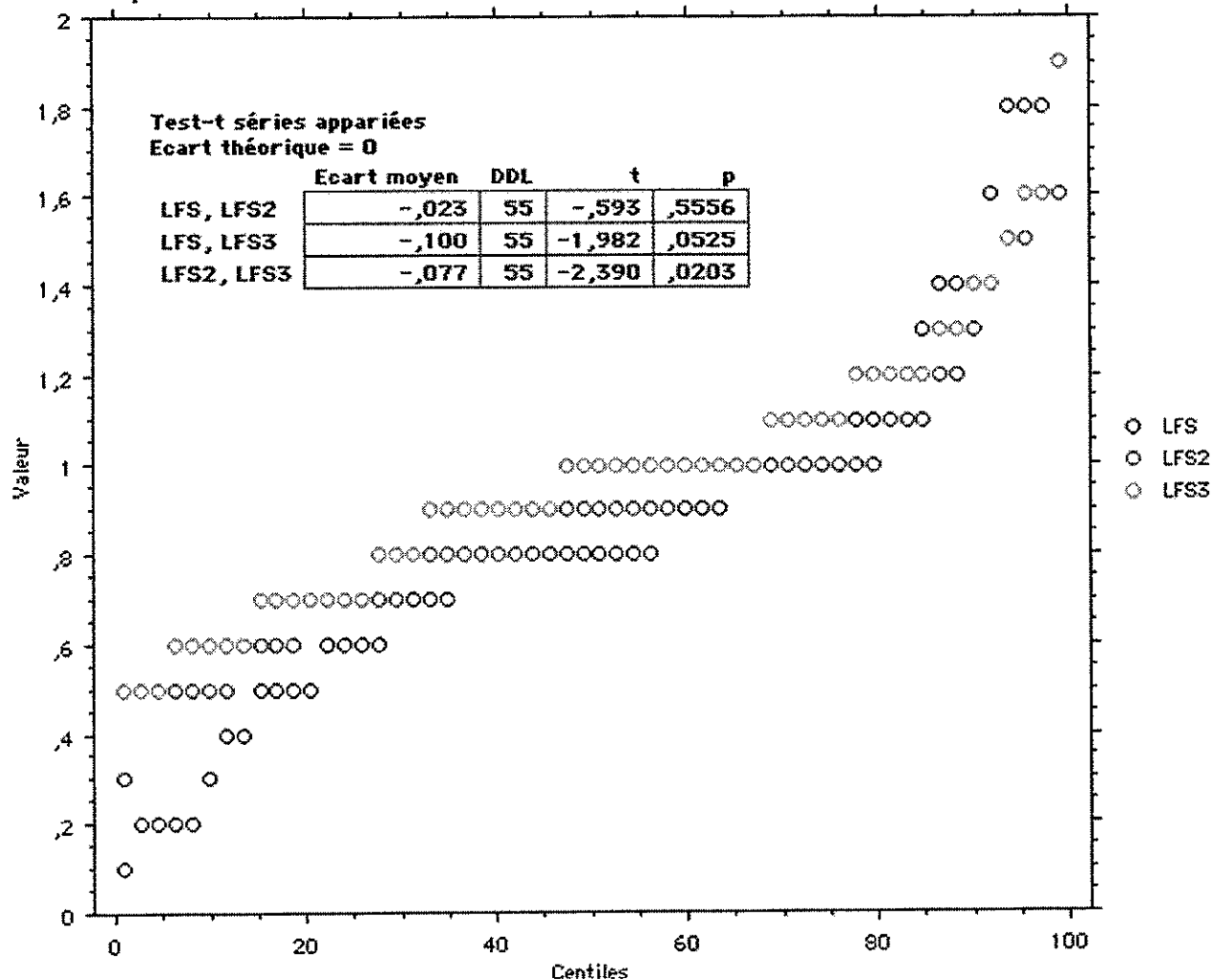
L'étude de l'indice t permet de constater que l'acupuncture auriculaire complète parfaitement la reprogrammation posturale et améliore encore très nettement le résultat final.

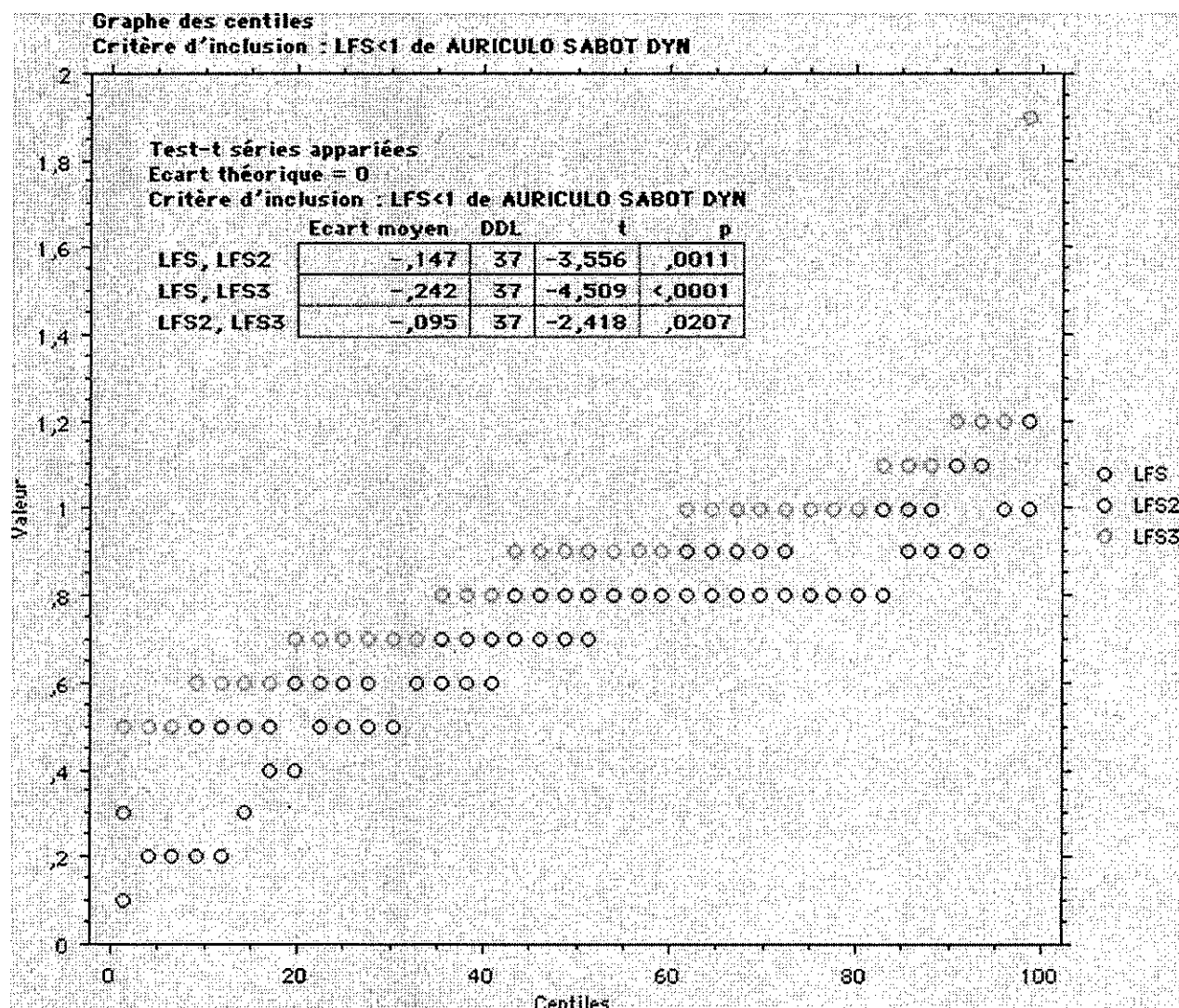
5 ) Analyse du paramètre LFS (longueur en fonction de la surface), avant (LFS) et après reprogrammation posturale (LFS2), puis après la mise en place des aiguilles d'acupuncture auriculaire (LFS3).

Mise à part l'augmentation du LFS 3 par rapport au LFS 2, les résultats ne sont pas significatifs ; mais si l'on regarde mieux la courbe, on peut se rendre compte que les LFS initialement bas sont augmentés, alors que ceux élevés sont diminués. Il est classiquement admis que le LFS = 1 peut être considéré comme normal ; nous avons donc fait deux analyses distinctes : un pour les LFS>1 et un pour les LFS<1 ; voici les résultats :

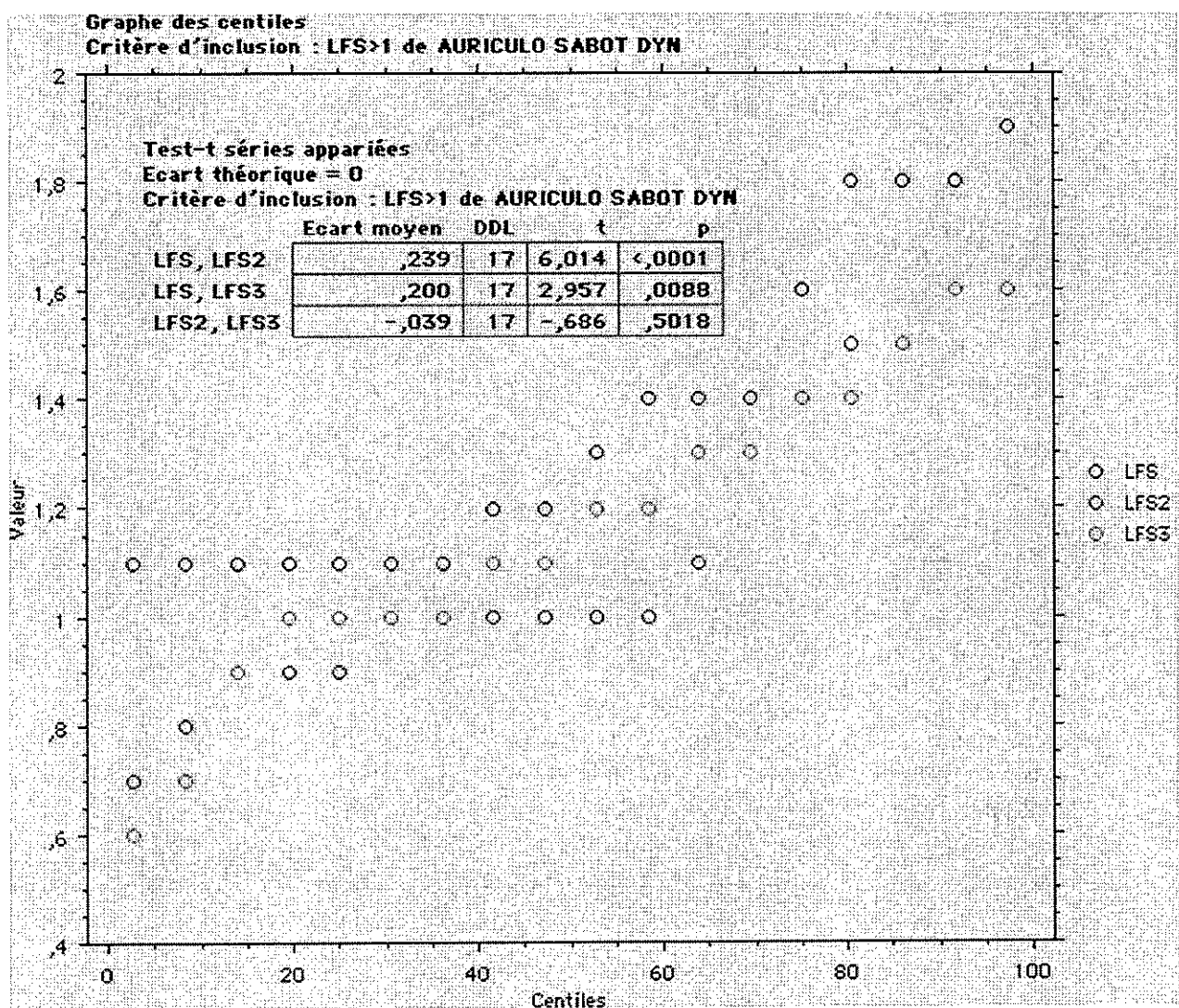


Graphique des centiles





Pour un LFS<1 les résultats sont significatifs et le LFS est augmenté après chaque traitement ; le LFS final, comparaison entre LFS et LFS3 est hautement significatif avec un  $P<0,0001$  on peut donc conclure que les LFS bas sont augmentés par la reprogrammation posturale et les traitements auriculaires.



Pour un LFS initial >1, seule la reprogrammation posturale permet de rabaisser le LFS ; le traitement auriculaire modifie peu le résultat.

## INTERPRÉTATION GÉNÉRALE

Le but de cette expérimentation était double : vérifier l'effet de la reprogrammation posturale globale® sur l'équilibre du corps dans l'espace et de vérifier, en complément, l'effet du traitement auriculaire sur cet équilibre.

Les mesures ont été réalisées à l'aide de sabots dynamométriques en situation instable (plateau "plan-cylindrique à bascule"), instrument reconnu et validé pour ce type de mesures (Bricot, 2005).

Les données obtenues ont été intégralement rapportées dans leur ensemble et aucun sous-groupe à posteriori n'a été créé dans l'analyse principale. Seule l'analyse du LFS est détaillée afin de mieux comprendre les phénomènes de normalisation et certains effets sur les valeurs les plus pathologiques.

Les différentes mesures réalisées ainsi que le nombre de sujets analysés nous permettent d'avoir une bonne cohérence dans les résultats obtenus, sur une population harmonieusement répartie dans les pathologies.

Des résultats probants ont été obtenus sur les paramètres classiques : Surface (S), Longueur(L), Vitesse (VIT), Écart type de la vitesse (VAR VIT) aussi bien en situation Yeux Ouverts que Yeux Fermés ; ainsi que sur le paramètre qui en découle : Longueur en Fonction de la Surface (LFS).

En ce qui concerne l'action de l'auriculothérapie : elle complète parfaitement la reprogrammation posturale apportant une meilleure stabilité avec un P toujours inférieur à 0,0001 (sauf pour le LFS); la normalisation des LFS bas prouve qu'elle agit au niveau central sur les stratégies d'équilibration

## CONCLUSIONS GÉNÉRALES

A la lueur des résultats de cette expérimentation et des interprétations précédentes, on peut sans aucun doute affirmer que :

- La reprogrammation posturale modifie de façon significative les principaux paramètres stabilométriques pertinents dans l'analyse posturale.
- Cette modification se fait dans le sens de l'amélioration des scores posturaux.
- Le traitement auriculaire modifie de façon significative, les principaux paramètres stabilométriques pertinents dans l'analyse posturale.
- Cette modification se fait dans le sens de l'amélioration des scores posturaux.
- Donc, l'équilibre postural est également modifié par le traitement auriculaire qui potentialise l'action de la reprogrammation posturale globale®.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARBIER L. Posture et statique chez l'enfant. Étude statistique réalisée en milieu scolaire. Paris Archives du C.I.E.S. 367 av. du Prado Marseille 13008. 1994
- BARON J.-B, M., ASSELIN B. , USHIO N. , les Asymétries de la posture orthostatique sont-elles aléatoires ? Rev. Méd. Travail 189-195 1977
- BIZZO G, GUILLET N, PATAT A, GAGEY P-M. Spécifications for building a vertical force platform designed for clinical stabilometry. Med Biol eng et Comput. 474-476 7 1985 23
- BRICOT B. "Contribution à la correction des troubles du tonus postural par action sur l'appui podal". Marseille Thèse Fac. Méd. 3 1981
- BRICOT B. La reprogrammation posturale globale Sauramps médical 1996 - I.S.B.N. : 2 84023 110 7
- BRICOT B Intérêt de l'utilisation des sabots dynamométriques en condition instable pour mesurer les résultats des techniques de reprogrammation posturale®. Résonances Européennes du Rachis 2005 n° 41 1711 2005
- CECCALDI J. Apport de la podométrie électronique dans l'étude du facteur podal des troubles de la posture Thèse fac. méd. Marseille 1988
- DUJOLS A. Quotient plantaire et conflit visuo-podal. Agressologie, 1991, 32, 192-194.
- EUZET J.-P. "Approche méthodologique de l'évaluation de l'équilibre postural". Nice Mémoire de maîtrise fondamentale - S.T.A.P.S./U.F.R.E.P.S. 1 1987
- GUIDETTI G. Stabilometria clinica. Istituto di clinica otorinolaringoiatrica. Università di Modena, 152, 1989
- NORMES 85. 75012 Paris Association française de posturologie, 12 avenue Corbéra. 1985
- PELLISSIER C. "Facteurs podal et oculaire dans les troubles du tonus postural". Marseille Thèse Méd. 1987
- VAN PARYS, NJOKIKTJEN Ch. Romberg's sign expressed as a quotient. Agressologie. 95-100 1976 17;B
- VILLECHEVROLLE O. Influence des semelles de reprogrammation posturale globale sur les tests oculomoteurs réalisés sur des sujets présentant une dysfonction cranio-mandibulaire. Nantes. Thèse. 1994
- VILLECHEVROLLE O. Influence des semelles de reprogrammation posturale globale sur le test de Fukuda. Nantes. Mémoire de diplôme d'université de parodontologie et d'occluso. 1994.

Catia Matucci

Fondazione Matteo Ricci

### **Introduction :**

L'inspection du pavillon auriculaire, proposée par les auteurs chinois, est riche en informations. Elle peut être combinée avantageusement avec les autres méthodes diagnostiques auriculaires, comme la détection électrique et la recherche des points sensibles à la palpation. Parmi les « lésions cutanées ponctuelles » (LCP) de Nguyen (1, 2) et les « altérations cutanées » de Romoli (3) du pavillon, il y a sûrement les pigmentations mélaniques, en particulier les nævi pigmentaires.

L'idée de cette étude est dérivée de l'observation de Bañuls et coll. qui ont trouvé une quantité de nævi plus grande sur la peau du corps d'un groupe de patients avec scoliose, par rapport à un groupe témoin (4). Le nævus pigmentaire est une prolifération bénigne de cellules qui dérivent embryologiquement des neuromélanoblastomes de la crête neurale. La migration de ces cellules vers l'épiderme et le derme ne semble pas être fortuite, mais tend à se concentrer sur des dermatomes particuliers (5, 6).

Notre hypothèse était qu'une migration analogue de mélanocytes pourrait se vérifier sur le pavillon et se concentrer sur des zones anatomiques spécifiques, comme l'anthélix ou l'hélix. Au cours des dernières années, le but de notre travail a été de vérifier une éventuelle association entre l'observation d'un ou plusieurs nævi sur les pavillons et une évidente dysmorphie squelettique, selon le programme suivant :

- a) une première recherche, déjà terminée, a été faite sur les oreilles d'un groupe de garçons et de fillettes de 10 à 14 ans, en pleine maturation squelettique
- b) une deuxième recherche, encore en cours, a été faite en inspectant les pavillons d'un groupe d'adultes (> 25 ans) ayant donc déjà atteint la croissance définitive du rachis.

### **Méthodologie :**

Dans la première recherche, 257 sujets d'âge moyenne de 12,9 ans (146 fillettes et 111 garçons), provenant d'une école secondaire de Florence et du centre de la prévention de la scoliose « Fondazione Pro Juventute Don Carlo Gnocchi » de la même ville, ont été examinés avec la procédure clinique et instrumentale habituelle pour identifier l'éventuelle présence de la déformation tridimensionnelle typique de la scoliose (déviation latérale du rachis associée à une torsion vertébrale).

Les 257 garçons et fillettes ont été classés dans six catégories :

- 1) Absence d'altérations du rachis (94 sujets)
- 2) Scoliose idiopathique (91 sujets)
- 3) Scoliose compensatoire ou fonctionnelle (quand la déviation peut être corrigée debout avec une talonnette sous la jambe plus courte) (28 sujets)
- 4) Cyphose dorsale (11 sujets)
- 5) Scoliose idiopathique + cyphose (19 sujets)
- 6) Scoliose idiopathique + scoliose compensatoire (quand la déviation ne disparaît pas totalement avec la talonnette) (14 sujets).

Dans la deuxième recherche, un groupe provisoire de 107 sujets (62 femmes et 45 hommes d'âge moyenne de 34,9 ans), se présentant à la consultation pour d'autres raisons dans un cabinet de consultation d'un généraliste, ont été examinés avec la même procédure diagnostique, après que l'inspection ait identifié la présence d'au moins un nævus auriculaire. L'inspection a été portée sur la face médiale et latérale des deux pavillons.

La topographie de toutes les pigmentations mélaniques (en particulier les nævi) a été enregistrée sur le « sectogramme » de Romoli qui permet une localisation plus correcte et une comparaison statistique de la distribution des nævi dans les différents secteurs.

### **Résultats :**

Dans la première recherche, 57 sujets sur 257 n'ont montré aucun nævus et 31 (54,9%) d'entre eux n'avaient aucune altération du rachis. En considérant tous les sujets ayant 0 ou 1 seul nævus, le nombre devient 123 et les sujets sans altérations sont 50 (40,6%). Si enfin on considère tous les sujets avec 2 ou plus nævi, leur nombre est 134 et les sujets « normaux » seulement 44 (32,8%).

Une analyse statistique a été faite sur le nombre moyen de nævi (1,57) du groupe 1 et celui (2,23) des groupes (2-6) dans leur ensemble. Avec le test t pour échantillons indépendants on a trouvé une différence significative ( $p=0,0059$ ). Le test ANOVA à 1 facteur de classification a confirmé cette tendance; en faisant l'analyse de la variance du nombre moyen des nævi parmi les différents groupes, on a obtenu un résultat significatif ( $p=0,0057$ ).

Les premières conclusions de la recherche ont été donc que, outre l'examen clinique et radiologique du rachis qui reste fondamental pour le diagnostic différentiel, le fait de relever à l'inspection 0 à 1 nævus auriculaires parmi les sujets d'âge 10-14 ans peut indiquer une probabilité réduite de dysmorphies squelettiques. D'autre part un nombre moyen de nævi  $>1$  (1,5 - 2,9 dans les différentes catégories) paraît être associé à une des dysmorphies squelettiques classées.

Ayant observé une différence significative de nombre de nævi dans les 5 catégories dysmorphiques, on s'est demandé si la distribution des nævi sur un secteur ou groupe de secteurs pouvait être spécifique dans une catégorie plutôt que dans une autre. Nous avons seulement trouvé une différence significative pour les scolioses compensatoires, en ce qui concerne les nævi du lobule auriculaire.

Le lobule étant aussi la représentation du système masticatoires, on s'est demandé si la distribution plus nombreuse des nævi sur le lobe était dans ce groupe en relation avec une incidence plus marquée de mal occlusions dentaires. On a pu ainsi trouver une autre association intéressante : les sujets porteurs d'appareil orthodontique fixe avaient une moyenne de 1,52 nævi, tandis que les porteurs de appareil mobile en avaient 2,51 ! Avec le test t pour échantillons indépendants, on a obtenu une différence significative ( $p=0,001$ ).

Nous avons trouvé aussi une autre association intéressante entre la jambe plus courte et le pavillon homolatéral : par exemple les sujets ayant un tibia plus court avaient en moyenne 2,17 nævi, versus 1,76 pour les sujets sans différence de longueur ( $p=0,0075$  au test t pour échantillons couplés). L'observation d'un nombre plus important de nævi sur l'un des deux pavillons nous a donc orienté sur la possibilité d'une jambe plus courte homolatérale. Néanmoins on ne peut pas tirer de conclusions définitives sur cet aspect, car les garçons et les fillettes ont souvent une hétérométrie des jambes qui peut disparaître avec la croissance.

Une deuxième recherche avec la même méthodologie diagnostique a été donc conduite sur des adultes qui présentaient à l'inspection au moins 1 nævus sur l'un des deux pavillons. Les 107 sujets, non sélectionnés et observés en succession dans le cabinet médical, avaient en total 436 nævi (en moyenne 4,1 nævi). Chez les adultes comme chez les sujets plus jeunes, les moyennes varient (entre 3,4 et 4,5 nævi à sujet) selon les différentes catégories.

On a pu confirmer dans ce groupe préliminaire l'association intéressante entre la jambe plus courte (dans sa totalité et dans ses différents segments : tibia, fémur, bassin) et le nombre significativement plus haut de nævi sur l'oreille homolatérale. En faisant l'analyse de la variance (test ANOVA à 1 facteur) des différences moyennes entre le nombre de nævi sur l'oreille droite et gauche on obtient  $p=0,000$ .

## **Conclusions :**

L'inspection auriculaire se révèle intéressante aussi pour le diagnostic des dysmorphies squelettiques. En particulier les pigmentations mélaniques et surtout les nævi du pavillon sont vraisemblablement associés aux scolioses idiopathiques et compensatoires chez les sujets plus jeunes, et chez les adultes avec une jambe plus courte. Une troisième recherche doit être envisagée sur les associations possibles entre les nævi du lobule et les malocclusions dentaires.

## **Bibliographie :**

- 1) Nguyen J. Sémiologie des LCP auriculaires. Le Mensuel du médecin acupuncteur 1982; 92: 853-60.
- 2) Nguyen J. La nature de la LCP a-t-elle sa valeur sémiologique propre?. Rev Fr Med Trad Chin 1983; 96: 85-98.
- 3) Romoli M. Agopuntura Auricolare. UTET 2003.
- 4) Bañuls J, Climent JM, Sanchez-Paya J, Botella R. The association between idiopathic scoliosis and the number of acquired melanocytic nevi. J Am Acad Dermatol 2001; 1: 35-43.
- 5) Bañuls J, Ramon R, Guijarro J, Alfonso R, Silvestre JF, Climent JM. Segmental arrangement of multiple, partly congenital, and partly acquired melanocytic nevi. Eur J Dermatol 1998; 8: 80-2.
- 6) Effendy I, Happle R. Linear arrangement of multiple congenital melanocytic nevi. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 853-4.

## **Abstract in English :**

The inspection of the outer ear, as proposed by Chinese authors, is very promising in identifying auricular points and areas for diagnostic and therapeutic purposes. The distribution on the auricle for example of pigmentations (particularly nevi) may be associated with skeletal dysmorphisms as scoliosis, kyphosis, leg length discrepancies etc. This presentation reports the data about 2 groups of patients: the first is composed by 257 girls and boys aged 10-14, the second by 107 adults of 34,9 mean age.

**Key words** : Inspection of the outer ear, nevi, skeletal dysmorphisms



**Premiers résultats.**

**Dr Monique MINGAM**

*Praticien Hospitalier Service de Médecine Physique  
Pédiatrique, Médecin Directeur du C.A.M.S.P*

**Centre Hospitalier de Cornouaille**

BP 1757  
29107 - QUIMPER CEDEX

**Pr Bertrand FENOLL**

*Chef de Service Chirurgie Orthopédique Infantile*

**CHU**

2, avenue Foch  
29000 BREST

**.Summary**

The authors report the medical treatment by auricular acupuncture of 20 juvenile-evolutive scoliosis. Those 20 patients have been choosed among 48 others for their unstabilized scoliosis despite an orthopedical treatment.

Auricular acupuncture points have been determined according to the (henceforth known) fact that melatonin (and the pineal gland) is playing an important role in the symmetrical growth of the proprioceptive system and the spinal muscles.

The semi-permanent implantation of needles on the "pineal gland" and "omega 2nd" points (mesodermic tissus) allowed for 20 of those patients the stabilization or the amelioration of :

- the scoliosis anglulation in 16 cases.
- the vertebral rotation in 13 cases.
- the torso asymmetry in 19 cases.
- and especially the most striking, the gibbosity in 17 cases, with a much less angular and smaller aspect.

Hence, auricular acupuncture efficiently improves the medical treatment of juvenile-evolutive scolioses.

**Keywords**

scoliosis, melatonin, pineal gland, auricular acupuncture

**But de la publication**

C'est de faire connaître rapidement les premiers résultats positifs d'un essai de traitement par acupuncture auriculaire des scolioses juvéniles évolutives déjà traitées par corset et kinésithérapie.

Faire connaître ces résultats, c'est donner la possibilité de poursuivre ce premier essai à plus grande échelle et ainsi de stabiliser et améliorer le plus rapidement possible un grand nombre de scolioses !

**Démarche suivie**

Depuis 2000, nous avons suivi 46 patients porteurs de scolioses juvéniles évolutives. Tous ont bénéficié du traitement orthopédique « classique » associant kinésithérapie et port d'un corset de nuit ou permanent.

20 enfants ont accepté des séances d'acupuncture auriculaire, proposées du fait principalement que leur scoliose s'aggravait malgré le traitement orthopédique, en plus de celui-ci.

Au début de la prise en charge, ces 20 enfants avec traitement orthopédique et acupuncture auriculaire étaient âgés de 8 ans 6 mois à 15 ans 8 mois (11 ans 5 mois en moyenne). Les 26

enfants avec traitement orthopédique seul étaient âgés de 8 ans 5 mois à 15 ans 10 mois (13 ans 3 mois en moyenne).

Nous savions, depuis les travaux de J. Dubousset, M. Machida et collaborateurs (1)(2)(4)(5), l'importance du rôle de la mélatonine (sécrétée par l'épiphyse) dans le développement symétrique du système proprioceptif et des muscles spinaux. Une insuffisance du taux de la mélatonine de 33% chez 15 jeunes scoliotiques par comparaison avec 15 jeunes non scoliotiques a été montrée (3)(6).

C'est ainsi que nous avons eu l'idée d'utiliser chez nos patients scoliotiques la stimulation par aiguilles d'acupuncture du point « épiphyse » en association avec le point « ? » , projection des tissus mésodermiques (musculo-squelettiques dans la pathologie scoliotique).

### Moyens mis en oeuvre

Le protocole d'acupuncture auriculaire appliqué a été le suivant :

- 1 à 6 séances par patient, espacées de 6 à 8 semaines.
- utilisation d'aiguilles semi-permanentes.
- points sélectionnés :
  - épiphyse (glande pinéale).
  - ?" (tissus mésodermiques).
  - O' ( point utilisé dans les contractions musculaires).

Les points sont recherchés au « PUNCTOSELECT ». Ils sont piqués uniquement ci s'ils «s'allument ». On remarquera que c'est toujours le cas pour le point « épiphyse » des 20 scolioses évolutives.

### Résultats

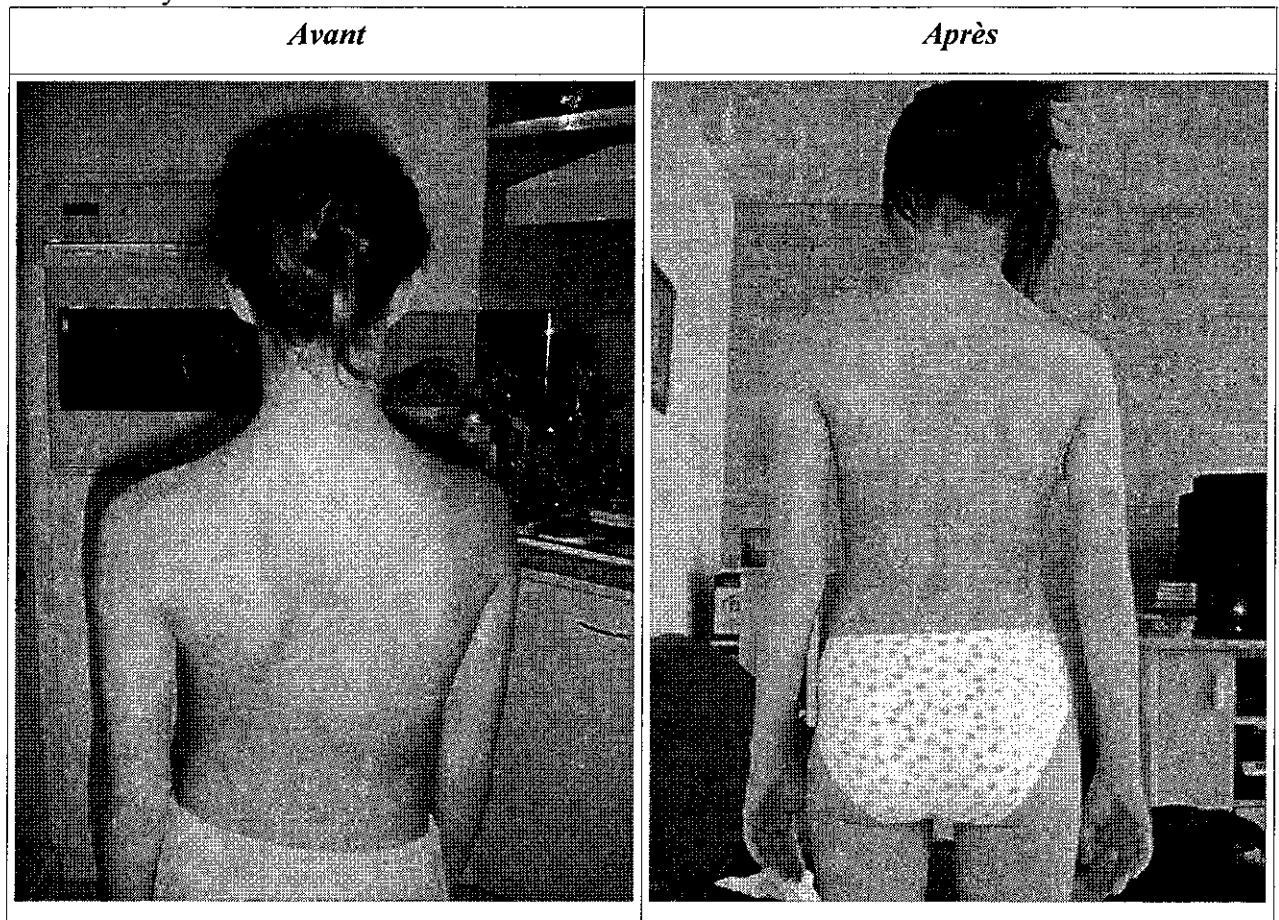
	<i>Améliorations</i>	<i>Stabilisations</i>	<i>Aggravations</i>
Angulation	10	6	4
Rotation vertébrale	7	11	2
Asymétrie du tronc	11	8	-
Gibbosité	17	-	3

### Conclusion

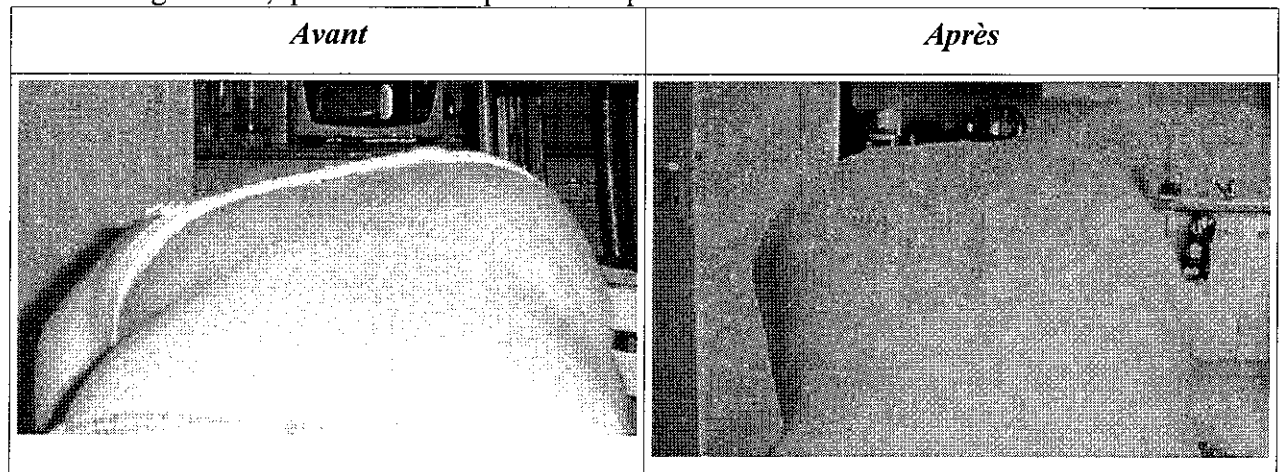
Ces premiers résultats montrent qu'une scoliose mal stabilisée sous traitement orthopédique peut se stabiliser voire s'améliorer par l'acupuncture auriculaire. Il semble cependant plus difficile d'agir favorablement sur l'angulation que sur les autres facteurs.

C'est l'amélioration :

1. de la symétrie du tronc



2. de la gibbosité, qui est l'effet le plus remarquable.



Dès la première séance d'acupuncture auriculaire on observe que la gibbosité perd son aspect angulaire et diminue de hauteur.

Il faut impérativement poursuivre cette étude sur un plus grand nombre de cas, avec un suivi clinique et radiologique jusqu'aux 20 ans du patient.

## Bibliographie

- 1: Machida M, Saito M, Dubousset J, Yamada T, Kimura J, Shibasaki K.**  
Pathological mechanism of idiopathic scoliosis: experimental scoliosis in pinealectomized rats.  
Eur Spine J. 2005 Nov;14(9):843-8. Epub 2005 Apr 30.  
PMID: 15864672 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 2: Machida M, Dubousset J, Satoh T, Murai I, Wood KB, Yamada T, Ryu J.**  
Pathologic mechanism of experimental scoliosis in pinealectomized chickens.  
Spine. 2001 Sep 1;26(17):E385-91.  
PMID: 11568714 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 3: Dubousset j, Machida M.**  
Possible role of the pineal gland in the pathogenesis of idiopathic scoliosis. Experimental and clinical studies.  
Bull Acad Natl Med. 2001;185(3):593-602; discussion 602-4. Review. French.  
PMID: 11501266 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 4: Machida M, Murai I, Miyashita Y, dubousset J, Yamada T, Kimura J.**  
Pathogenesis of idiopathic scoliosis. Experimental study in rats.  
Spine. 1999 Oct 1;24(19):1985-9.  
PMID: 10528372 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 5: Machida M, Miyashita Y, Murai I, Dubousset J, Yamada T, Kimura J.**  
Role os serotonin for scoliotic deformity in pinealectomized chicken.  
Spine. 1997 Jun 15;22(12):1297-301.  
PMID: 9201831 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 6: Machida M, Dubousset J, Imamura Y, Miyashita Y, Yamada T, Kimura J.**  
Melatonin. A possible role in pathogenesis of adolescent idiopathic scoliosis.  
Spine. 1996 May 15;21(10):1147-52.
- 7: Alimi D.**  
Cours du D.I.U. d'Acupuncture Auriculaire de l'Université de Paris-Nord  
2001-2003
- 8: Alimi D, Geissmann A, Gardeur D.**  
Auricular Acupuncture Stimulation Measured of Functional magnetic Resonance Imaging  
Medical Acupuncture. 2002 Vol 13/Nb 2; 19-21

**ADRESSE :** Polyclinique de la Sécurité Sociale Bizerte- Tunisie

**RESUME - ABSTRACT:**

L'intérêt de l'Auriculothérapie dans une clinique de la Sécurité Sociale (Bizerte, Tunisie) a été essentiellement basé sur une enquête **descriptive prospective** portant sur des patients ayant consulté à l'Unité d'Acupuncture de la Clinique durant quatre mois (la période s'étendant du 1 décembre 2005 au 31 mars 2006).

Cette étude est basée sur les procédés d'enquête classiques : évaluation de la douleur de type échelle visuelle analogique (EVA) enseignée aux patients douloureux, évolution des symptômes pour les autres pathologies.

Résultats :

Age des patients : 3/4 ont plus de 40 ans

Sexe : 80% Femmes

- 111 patients ont été vus à la consultation
- 89 ont suivi régulièrement leurs séances d'Auriculothérapie
- 22 n'ont pas été revus

Principaux motifs de consultation :

- \* Cervicalgies et douleurs cervico-brachiales : 39 (43,8%)
- \* Lombalgies : 29 (32,6%)
- \* Gonalgies : 24 (27%)
- \* Sciatiques : 20 (22,5%)
- \* Douleurs de l'épaule : 11 (12,36%)
- \* Céphalées et migraines : 10 (11,2%)
- \* Quelques cas de : douleurs post-zostériennes, obésité, sevrage tabagique et H.T.A.

Le nombre de motifs de consultation pour nos patients est de 1 à 5, avec une moyenne de 2 par consultant

Ancienneté des symptômes :

- \* <1 mois : 14,6%
- \* 1 mois-6 mois : 13,5%
- \* 6 mois-1 an : 12,5%
- \* 1 an-5 ans : 23%
- \* 5 ans-10 ans : 23%
- \* >10 ans : 5,2%

Chez la plupart de nos patients, les traitements médicamenteux utilisés avant l'enquête étaient des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des myorelaxants, des anxiolytiques ou des antidépresseurs.

Les Résultats de l'Auriculothérapie étaient :

\*Bons : **90,2%** (entre 2 et 4 séances pour  $\frac{3}{4}$  des patients)

\*Moyens : **5,4%**

\*Nuls : **4,4%**

Les non revus regroupent le quart des patients. Les  $\frac{3}{4}$  des non revus ont quitté l'enquête après la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> séance.

La preuve est faite de l'utilité de l'Auriculothérapie au sein de l'Unité d'Acupuncture de notre Clinique.

Cette preuve confortera à la fois :

- les médecins dans leur pratique quotidienne
- les patients pour qui l'Auriculothérapie était une discipline médicale nouvelle, méconnue jusqu'à notre enquête, et dont ils viennent de découvrir tous les bienfaits, matérialisés par les résultats de l'enquête.
- les responsables de la Sécurité Sociale, dans une optique d'Economie de Santé.

\*\*\*\*\*

“USING AURICULAR MEDICINE TO DETERMINE DRAINAGE TREATMENT FOR CANCER AND  
AUTOIMMUNE DISEASES” - Mikhael Adams

By Mikhael Adams, B.Sc., N.D.

Renascent Integral Health Centre, 54 Main Street East, Milton, Ontario L9T 1N3, Canada.  
[www.integralhealth.ca](http://www.integralhealth.ca) email: [mikhael@integralhealth.ca](mailto:mikhael@integralhealth.ca)

**Abstract:** Auricular Medicine could be used to determine the most effective adjunctive therapeutic modality to use with conventional cancer and autoimmune treatments. Without an acceptable proven model for the cause of cancer and autoimmune diseases most therapy programs rely on symptom management. Theoretical models for the cause and development of cancer and autoimmune disease are suggested. Using Auricular Medicine as a guide, sample scenarios are given for the point localizations on the ear of clients with cancer or autoimmune diseases. The points localized on the ear could give an indication for an appropriate medication. By using Auricular Medicine the most appropriate therapeutic modalities could be chosen and verified with the VAS to treat the proposed cause of cancer and autoimmune diseases.

**Key Words:** Auriculotherapy, Auricular Medicine, Cancer, Autoimmune Disease, Filters, VAS

There appears to be much evidence in the published medical literature to support the use of acupuncture alone or in conjunction with conventional medical therapy to treat various disease states<sup>(1)</sup>. However, not much has been written or published to support one of the most neglected microsystems in the field of energy medicine, Auricular Medicine and it's use to determine the most effective treatment modality to use alone or in conjunction with conventional therapy. This paper is not an attempt to prove or disprove the use of Auricular medicine as an adjunctive tool in medicine, but more of an attempt to demonstrate the effective use of Auricular medicine to help choose the appropriate therapeutic modality for therapy alone or in conjunction with conventional therapy.

We are all aware of the discovery and contributions of Dr. Paul Nogier and his colleagues to the field of Auriculotherapy<sup>(2-9)</sup>. However, the movement from Auriculotherapy to the energetic technique of Auricular Medicine was not as well received by the medical community. The VAS, which is the foundation of Auricular Medicine as an energetic assessment tool has always been very difficult to validate due to the lack of acceptable scientific tools and proofs, even though some individuals in the scientific community have attempted to validate the VAS with acceptable scientific tools<sup>(10-15)</sup>. Never the less, the jump from Auriculotherapy to Auricular Medicine provided practitioners with a tool that could be used to access information from the body that had previously been difficult to obtain with any accuracy and efficiency. The difference between Auriculotherapy and Auricular Medicine as an assessment tool is the difference between a physical assessment tool that can be validated and proven and an energetic assessment tool that as of yet cannot be validated and proven. However, the same proven therapeutic modalities that are used in Auriculotherapy<sup>(16-20)</sup> can be used in Auricular Medicine. If we can find the points faster and more efficiently with Auricular Medicine rather than Auriculotherapy does it make any difference to the point we find? It is the same point, it is still measurable and electrically active and still connected to a specific area of the body. Auricular Medicine, as an energetic assessment tool, allows the practitioner to find more information on the ear faster and much more efficiently than Auriculotherapy. It should be used as an assessment tool even though the foundation of Auricular Medicine, the “VAS”, has not yet been validated or proven, as long as the points found are validated with an acceptable scientific tool. The proof will be in the results obtained. We have not done controlled clinical trials to validate our results as we are working with individuals whose life span is limited by the aggressive nature of their disease and it would be morally objectionable to risk their life with double blind studies in an attempt to validate or invalidate the effectiveness of Auricular Medicine in extending or saving their life.

As with any condition or disease state where the cause is unknown we develop a working hypothesis and adjust it as to whether the results of therapy are effective or not at diminishing the

symptoms. Our basic premise here is that the symptom, i.e. the cancer or autoimmune disease, is not the cause of cancer or the autoimmune disease. For example, in the simple case of a flu or cold, if we treat the symptoms with antibiotics the client's symptoms may improve, but ultimately the client will become more prone to a reoccurrence. Since their symptoms improved we assume that the cause of the cold or flu is the bacteria or virus. However, if we take the query a little bit farther and ask what created the environment that allowed the bacteria or virus to thrive in the client then we may get closer to treating the cause of the condition. Using Auricular Medicine and a new filter protocol we indeed find that a toxic cellular environment is indeed responsible for allowing the bacteria or virus to thrive. Again, using Auricular Medicine and the new filter protocol we find further that the mind is responsible for decreasing the effectiveness of the emunctories and allowing the cellular environment to become toxic. This idea of toxic material poisoning the enzyme systems at a cellular level is not new. Jacques Menetrier introduced this concept in the 1940's with his concept of oligotherapy<sup>(21-23)</sup>. The idea that the mind is able to induce a state of hypofunctioning of the emunctories is not new either. Ryke Hamer introduced that concept in the 1990's<sup>(24-26)</sup>. What we are finding with our energetic technique of Auricular Medicine and the new filter protocol appears to be in line with what other researchers have found without an energetic assessment tool. The difference is that by using Auricular Medicine to listen to the wisdom of the body, we can be guided in our therapy, as the body is able to tell us where it needs help or support to heal. If we constantly focus on the cancer or autoimmune disease or any other symptom then we fail to address the cause of the cancer or the autoimmune disease or any other disease and therefore, ultimately fail at saving the client from their certain demise.

Another basic premise that we hold is that the body is an auto regulating and self-healing mechanism. It has an innate system that always tries to rebalance itself and move itself towards perfect health. The practitioner does not have to heal the body. The practitioner's responsibility is to find the blockage that prevents the body from healing itself. Using Auricular Medicine and the new filter protocol we are able to identify the blockages that prevent the body from healing itself, in the order that these blockages need to be addressed, and the most effective therapeutic treatment.

The filter protocol that I have developed uses the well-known filters of scar, epiphysis, corpus callosum and morphine. However, the placement of these filters and their implications are quite unique to the filter protocol. The filters are placed on the "parasympathetic areas"<sup>(27)</sup> to determine if there is a blockage at that filter level and then placed on the "sympathetic areas"<sup>(28)</sup> to determine where the blockages are in the body. The indicator of a response is the VAS. However, the positive VAS pulsations are not counted but rather a change in the distance from the ear is noted where a positive VAS is felt when a three phase filter is brought towards the ear after a filter has been placed on the either the parasympathetic or sympathetic area of the body. In 1984, after several years of teaching the VAS it became obvious that it was much easier to perceive a change in the distance from the ear where a positive VAS occurred when a three phase filter was brought towards the ear rather than the number of positive VAS' that were felt when a filter was held close to the ear. The VAS then became an on - off phenomenon, i.e. there was either a positive VAS or no VAS<sup>(29)</sup>.

If we can develop a theoretical model of how cancer or the autoimmune disease develops then we can surely establish the cause and ultimately find a way to reverse the process. After 25 years of clinical practice using Auricular Medicine as an assessment and therapy tool and by reviewing medical research, I have developed a theoretical model of how cancer and autoimmune diseases develop and as a result a theoretical model of how to reverse the process that led to the development of cancer or the autoimmune disease in the first place. It is only through the use of Auricular Medicine and the specific filter protocol that I have been able to hear the body and identify the common thread that runs through all clients with cancer or any other disease. To date, by using Auricular Medicine to guide the therapy, our results have been very good alone without conventional therapy and excellent when used in conjunction with conventional therapy to successfully treat those clients with cancer or autoimmune diseases. Currently, 80% of the clients we treat have cancer or autoimmune diseases and 80% of those clients respond with a complete abolition of their cancer or autoimmune disease to the point where conventional or unconventional therapy is no longer necessary to prevent a reoccurrence of their cancer or autoimmune disease.

The hypothetical model that I have developed for cancer, by using Auricular Medicine to listen to the body, involves several criteria that must be met for cancer to develop in an individual. First, the individual must have suffered some traumatic emotional shock that turns off part of the



epiphysis so that they no longer feel joy and happiness in their life<sup>(30-37)</sup>. Second, the previous event conditions the normal detoxification systems, especially the liver and kidneys to allow a buildup of toxic material in the tissues. This toxic material must eventually migrate to the nucleus of the cells<sup>(38-40)</sup>. Third, this accumulated toxic material becomes an attractant to various one celled organisms that eventually establish a dysbiosis in the individual. And fourth, this environment eventually leads to an attraction into the individual or activation of an oncogenic virus<sup>(41,42)</sup>.

This theory was developed over twenty-five years after careful examination, using Auricular Medicine, of over 2000 individuals with cancer. The only difference between the theory for the development of cancer and the development of an autoimmune disease is that the individual with an autoimmune disease usually does not have an epiphysis that has been inactivated.

When we examine a client with cancer using Auricular Medicine and the specific filter protocol that I have developed we find several possibilities. If we assume that the filter protocol that I developed will help determine in a reverse order of how disease developed from the most recent symptom or group of symptoms all the way back to the cause then we will generally find the following sequence of points on the ear for the client with cancer.

If the client has not had a successful treatment of their cancer then we usually find the thymus gland showing up in Ø3 and Ø1 (see fig. 1) as the first points in the filter protocol. Usually these points are of little consequence in the overall approach to the client as they only represents the symptom of cancer and the immune system that has been activated against the cancer. Obviously, the immune system has not been very successful at eliminating the cancer cells and treatment of this point will have little consequence to the overall outcome. It is more prudent to use conventional therapy or unconventional therapy of specific nutrient that can aide in strengthening the immune system. However, the next points represents the reason why the cancer developed in the first place and are much more important in the overall outcome of resolving the cancer.

The second group of points that are revealed on the ear are related to the tissue where the cancer is located. These tissue representations will show up in Ø2, Ø3, and Ø1. For example, the lungs in Ø2, Ø3, Ø1 (see fig. 2) will show up for lung cancer, the pancreas in Ø2, Ø3, Ø1 (See fig. 3) will show up for pancreatic cancer, etc.

The third group of points that show up are related to one of the reasons that cancer was able to develop in these tissues. The thymus gland in Ø2 (see fig. 1) shows up indicating that the cells are no longer able to function normally due to the build up of toxicity. These toxins can block the enzyme systems.

The fourth and fifth group of points that show up represent the reason why the toxicity was able to build up in the cell. The kidney in Ø2, Ø3, Ø1 (see fig. 4) and then the liver in Ø2, Ø3, Ø1 (see fig. 5) or vice versa indicate that the normal drainage routes or emunctories are not functioning well and allowed toxicity to build up in the cell.

The sixth group of points that show up are representative of the reason that the emunctories are not functioning optimally. The epiphysis in Ø2 (see fig. 6) indicates that the epiphysis is no longer functioning and may be sclerosed or calcified. In this case stimulating the epiphysis via the ear is not very effective. The most effective modality has been the use of a pharmaceutical grade of St. John's Wort at 1000mg two or three times a day. From our successful treatment of individuals with cancer this seems to be the one determining factor as to whether the client actually survives to overcome their cancer.

If treatment of the previous has been successful then on a follow up visit we will find will find points related to the dysbiosis in the system. These points do not usually show up during the first visit because they are related to a process that is not as critical to the survival of the client with cancer. Usually, the tissue involved with the dysbiosis will show up first, i.e. cecum/appendix Ø3, Ø1 (see fig. 7), gall bladder Ø3, Ø1 (see fig. 5), etc.

Next, the immune system, especially the spleen Ø3, Ø1 (see fig. 8), shows up indicating that there is an infective process that is burdening the immune system. If the immune system shows up first and then the tissue involved, it usually indicates a bacterial infection rather than an overwhelming dysbiosis.

Since the treatment of the toxicity and the emunctories has been effective in the first visit, they do not usually show up in successive visit unless they need further treatment. I have found, through the use of Auricular Medicine as my assessment tool, that the environment that supports the growth of the organisms of dysbiosis is more important than the treatment of the organisms

themselves. However, we have found it effective to use adjunctive treatment to inhibit the organisms from growing as we are changing the environment that attracted the dysbiosis organisms into the body in the first place.

This approach may appear very simple or matter of fact. However, it has only been by using Auricular Medicine and the specific filter protocol that I have been able to identify this sequence and consequently effectively treat the client with cancer.

The approach to autoimmune diseases is very similar except the epiphysis is not usually as involved as is found with cancer. The hypothetical model that I have developed for autoimmune diseases also involves several criteria that must be met for the autoimmune process to develop in an individual. First, the individual is never allowed to develop a sense of self during their early childhood development and instead develops an inward directed self-destructive pattern of behavior. Second, this behavior pattern conditions the normal detoxification systems, especially the liver and kidneys to allow a buildup of toxic material in the tissues. This toxic material must eventually migrate to the nucleus of the cells. Third, this accumulated toxic material becomes an attractant to various one celled organisms that eventually establish a dysbiosis in the individual. Once the immune system becomes activated against the dysbiosis organisms it also becomes activated against the haptenes or allergens located on the cell walls or inside of the dysbiosis organisms. The immune system is now conditioned against the toxic material and the cells or cell walls that contain the toxic material that are specific to certain types of tissue, i.e. the myelin sheath in multiple sclerosis, the cartilage in rheumatoid arthritis, etc.

This theory of the development of autoimmune diseases was developed over twenty-five years after careful examination, using Auricular Medicine, of over 1000 individuals with autoimmune diseases, from multiple sclerosis to idiopathic thrombocytopenia. The main difference between the theory for the development of cancer and the development of an autoimmune disease is that the individual with an autoimmune disease usually does not have an epiphysis that has been inactivated.

Again, the filter protocol that I developed will help determine in a reverse order of how disease developed from the most recent symptom or group of symptoms all the way back to the cause and we will generally find the following sequence of points on the ear for the client with an autoimmune disease.

When we examine a client with an autoimmune disease using Auricular Medicine and the specific filter protocol that I have developed we find several possibilities. If the client has not had a successful treatment of their autoimmune disease then we usually find the thymus gland showing up in Ø3 and Ø1 (see fig.1) as the first points in the filter protocol. Usually these points represents the symptoms of the autoimmune disease and the immune system that has been activated against the tissue involved in the autoimmune process and the virus that is also found at the site of the autoimmune process. Obviously, any treatment that will stimulate the immune system at this time will only further aggravate the autoimmune process; therefore, it is more prudent to avoid treating these points or using conventional therapy or unconventional therapy of specific nutrient that could aide in strengthening the immune system. It is best to use conventional or unconventional therapy of specific nutrients to inhibit the virus that is present in the tissues involved in the autoimmune process. However, the next points represents the reason why the autoimmune process developed in the first place and are much more important in the overall outcome of resolving the autoimmune process.

The second group of points that are revealed on the ear are related to the tissue where the autoimmune process is active. These tissue representations will show up in Ø2, Ø3, and Ø1. For example, the nervous system in Ø2, Ø3, Ø1 (see fig. 9) will show up for multiple sclerosis, the joints in Ø2, Ø3, Ø1 (See fig. 10) will show up for rheumatoid arthritis, etc.

The third group of points that show up are related to the dysbiosis and the organisms that contain, within them or on their cell wall, the accumulated toxic material and the virus. The tissue involved with the dysbiosis will show up, i.e. cecum/appendix Ø3, Ø1 (see fig. 7), gall bladder Ø3, Ø1 (see fig. 5), etc.

Fourth, the spleen in Ø3, Ø1 (see fig.8) shows up indicating that the immune system is activated against the organisms of dysbiosis.

The sixth group of points that show up are related to the reason that the organisms of dysbiosis were attracted to the client's body in the first place. The thymus gland in Ø2 (see fig.1)

shows up indicating the accumulated toxic material that has prevented the cells from functioning normally.

The seventh and eighth group of points that show up represent the reason why the toxicity was able to build up in the cell. The kidney in Ø2, Ø3, Ø1 (see fig. 4) and then the liver in Ø2, Ø3, Ø1 (see fig. 5) or vice versa indicate that the normal drainage routes or emunctories are not functioning well and allowed toxicity to build up in the cell.

The ninth group of points that show up are representative of the reason that the emunctories are not functioning optimally. The epiphysis in Ø3, Ø1 (see fig. 6) indicates that an emotional behavior pattern is still affecting the epiphysis. In this case stimulating the epiphysis via the ear is effective at releasing some of the emotional trauma that has stimulated the destructive behavior pattern. However, the most effective modality has been the use of single homeopathics. From our successful treatment of individuals with autoimmune diseases this seems to be the one determining factor as to whether the clients will have any relapse of their autoimmune process.

In most cases of cancer or autoimmune diseases I will also use other therapeutic modalities to support the body in its attempt to heal itself. The other therapeutic modalities include gemmotherapy, phytotherapy, Schuessler tissue salts, oligotherapy, combination and single homeopathics, vitamin and mineral supplementation. The choice of which therapeutic modality is used is determined through an energetic evaluation/comparison of the client's body and the therapeutic modality using Auricular Medicine and the new filter protocol.

This paper has not been an attempt to prove that Auricular Medicine can cure cancer or autoimmune diseases but rather an attempt to draw attention to a possible theory for the development of cancer and autoimmune diseases and how we can use Auricular Medicine to guide our therapy based on an experimental model and listening to the wisdom of the body by using a specific filter protocol and its indications. Many practitioners that have learned this specific filter protocol and its implications have used this protocol to obtain the same successful results with their clients. Without the pioneering work of Dr. Paul Nogier and his colleagues in the energetic field of Auricular Medicine none of the successes and understanding of cancer and autoimmune diseases would be possible. Hopefully, the successes that we see from using such a therapeutic theoretical model will stimulate the interest of the scientific community to prove or disprove this theory and other practitioners to at least shift their focus from symptom level treatment to cause level treatment by listening to the wisdom of the body and allowing the body to do what it does best, heal itself.

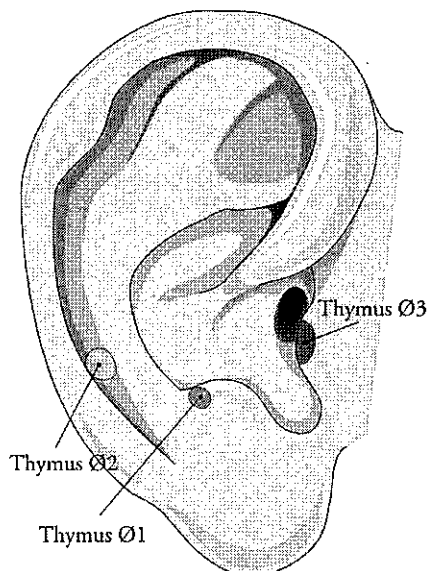
## Bibliography

1. Yong-Suk Kim, Hyungjoon Jun, Younbyoung Chae, Hi-Joon Park, Bong Hyun Kim, Il-Moo Chang, Sung-keel Kang and Hye-Jung Lee. The Practice of Korean Medicine: An Overview of Clinical Trials in Acupuncture. *eCAM* 2005;2(3)325-352
2. Nogier PFM. *Handbook to Auriculotherapy*. Moulins-les Metz, France: Maisonneuve; 1981.
3. Nogier PFM. *Treatise of Auriculotherapy*. Moulins-les Metz, France: Maisonneuve; 1972.
4. Nogier PFM, Nogier R. *The Man in the Ear*. Sainte-Ruffine, France: Maisonneuve; 1985.
5. Nogier PFM. *From Auriculotherapy to Auricular Medicine*. Sainte-Ruffine, France: Maisonneuve; 1983.
6. Bourdiol R. *Elements of Auriculotherapy*. Moulins-les Metz, France: Maisonneuve; 1982.
7. Oleson T. Electrophysiological Research on the Differential Localization of Auricular Acupuncture Points. *Medical Acupuncture*. 1999/2000;11(2):25-31.
8. Durinjan RA. An Introduction to the Physiology of Auricular Reflex Therapy. *Auricular Medicine and Acupuncture Physician*. 1983;3:7-13.

9. Oleson TD, Kroening RJ, Bresler DE. An experimental evaluation of auricular diagnosis: the somatotrophic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points. *Pain*.1980;8:217-229.
10. Navach J H. Infra-red photo pulse sensor and Doppler investigation of the autonomic vascular system. *Seventh German-Latin Congress of Acupuncture and Auricular Therapy*. Palma de Mallorca, Spain. 1980.
11. Navach J H. Clinical Correlation of the Vascular Autonomic System Pulse. *First International Congress on Acupuncture and Auricular Medicine*. Mallorca, Spain. September 20, 1980.
12. Kenyon J N. (1983). Auricular Medicine: The Auricular Cardiac Reflex & Appendix I. *Modern Techniques of Acupuncture, Vol II*. Thorsons, New York, New York 1983. pp. 82-96 & 191-195.
13. Ackerman J. M. The Biophysics of the VAS. *The Proceedings of Energy Fields in Medicine: A Study of Device Technology Based on Acupuncture Meridians and Chi Energy*. John E. Fetzer Foundation 1989. pp. 123-136.
14. Ackerman J. M. The biophysics of the VAS: its relationship to healing. *Coherence - International Journal of Integrated Medicine*. Part I: 1998;2:5-22; Part II: 1999;1:3-11).
15. Ackerman J. M. The Biophysics of the Vascular Autonomic Signal and Healing. *Frontier Perspectives*, Center for Frontier Sciences at Temple University, Vo. X, No. 2, Fall, 2001.
16. Portnov RC. The Experimental Foundation and Experience of the Clinical Application of Electro-puncture in Auricular Diagnostics and Auricular Therapy. *Auricular Medicine and Acupuncture Physician*. 1983;2:2-4.
17. Simmons M, Oleson T. Auricular electrical stimulation and dental pain threshold. *Anesth Prog* 1993;40:14-9.
18. Vorobiev VV, Dymnikov AA. The effectiveness of auricular microneedle acupuncture at the early postoperative period under conditions of the day surgical department. *Vestn Khir im II Grek* 2000;159:48-50.
19. Usichenko TI, Dinse M, Hermsen M, Witstruck T, Pavlovic D, Lehmann C. Auricular acupuncture for pain relief after total hip arthroplasty—a randomized controlled study. *Pain* 2005;114:320-7.
20. Usichenko TI, Lysenjuk VP, Groth M, Pavlovic D. Detection of ear acupuncture points by measuring the electrical skin resistance in patients before, during and after orthopedic surgery performed under general anesthesia. *Acupunct Electrother Res* 2003;28:167-73.
21. Ménétrier, Jacques. *Introduction à la medecine fonctionelle*. Paris: Editions Pacomby, 1954.
22. Ménétrier, Jacques. *Les diathèses*. Paris: Editions Le François, 1958.
23. Ménétrier, Jacques. *La Medecine des Fonctions*. Paris: Editions Pacomby, 1989.
24. Hamer, Ryke Geerd (2000). *Summary of the New Medicine*, 1<sup>st</sup> edition 2000, Amici di Dirk, Ediciones de la Nueva Medicina S.L., Fuengirola, Spain
25. Hamer, Ryke Geerd, *Vermächtnis einer Neuen Medizin [Legacy of a New Medicine]*, Part 1 and 2, 7<sup>th</sup> edition 1999, Amici di Dirk – Ediciones de la Nueva Medicina S.L., Fuengirola, Spain

26. Hamer, Ryke Geerd. *Krebs, Krankheit der Seele [Cancer, A Soul-Sickness]*, 1<sup>st</sup> edition 1984, Amici di Dirk, Rome-Paris-Bonn; 6th edition out of print.
27. Nogier PFM. *From Auriculotherapy to Auricular Medicine*. Sainte-Ruffine, France: Maisonneuve; 1983. pp.137-139
28. Ibid.
29. Adams, Mikhael. Letter to Muriel Agnes in response to request for VAS information for her Doctoral thesis. 2002
30. Anisimov VN. The role of pineal gland in breast cancer development. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2003 Jun;46(3):221-34.
31. Bushell WC, From Molecular Biology to Anti-aging Cognitive-Behavioral Practices: The Pioneering Research of Walter Pierpaoli on the Pineal and Bone Marrow Foreshadows the contemporary Revolution in Stem Cell and Regenerative Biology. *Ann N Y Acad Sci*. 2005 Dec;1057:28-49
32. Kwiatkowski F, Abrial C, Gachon F, Chevrier R, Cure H, Chollet P. Stress, cancer and circadian rhythm of melatonin. *Pathol Biol (Paris)*. 2005 Jun;53(5):269-72. Epub 2005 Jan 20.
33. Callaghan BD, Does the pineal gland have a role in the psychological mechanisms involved in the progression of cancer? *Med Hypothesis*. 2002 Sep;59(3):302-11.
34. Bartsch C, Bartsch H, Melatonin in cancer patients and tumor-bearing animals. *Adv Exp Med Biol*. 1999;467:247-64.
35. Pierpaoli W, Neuroimmunomodulation of Aging. A program in the pineal gland. *Ann N Y Acad Sci*. 1998 May 1;840:491-7.
36. Liebman PM, Wolfler A., Schauenstein K. Interaction of the epiphysis and the immune system. *Wien Klin Wochenschr*. 1997 Oct. 3;109(18):730-6
37. Kereny NA, Pandula E, Feuer GM, Oncostatic effects of the pineal gland, *Drug Metabol Drug Interact*. 1990;8(3-4):313-9
38. Reckeweg, Hans Heinrich. *Homotoxikologie [Homotoxicology]*, Aurelia Verlag, Baden-Baden, 1975.
39. Reckeweg, Hans Heinrich. *Homotoxins and Homotoxicoses, Fundamentals of a Synthesis of Medicin*, Aurelia Verlag, Baden-Baden, 1955.
40. Reckeweg, Hans Heinrich. *Homotoxicology – Illness and Healing Through Anti-Homotoxic Therapy*, Aurelia Verlag, Baden-Baden, 1980.
41. Lewin A, Mayer M, Chusainow J, Jacob D, Appel B. Viral promoters can initiate expression of toxin genes introduced into Escherichia coli. *BMC Biotechnol*. 2005 Jun 20;5:19
42. Jarrett R.F. Viruses and lymphoma/leukemia. *J. Pathol*. 2006 Jan;208(2):176-86.

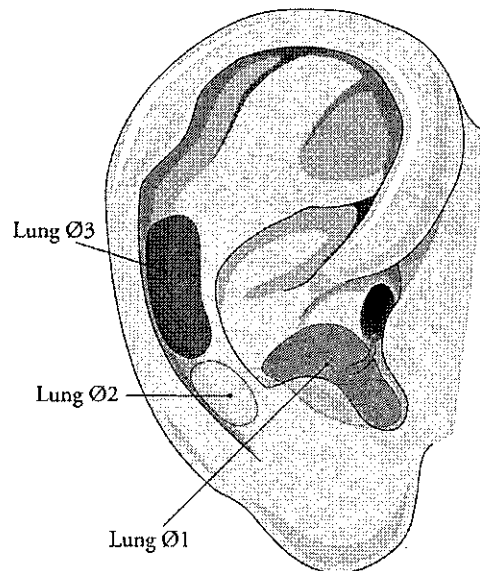
## THYMUS



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 1

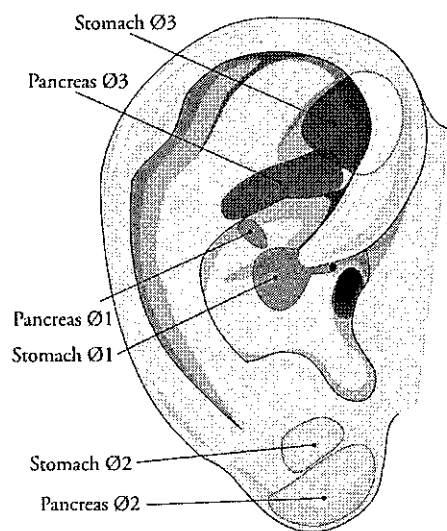
## LUNG



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 2

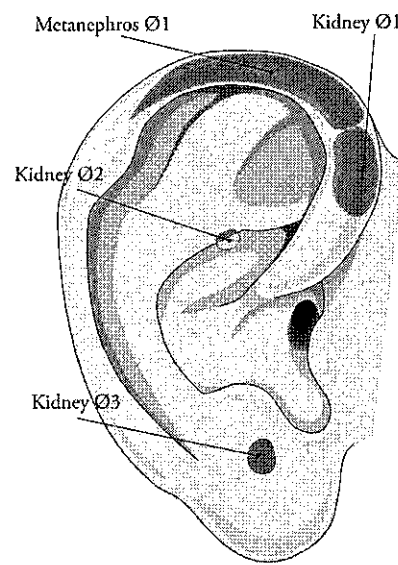
## STOMACH / PANCREAS



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 3

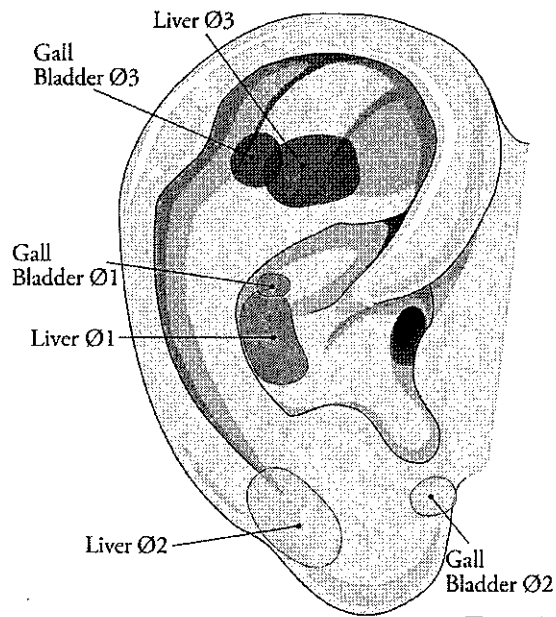
## KIDNEY



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 4

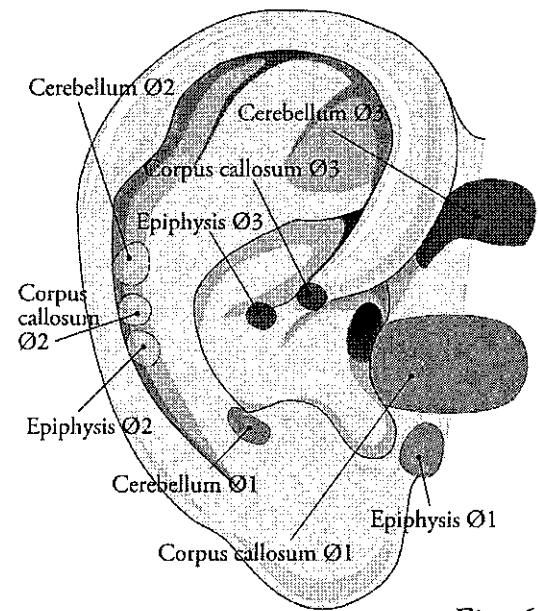
## LIVER, GALL BLADDER



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 5

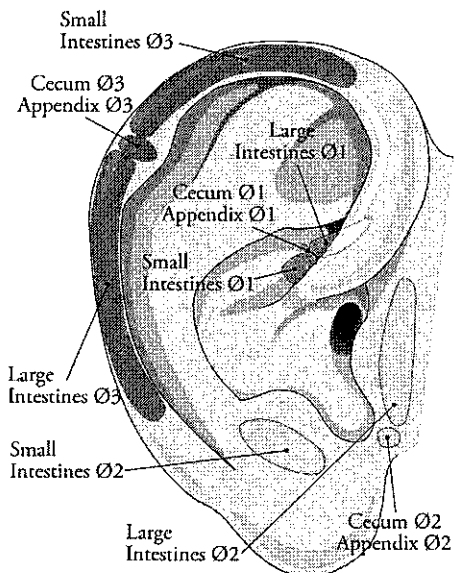
## EPIPHYSIS, CORPUS CALLOSUM, CEREBELLUM



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 6

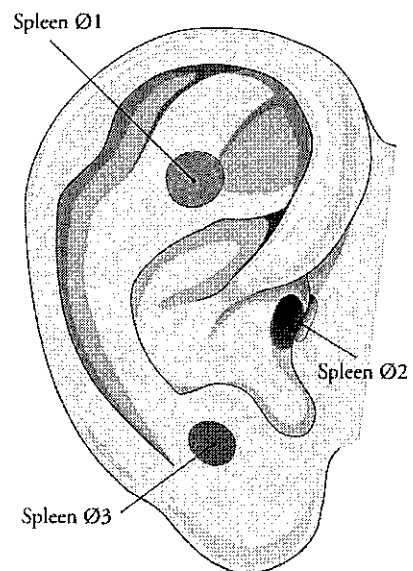
## INTESTINES



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 7

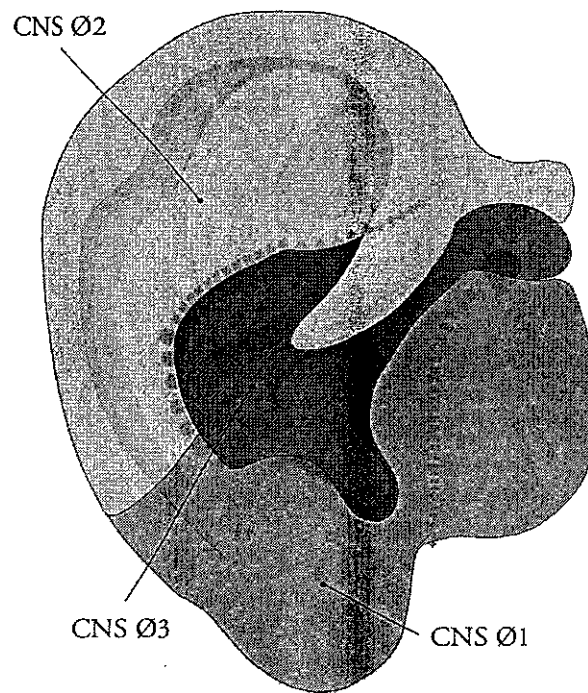
## SPLEEN



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 8

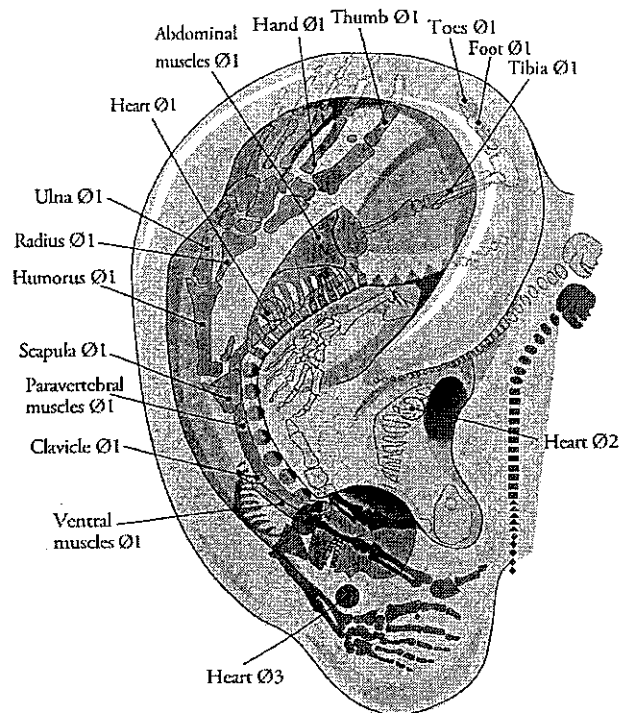
# Central Nervous System



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 9

## SKELETON



© October 2005, Mikhael Adams, B.Sc., N.D. Rev. 3

Fig. 10



PRESENTATION DE 15 ANS D'UNE PRATIQUE ATYPIQUE DE TRAITEMENT DES PATIENTS PAR INJECTION  
DES POINTS D'AURICULOTHERAPIE AVEC DE LA LIDOCAÏNE A 2 % (XYLOCAÏNE® SIMPLE A 2 %). –

DR. Gérard Landel

Gérard Landel, 44 rue de Nantes 56130 La Roche Bernard. Médecin généraliste.  
[landelv@yahoo.fr](mailto:landelv@yahoo.fr)

Auriculothérapie by injections of the ears points with simple Lidocaïne 2%. The advantages of this practice are efficacy, quickness, and the possibility of working some parts of the ears without pain for the patient. After 15 years of experimentations, the author presents the advantages, the indications, the contraindications, the limits, and the new possibility of microdestruction of ears cartilage during the anaesthesia of one part of the ear to procure a good relief of old and main pain of the sick person.

The looks of the legislation are survey. A description of this practice is suggested with enough details to help Medical colleagues for beginning easily this approach of illness.

Some examples are given to show the interest of the possibility of treating, with only one injection in one point, a physiopathological area implicate in the illness of your patient.

Mots clefs : Microsystème de l'acupuncture. Auriculothérapie. Lidocaïne. Réflexothérapie.

L'AURITHERAPIE : présentation de 15 ans d'une pratique atypique de traitement des patients par injection des points d'auriculothérapie avec de la lidocaïne à 2 % (Xylocaïne® simple à 2 %).

**DOCTEUR GÉRARD LANDEL**  
**56130 LA ROCHE BERNARD.**  
**TÉL. : 02 99 90 63 03**

Je suis heureux de vous décrire cette manière inhabituelle de pratiquer l'auriculothérapie. Nous avons tous entendu parler du traitement de diverses affections par des méthodes très éloignées de celles classiquement utilisées par les médecins auriculothérapeutes actuels :

- la cautérisation et les brûlures larges laissant des oreilles perforées à vie,
- les ponctures à l'aiguille de cactus,
- les fractures du cartilage d'oreilles,
- avec la mode sauvage et dangereuse des piercings, il y parfois une recherche de stimulation de certaines fonctions physiologiques,
- le poinçonnage avec un marteau et un fer de forme spéciale fut pratiqué avec succès par deux vieilles filles bretonnes dans les années 1930 à 1955 pour les céphalées de toutes origines, cela se passait dans la commune voisine de mon premier cabinet médical.
- Etc... vous en connaissez sûrement d'autres ! Dont la couture des points !

Ces méthodes et celles plus classiques de l'auriculothérapie ont toutes un dénominateur commun : agir sur des zones du cartilage et des parties charnues de l'oreille pour soulager une algie à distance de la dite oreille.

**L'AURITHERAPIE®** : c'est ainsi que je nommerai cette technique à la suite du **Docteur Roger Halfon** qui l'a décrite sous ce nom, dans une brochure éditée en 1981 par MALOINE® et malheureusement épuisée. Ce qui permet de penser que de nombreux lecteurs ont connu voire utilisé cette technique.

L'AURITHERAPIE présente, à mon avis, quelques avantages par rapport aux techniques plus traditionnelles de l'auriculothérapie : ASP, aiguilles d'acupuncture, électro-stimulations, applications de rayonnements Laser ou de champs électromagnétiques ou magnétiques, massages, cautérisation, etc.

En AURITHERAPIE, les indications thérapeutiques et les techniques de détection des points de l'oreille ne diffèrent en rien de celles que nos Maîtres nous ont transmises pour l'auriculothérapie. L'aurithérapie n'a pas de prétention en auriculomédecine.

J'utilise les ASP surtout pour favoriser l'arrêt du tabac ou pour soulager des algies très précises mais invalidantes chez des patients venant de loin. Exemple : une coxarthrose ou une PSH. Dans ces cas je ne revois le malade que si, l'ASP étant tombée, la douleur réapparaît, et j'entreprends quand même une série d'infiltrations à la Xylocaïne®.

Le laser et l'électro-stimulation gardent leur place de choix pour les enfants et les sujets pusillanimes.

**Voici le plan que nous suivrons dans cette (re) découverte : Schéma n°1**

**1) Pourquoi injecter un liquide dans les oreilles ; & pourquoi de la Lidocaïne ?**

**2) Les avantages :**

**Le travail sous analgésie,**

**La zone. Schéma.**

**La transfixion.**

**La « microchirurgie » du cartilage. Schéma.**

**L'effet retard & cumulatif progressif. Courbes. Schéma.**

**La rapidité : pour les médecins débordés de secteur 1.**

**3) Rythme des séances. En aigue. En chronique. Schéma.**

**4) Les limites.**

**5) Les contre-indications ;**

**Dues à la Lidocaïne.**

**Dues aux patients. Allergies. Intolérance. Pusillanimité.**

**6) Prudences & obligations.**

**Dues à la Lidocaïne. Réa.**

**Dues à la législation : SS, AMM, CCAM, ANR.**

**7) (Description précise de la technique d'injections. Schémas) Ne sera abordée que si le temps imparti le permet.**

---

**1) Pourquoi injecter un liquide dans les oreilles ; & pourquoi de la Lidocaïne ?**

**Réponse : pourquoi pas ? Puisque l'expérience montre la très bonne efficacité de la Xylocaïne® à 2% en auriculothérapie.**

Nous pouvons déclencher l'effet recherché en auriculothérapie de bien des manières différentes (cf. supra) il n'est pas illogique de profiter de l'action curative d'un liquide agressant les points de l'oreille, surtout si ce liquide par ses propriétés anesthésiantes permet de travailler l'oreille par de « nouvelles » techniques que je vous présente plus loin.

**Historique :** C'est une auriculothérapie bien classique que j'utilisais pendant les quatre premières années de ma pratique médicale, puis excès de travail oblige, je ne trouvais plus le temps suffisant pour faire honnêtement cette bonne méthode enseignée par le Docteur Paul Nogier et ses premiers élèves. Heureusement le hasard me fit découvrir l'aurithérapie avec l'injection de Scandicaïne® dans les points d'auriculothérapie. A partir de ce moment je pus enfin concilier efficacité, rapidité et auriculothérapie.

## 2) Les avantages :

Une fois l'anesthésie obtenue le patient vous laisse disposer de ses oreilles sans souffrir.

La durée d'action d'une injection de Xylocaïne® est elle inférieure à celle d'une ASP ? Personne ne peut le dire : cela dépend de trop de paramètres.

Mais le plus souvent, le patient pourra dormir sur ses deux oreilles sans se plaindre d'une ASP.

### A) La zone.

L'extension de l'anesthésie à la périphérie du point traité permet de travailler tranquillement sur une « **zone fonctionnelle** »,

La zone : vous pouvez vous offrir le luxe de traiter un ensemble d'organes proches les uns des autres et participant tous à la pathologie du patient :

### EXEMPLES DES AVANTAGES DE LA ZONE ANESTHESIEE :

- **dans une sciatique L5-S1**, la zone insensibilisée par la Xylocaïne® atteindra, selon la surface infiltrée par la Xylocaïne®, les points « réflexes » de la racine nerveuse et de la structure qui l'agresse, hernie discale, bec d'arthrose, etc.
- *Mais aussi les points réflexes d'autres structures environnantes* : les ligaments, les muscles intervertébraux et para vertébraux avec leur innervation & vascularisation, et les ganglions de la chaîne sympathique de cette **unité motrice**.
- En poussant un peu plus de Xylocaïne® la « bulle » touchera forcément les niveaux sus et sous jacents, voire la sacro-iliaque.
- **Le traitement des colopathies chroniques** va profiter d'une action de zone tout à fait souhaitable : les T.F.I., aux mécanismes souvent intriquées, mettant en jeu des organes et des commandes nerveuses variées qui seront traitées ensemble et sans provoquer de nouvelles douleurs à l'oreille du patient, par une seule « bulle » de Xylocaïne® : en 3 séances à 3 jours d'intervalle votre patient sera soulagé pour longtemps et peut être enfin prêt à regarder en face les vraies raisons de ses algies coliques.
- **Les migraines & les céphalées de tension**. Avec **un seul point** bien « arrosé » de Xylocaïne® sur chaque oreille, en 4 à 6 séances à raison de 2 la première et parfois la deuxième semaine, puis une par semaine ou par quinzaine et le patient sera soulagé de sa migraine pour longtemps. Dans plus de 90 % des cas de migraines et céphalées vous soulagerez votre patient en infiltrant uniquement la zone représentant la charnière occipito-atloïdienne. La zone de la Vésicule biliaire, pourtant souvent parlante pendant les migraines ne sera pas traitée : elle se remettra d'elle-même. (Le trajet interne du méridien du Foie en zone cervicale y sera probablement pour quelque chose ; de même pour le trajet du méridien de la V.B. au niveau de cette charnière occipito-atloïdienne !)
- **Les névralgies cervico-brachiales** même de mauvais pronostiques vous étonneront par leur sensibilité à l'aurithérapie. Combien de fois, ayant prévu plus de 4 séances, je constatais une guérison définitive au 2° rendez vous.

### B) La transfixion.

La transfixion devient indolore : vous pouvez traiter les points réflexes des muscles moteurs incriminés dans l'affection du patient sans le repiquer. C'est l'avantage du laser avec une durée d'action identique ou supérieure.

### C) La « microchirurgie » du cartilage. Schéma n°2.

Les lésions précises du cartilage de l'oreille sont réputées pour soulager définitivement certaines algies : cette technique va fendre, « éclater » le cartilage en cas de pathologies hyperalgiques, anciennes et rebelles : par exemple les névralgies du nerf pudendal. Profitez de l'anesthésie pour « martyriser » le cartilage en toute tranquillité : rien ne vous empêche de travailler avec une aiguille de gros diamètre : par exemple l'aiguille à bouchon utilisée après la fine aiguille de mésothérapie qui assure l'anesthésie.

### D) L'effet retard & cumulatif progressif. Courbes. Schéma n°3.

Parfois, comme en auriculothérapie, une seule séance suffira.

Plus souvent chaque séance améliorera le patient d'un degré ou plus (défini à l'échelle visuelle analogique) jusqu'à l'obtention du soulagement complet ou incomplet mais supportable pour le patient.

En cas d'échecs patents, ou de résultats insuffisants, le thérapeute épuisera toutes ses autres possibilités : l'auriculothérapie, l'auriculomédecine, la correction des erreurs diététiques, la neuralthérapie, la libération émotionnelle...etc. Tentez la micro chirurgie du cartilage sous lidocaïne. Nous en reparlerons bientôt.

### E) La rapidité pour le secteur 1, débordé en France.

Voilà la grande raison de mon engouement pour cette technique : le manque de temps d'un généraliste de secteur un à la campagne.

Avec l'aurithérapie, **RAPIDITE & EFFICACITE** sont au rendez vous !

Le temps de travail à l'aiguille incluant l'exploration des pavillons, la détection des points et leur traitement ne prend jamais plus de 4 à 5 minutes. Une fois les premières injections réalisées, un peu douloureuses pour le patient lors de votre premier passage sur chaque point, vous irez vite dans le vrai travail de ces points anesthésiés.

---

### 3) Rythme des séances. En aigue. En chronique. Schéma n°4.

**En aigue** : et en théorie, d'après Roger HALFON, 2 à 3 séances les 2 premières semaines, puis une séance les 2 semaines suivantes, puis une aux quinzième et trentième jours. Mais, plupart du temps le soulagement définitif est acquis à la 3<sup>e</sup> séance.

**En chronique** : par exemple pour les fibromyalgies ou les spondylarthrites ankylosantes, une séance par semaine les 2 ou 3 premières semaines, puis à la demande.

### 4) Les limites de la méthode.

**Dues aux patients : la peur des aiguilles. Intolérance par Pusillanimité.** Voilà la limite la plus fréquente de cette méthode.

**En dehors de ce cas, l'échec après deux séances d'aurithérapie signifie que vous devez chercher d'autres moyens pour soulager votre patient.**

**L'ECZÉMA** auriculaire est une limite, voire une contre-indication.

### 5) Les contre-indications ;

**Dues à la Lidocaïne.**

**LES ANTECEDENTS connus D'ALLERGIE à la LIDOCAINE.**

Depuis 1990 : j'ai noté deux cas d'allergie encore inconnue à ce produit, se résumant à un prurit avec érythème d'une ou deux oreilles pendant une semaine. L'une de ces patientes revient quand même chaque automne car elle apprécie l'effet anti-arthrosique de la lidocaïne probablement amélioré par le prurit rougeoyant de ses oreilles.

En cas d'allergie à la Xylocaïne® il m'arrive de travailler avec de la Scandicaïne®, de l'Atarax® injectable voire du Mag 2® injectable.

**Dues aux patients : Intolérance par pusillanimité.** C'est plus fréquent que les cas d'allergies.

#### **6) Une Précaution après certains traitements :**

Un effet sédatif pouvant gêner la conduite de la voiture peut se voir lors du traitement des points de l'articulation Atlas-Occiput. Cet effet sédatif se manifestant dès que le patient descend de la table d'examen et ne durant jamais plus d'un quart d'heure, ces patients sont invités à attendre 15 minutes avant de repartir.

#### **7) Prudences & obligations.**

**Dues à la Lidocaïne. Réa. Les infections, les bleus et les douleurs.**

Tous les utilisateurs de Lidocaïne doivent avoir à portée de main de l'oxygène, un masque de ventilation et de l'adrénaline.

**Dues à la législation : SS, AMM, CCAM, ANR & quoi encore !**

**EN FRANCE :** il s'agit d'un acte hors nomenclature, la lidocaïne n'ayant pas d'AMM dans la poncture des oreilles en dehors des cas de plaie à suturer.

**L'acte facturé sur un facturier en A.N.R. & à ne sera pas mentionner sur les feuilles de soins de la Sécurité Sociale.**

**Vous ne pouvez prescrire la Xylocaïne® simple à 2 % qu'avec la mention H.R.**

Je n'ai encore jamais vu **d'infection** après cet acte légèrement invasif.

**Une ecchymose** bleutée est le plus fréquent des effets secondaires : prévenez les patient(e)s à cheveux courts, surtout avant un mariage.

---

**FIN de cette présentation verbale ; le mode d'emploi de la technique peut faire l'objet d'un 8° chapitre sur papier ou disponible sur internet.**

#### **8) Description précise des injections. Schémas.**

La technique de poncture de l'aurithérapie va vous être décrite de manière très précise voire carrément scolaire. La voici :

Le patient est allongé sur la table d'examen, en décubitus dorsal, la détection des points étant faite.

Le praticien ayant préparé son outil de travail, avec :

- une seringue de 5 millilitres remplie de Xylocaïne® dosée à 2 %, sans adrénaline,
- une aiguille à mésothérapie de 0,4 millimètre de diamètre & de 4 ou 6 millimètres de longueur,
- après désinfection du pavillon de l'oreille, vous injecterez une goutte de lidocaïne dans la peau au niveau du premier des points à traiter choisis en fonction de l'affection du patient.

Chaque point fera l'objet de deux injections (rarement trois) ; l'aiguille pénétrant à chaque fois, si possible, par le premier trou de passage de **la première injection** dans le but d'obtenir une analgésie locale sur une zone de 3 millimètres de diamètre et de profondeur au minimum. Le

diamètre de la bulle sera fonction de la quantité de Lidocaïne injectée pour toucher une zone de différents points utiles à recruter pour le traitement.

La première injection de chacun des points à traiter se pratique donc de la manière suivante pour être la moins douloureuse possible.

L'aiguille, purgée de son air, est présentée, si possible, presque tangentielle à la peau de l'oreille.

### **PRESENTATION DE L'AIGUILLE :**

Selon la zone à piquer, le biseau de l'aiguille sera orienté de façon à pouvoir légèrement soulever le revêtement de l'oreille :

En zones convexes : le biseau n'est pas dirigé vers la surface de l'oreille ;

En zones concaves : le biseau de l'aiguille regarde la peau de l'oreille. Le biseau de l'aiguille est donc orienté vers le bas (c'est-à-dire vers la peau de l'oreille de cette façon – voir dessin au retro-projecteur.

### **TECHNIQUE DU SOULEVEMENT DE LA FINE PEAU DE L'OREILLE :**

Très lentement vous introduisez l'extrémité de cette aiguille dans la peau, sans pénétrer plus profondément que la longueur du biseau + 1 millimètre ; sachant que vous entrez dans la peau par un endroit situé à un ou deux millimètres du point à traiter. Ce point à traiter sera atteint par le biseau de l'aiguille sous l'épiderme.

Vous soulevez d'un millimètre la peau de l'oreille qui est « accrochée » à la pointe biseautée de l'aiguille.

- Sur les parties cartilagineuses et convexes de l'oreille, la peau se laisse très bien soulever tandis que,
- sur les zones charnues du lobe il est inutile de chercher à « séparer » la peau des tissus sous jacents ; aussi, est il important de pratiquer la première injection en zone charnue à la profondeur nécessaire pour atteindre le but choisi, par exemple pour améliorer les tremblements d'un parkinsonien, vous irez jusqu'au milieu de l'épaisseur du lobe, en zone réflexe des noyaux gris centraux.
- En zones concaves : par exemple dans la conque, je ne soulève pas la peau – je n'ai pas d'hameçon !- je pousse la peau par la pointe de l'aiguille de façon à pouvoir la faire pénétrer sans atteindre le cartilage pour y déposer la première goutte de Xylocaïne®.

Puis vous enfoncez l'aiguille, si possible parallèlement à la surface sur deux à trois millimètres en gardant la peau de l'oreille légèrement surélevée ou « poussée ». A ce stade inutile de faire mal au patient en injectant la Xylocaïne® directement dans le cartilage ou en profondeur des zones charnues.

### **PREMIERE MICRO INJECTION DE CHAQUE POINT A TRAITER :**

Injectez une goutte de façon à obtenir une « bulle ou surélévation » de 2 millimètres de diamètre ; cela ressemble, en plus petit, à l'intra dermo-réaction d'un test à la tuberculine.

Retirez votre aiguille et piquez de la même façon les autres points de la première oreille à traiter, posez un coton sec sur celle-ci, puis passez à l'autre oreille pour les mêmes types d'injections sur les points choisis.

Vous avez terminé le premier passage et délimité les « zones » à traiter qui sont visibles par le petit (ou gros) saignement provoqué aux points de pénétration, ces zones seront très vite anesthésiées, le temps de faire les PREMIERES INJECTIONS de la deuxième oreille et de repasser du côté de la PREMIERE OREILLE et... les 2 oreilles dorment... par endroits.

## **DEUXIEME INJECTION : LE TRAITEMENT PROPREMENT DIT :**

Deuxième passage : revenez à la première oreille et repiquez dans les même « trous » suivant le même ordre qu'à votre premier passage en demandant au patient s'il perçoit cette deuxième piqûre. Dans la plupart des cas vous apprendrez que l'anesthésie est totale, et vous pouvez désormais exploiter les nombreuses possibilités de traitements offerts par l'analgésie locale. Ici commencent les avantages de l'aurithérapie.

SANS DOULEUR POUR LE PATIENT vous lui ferez :

Des transfixions.

Des bulles de 1 centimètre de diamètre pour arroser une unité fonctionnelle.

De la micro destruction de cartilage.

Vous atteindrez les points les plus sensibles de l'oreille (A C T H ) en passant par un point d'entrée situé en zone peu sensible.

MERCI de votre écoute !

## **BIBLIOGRAPHIE :**

L'auriculothérapie, Dr. Paul NOGIER. Edition Maisonneuve.

L'aurithérapie. Une nouvelle approche de la santé. Dr. Roger Halfon. Maloine S.A. éditeur. 1981. Epuisé.

Information médicale / XYLOCAÏNE ®. Brigitte Bais. Chargée d'Information Médicale.

Anesthésie – Thrombose.

Laboratoire ASTRA ZENECA. Tél : 01 41 29 41 06. Fax : 01 41 29 48 29.

Lidocaïne et migraine. Communication du Dr. Anne Marnette. Chargée d'Information Médicale.

Laboratoire ASTRA ZENECA. Tél : 01 41 29 41 56. Fax : 01 41 29 40 01.

Mot clé : Microsystème de l'acupuncture. Auriculothérapie. Lidocaïne. Réflexothérapie.

Dr Jean-Louis MEMAIN, 2, avenue du Maoubési 65120 Luz-Saint-Sauveur

[jlmemain@tiscali.fr](mailto:jlmemain@tiscali.fr)

**Abstract :** Several years of practical experience in ear acupuncture has allowed us to notice the frequent appearance of an auricular point on the right side with right handed women.

This point is located in the knee area in phase 1 and when it reacts to green light (green 58), it is the evidence of dysmenorrhoea or/and past or present headaches related to menstruation.

Those dysmenorrhoea can sometimes be disguised by hormone medication or menopause.

The systematic detection of this point is quite interesting because it gives information on the patient's previous history she might have sometimes forgotten. This allows an adapted treatment even if the patient did not complain about gynaecological disorders. (green 58 )

**Mots clés :** dysménorrhées, céphalées, point hypophyse, point genou, point foie.

**But de la publication :**

- partage d'information
- aide sémiologique et nosologique
- amélioration des traitements

**Démarche suivie :**

L'expérience supérieure à 20 ans de pratique de l'acupuncture auriculaire nous a permis de constater la présence régulière d'un point du pavillon de l'oreille, associé ou non à certaines plaintes. Ce point se situe à l'emplacement du point genou en phase 1 sur l'oreille droite du droitier.

Lorsque ce point réagit à la lumière verte, j'ai constaté qu'il existait souvent des dysménorrhées et/ou des migraines ou céphalées cataméniales ; ce qui laisse supposer la possibilité de dysrégulation hypophysaire. En effet, c'est le point de l'hypophyse en phase 2, et du genou en phase 1. [1] D'autre part, en phase 3, ce point correspond au foie [1], connu en acupuncture pour être l'un des supports gynécologique [2]

La constatation fréquente de ce point, alors qu'il n'existait pas de plainte, nous a poussés à questionner les patientes sur de possibles dysménorrhées. La réponse souvent obtenue a été : « *Non. Plus maintenant, depuis que je prends des estroprogestatifs* » !

Souvent les femmes avaient oublié leurs douleurs en raison de contraception hormonale, de ménopause traitée, ou de ménopause installée depuis longtemps. Le traitement avait effacé la symptomatologie, mais pas le dysfonctionnement informatif ! Nous avons donc décidé de reprendre les dossiers, pour évaluer la présence ou non de ce point spontané.

**Moyens utilisés pour le diagnostic :**

- prise du pouls, recherche du R.A.C. [1] [3]
- lumière blanche de l'ophtalmoscope
- lumière verte (filtre coloré vert 58 et lumière blanche, détecteur lumineux, ophtalmoscope)



- filtre colorés Wratten Kodak vert 58, bleu 44, rouge 25
- recherche du point du genou selon la localisation mentionnée (*fig. 1*)

### **Analyse des dossiers des patients :**

Ont été repris les dossiers des 1016 patients vus en auriculothérapie lors des 5 à 6 dernières années, en précisant le sexe, l'âge s'il est inférieur à 15 ans

- le point est noté chez les femmes d'âge supérieur à 15 ans soit sur schéma d'oreille soit écrit directement
- parfois le point est recherché dans le dossier s'il y a plainte de dysménorrhée et/ou de migraine cataméniale
- il est noté indifféremment si phase 1(rouge), 2(vert) ou 3(bleu) ou lumière blanche.
- cependant bien souvent le point est précisé dans le dossier en cas de réaction au vert (mais pas systématiquement).

N.B. Le traitement n'a pas été abordé, n'étant pas le sujet de cette publication.

### **Résultats :**

Sur un volume d'environ 3200 dossiers de patients traités en auriculothérapie-auriculomédecine, un échantillon de 1016 dossiers a été analysé :

hommes 245 (24.1%), femmes 581 (57.2%), moins de 15 ans 190 (18.7%)

94 femmes avaient un point du genou à l'oreille droite spontanément, soit 16.2% des femmes.

Sur tous les points du genou réagissant à la lumière verte on constate :

- soit des dysménorrhées et/ou migraines ou céphalées cataméniales.
- soit une absence de douleurs, mais une ménopause établie avec antécédent de dysménorrhées et/ou de migraines cataméniales.
- soit une absence de douleurs, mais un traitement estroprogestatif en cours et des antécédents de dysménorrhées.

Sur tous les points du genou non précisés (phase 1, 2 ou 3) on constate :

- soit comme sur point du genou détecté au vert, (voir ci-dessus)
- soit un problème mécanique (arthrose, séquelles d'entorse ou de fracture, etc.)
- soit des antécédents d'hépatites
- soit une dysthyroïdie
- soit une grossesse
- soit une endométriose
- soit une association partielle de ces diverses manifestations
- soit rien de particulier en rapport avec le territoire du point (interrogatoire lacunaire)

Evidemment, il existe dans ce lot des points du genou détectés au vert, et n'ayant pas été identifiés comme tels.

- parfois, surtout chez l'adolescente qui n'a pas été évaluée, on notait de vagues douleurs de genou ou des problèmes de syndrome rotulien. Ce fait nous a conduit à nous ouvrir aux gynécologues, pour qu'ils interrogent leurs jeunes patientes souffrantes pour savoir si elles avaient aussi une quelconque gêne des genoux. La difficulté d'une telle entreprise nous a conduit vers des médecins de médecine physique, pour qu'ils demandent à leurs patientes souffrant des genoux s'il existait des règles douloureuses. Les résultats sont en attente.

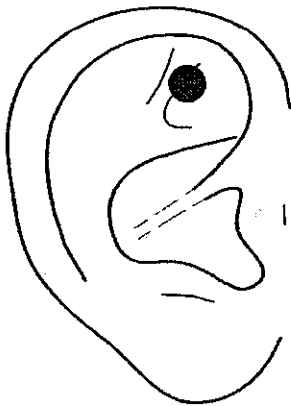
### **Conclusion :**

La présence du point du genou à l'oreille droite chez la femme droitnière détecté en lumière verte témoigne constamment d'un trouble douloureux lié au cycle : dysménorrhées ou migraine cataméniale.

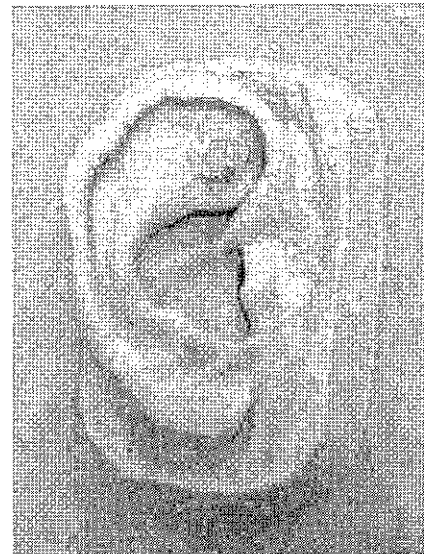
Sa présence relativement fréquente (1 femme sur 6 personnes dans notre étude) est sous estimée. Elle nécessiterait sa recherche systématique chez toute femme vue en auriculothérapie, quelque soit le motif de consultation, afin de mieux appréhender son terrain, de le traiter, en apportant par là même une amélioration à l'état de la patiente.

### **Références :**

- [1] Nogier P.M.F. De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve
- [2] Auteroche B, Navailh P. Le diagnostic en médecine chinoise. Maloine
- [3] Rouxville Y. Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical



*fig.1 : le point fréquemment retrouvé à l'oreille  
en cas de dysménorrhées ou migraines cataméniales*



ROLE DES PARAMETRES DE FREQUENCE ET D'INTENSITE DE STIMULATION  
DANS LA THERAPIE ELECTRIQUE TRANSCUTANEE EN ACUPUNCTURE  
AURICULAIRE. – Dott. Giancarlo BAZZONI.

**Dott. Giancarlo Bazzoni**

Scuola Italiana di Agopuntura e Auricoloterapia  
G.S.A.T.N. Sassari – Italy  
[giancarlogb@tiscali.it](mailto:giancarlogb@tiscali.it) [www.agopuntura-italia.it](http://www.agopuntura-italia.it)

**INTRODUCTION**

La stimulation électrique transcutanée du pavillon auriculaire a été proposé pour la première fois par l'école française de P. Nogier.

Diascope, Thérapuncteur P, EMS 20 ont permis aux acupuncteurs auriculaires des année 70 la possibilité de pratiquer une nouvelle et efficace thérapie, utilisée surtout sur des malades qui ne supportaient pas la « stimolazio » avec des aiguilles et sur des enfants.

Différents travaux ont montré comme la stimulation électrique transcutanée agisse d'une façon positive sur la douleur évoquée expérimentalement sur l'homme et sur l'animal.

Des études sur l'électrostimulation en acupuncture somatique indiquent que entre les différents paramètres de stimulation, (forme d'onde, intensité de courant, durée de l'application), la fréquence est la plus importante. Les basses (< 5Hz) et hautes fréquences (100-200Hz) ont une action différente parce qu'elles agissent sur des systèmes biologiques divers. Les travaux sur l'application clinique de la stimulation auriculaire, en littérature, ne sont pas trop nombreux, ils sont presque exclusivement sur le domaine de la désaccoutumance de substances.

L'école française de Nogier en transférant sur le domaine de l'acupuncture auriculaire certaines concepts de l'auriculomédecine, suggère que chacune des 7 zones fréquentielles dans lesquelles est possible diviser le pavillon auriculaire, puisse être stimulée avec sa propre fréquence (fréquences de Nogier : A=2,28 Hz, B=4,56 Hz, C=9,12 Hz, D=18,25 Hz, E=36,5 Hz, F=73 Hz, G=146 Hz).

Dans la thérapie de la douleur l'emploi combiné de différentes fréquences permet d'obtenir une action visée: les fréquences A+B+F sont applicables dans les thérapies douloureuses au cours de processus phlogistiques, cicatriciels, déchirure musculaire.

Olen et Kroening pensent, en suivant Nogier, que les différentes fréquences ont une action spécifique quand'elles sont appliquées sur la zone auriculaire correspondent: 2,5 Hz pour des problèmes phlogistiques et de lateralité, 5 Hz pour des problèmes digestifs et nutritifs, 10 Hz pour des pathologies muscle-squelettiques et algiques, 20 Hz pour des problèmes de lateralité

et déséquilibre interhémisphérique, 40 Hz pour la douleur neuropathique, 80 Hz pour les troubles de l'humeur, 160 Hz pour des troubles psychiques et psychosomatiques.

De ces travaux sont dérivés les instruments modernes : Agistim, Agiscop DT, Servoscope, Agistim Duo (Sedatelec - France).

L'Agistim Duo est un instrument électromédical développé, en origine, pour la stimulation des aiguilles en acupuncture somatique et auriculaire. La Sedatelec a construit, sur notre indication, un dispositif particulier (*Modul Styl*) qui permet d'effectuer la simulation électrique transcutanée des points auriculaires.

Dans notre expérience l'Agistim Duo + *Modul Styl* s'est révélé particulièrement efficace et actuellement représente la forme de stimulation auriculaire plus employée dans les activités cliniques quotidiennes. Le *Modul Styl* est constitué par un manipulateur avec un monoélectrode et une masse ; la thérapie s'effectue en mettant le monoélectrode à contact de la peau dans le point ou « zonide » auriculaire que l'on veut stimuler, le malade ferme le circuit en tenant dans la main l'électrode de masse. L'instrument permet de varier la fréquence, l'intensité et la modalité d'émission du signal. Il est possible de choisir entre une gamme de fréquences libres comprises entre 1 et 99 Hz, ou entre fréquences programmées (Fréquences de Nogier).

La courant de stimulation est constituée par une onde rectangulaire asymétrique, positive ou négative, avec une durée de 0.5 ms ; l'énergie positive de l'onde est égale à celle négative et ça permet de ne pas avoir aucune accumulation de charges au niveau de l'électrode de stimulation, en excluant des possibles brûlures cutanées.

Dans notre expérience clinique la stimulation électrique a remplacé, avec de grands avantages, presque complètement la plus traditionnelle pratiquée avec les aiguilles.

Dans l'Agistim Duo, comme dans la presque totalité des électrostimulants employés en acupuncture, la forme d'onde est préétablie, il en résulte que les paramètres de stimulation réellement modifiables sont : intensité de courant, fréquence et durée de la stimulation.

Le temps de stimulation optimal est compris entre 30 et 120 sec. L'intensité de la courant doit être réglée de façon que le stimulus ne soit pas gênant ni douloureux pour le malade.

L'Agistim Duo avec le *Modul Styl* a été utilisé, dans notre étude, en réalisant plus de 6000 traitements d'électrostimulation transcutanée dans la thérapie de différentes pathologies : algiques, muscle-squelettiques, céphalées, névralgies faciales, syndromes anxieux-dépressives médio-légères, troubles du sommeil, dysfonctionnement neuro-végétatives, troubles de comportement alimentaire et dans le soutien du malade ou cours de restrictions diététiques.

## **EXPERIENCES CLINIQUES**

### **Electrostimulation auriculaire et douleur muscle-squelettiques**

Nous avons effectué une étude d'observation sur deux groupes de malades qui présentaient douleur muscle-squelettique pour connaître si l'action thérapeutique, de la stimulation électrique transcutanée des points auriculaires avec AGISTIM DUO + MODUL STYL, varie en terme d'efficacité avec la variation des paramètres : Fréquence et intensité de courant de stimulation.

### **Rôle de l'intensité de la stimulation**

Au cours de l'application de l'électrostimulation auriculaire transcutanée on a un phénomène auquel on a donné le nom de sensation électrique d'aiguille.

Son apparition est perçue comme un changement significatif de la sensation subjective du stimulus. La stimulation électrique transcutanée devient semblable à celle qui a été provoquée par la puncture d'une aiguille et se déclare spontanément au cours de la stimulation, après un peu de temps de son début et en détermine la conclusion car habituellement le malade ne le tolère pas que pour peu de secondes.

De notre expérience, les résultats obtenus dans la thérapie de pathologies algiques muscle-squelettique, sont meilleures quand le malade, au cours de la stimulation des points, sent ce type de sensation.

Pour étudier ce phénomène on a effectué une étude d'observation sur un groupe de sujets qui sentait de la douleur d'origine muscle-squelettique.

### **Etude d'observation sur le rôle de la sensation électrique d'aiguille dans la stimulation électrique transcutanée avec Agistim Duo + Stym modul sur la douleur muscle-squelettiques**

## **PATIENTS ET MÉTHODES**

Les données sur l'étude ont été rassemblés pendant 18 mois. 30 sujets avec douleur d'origine muscle-squelettique (22 sexe féminin, 8 sexe masculin, âges de 18 à 60 ans).

Les sujets qui ont participé à cette étude ce sont des malades de notre cabinet acupuncture auriculaire. L'enrôlement a été fait en suivant un critère temporel; les premiers 15 arrivés à notre observation ont été inclus dans le groupe A et les successifs dans le groupe B.

Leurs consentements écrits ont été obtenus après remise d'une information claire, sur les modalités et le but de l'étude.

Tous les sujets ont reçu un traitement avec électrostimulation transcutanée avec **Agistim Duo** +

**Modul Stil** qui changeait seulement pour l'intensité de la courant de stimulation.

**Groupe A :**

stimulation électrique transcutanée avec l'otention de al sensation électrique d'aiguille

**Groupe B :**

stimulation électrique transcutanée sans l'otention de al sensation électrique d'aiguille.

**Critères d'insertion**

Douleur aiguë bénigne d'origine muscle-squelettique à la charge du rachis cervical  
( diagnostic d'entrée mis par un spécialiste orthopédique, rhumatologue, neurochirurgien).

**Critères d'exclusion**

Contemporaine prise de médicaments comme « benzodiazepine, neurolettici,  
corticosteroïdi ».

**Evaluation de la douleur**

L'efficacité du traitement sur la douleur des deux différentes modalités de stimulation  
(présence ou absence du phénomène sensation électrique d'aiguille) a été appréciée par la  
diminution absolue de l'intensité de la douleur mesurée en utilisant le VAS administré en  
deux temps : **T1** au moment de la première séance, **T2** après 6 heures de la stimulation.

**Chois des points auriculaires**

1 – 2 points bilatéraux, électriquement actifs, identifiés dans la zone de représentation du  
rachis cervical, recherche des points avec **AGISCOP D** (Sedatelec – Lyon France)

**Stimulation des points**

Stimulation électrique transcutanée avec **AGISTIM DUO + STIL MODUL** (Sedatelec –  
Lyon France).

Fréquence courant de stimulation : Groupe A et B=10Hz

### **Groupe A**

Stimulation électrique transcutanée avec Agistim Duo + Stil Modul

Temps et intensité de stimulation: 120 sec pour point - Intensité de stimulation : ressentie par le malade s'interrompt d'avance si le malade accuse l'apparition de la **sensation électrique d'aiguille**.

Le sujet **accuse** l'apparition de la sensation électrique de l'aiguille.

### **Groupe B**

Stimulation électrique transcutanée avec Agistim Duo + Stil Modul

Temps et intensité de stimulation: 120 sec pour point - Intensité de stimulation : ressentie par le malade

Le sujet **n'accuse pas** l'apparition de la sensation électrique de l'aiguille.

## **RESULTATS**

Avec le test par données appariées, la réduction de la **VAS** dans le temps **T1 T2** est résultée significative dans les deux groupes.

Le test par échantillons indépendants, basé sur les différences **VAS 1 et VAS 2** dans les deux groupes, montre une supériorité de la stimulation auriculaire pour le groupe **A** où le sujet a accusé la **sensation électrique de l'aiguille**.

## **CONCLUSION**

Il est souhaitable que le rôle des différentes fréquences et le rôle du phénomène sensation électrique d'aiguille dans le domaine de la stimulation électrique transcutanée soient objet d'expérimentations ultérieures au-delà de ces observations initiales.

EXPERIENCES AND RESULTS BY USING "FOREVER NEEDLE-ACUPUNCTURE" –  
Dr. Ulrich WERTH.

The discovery of "forever needle-acupuncture" or implantacupuncture happened by an accident seven years ago, when an ASP-needle moved under the skin. Because it helped better, I developed a method by using "forever titanium-needles". The best result I discovered by treating Parkinson-patients.

Out of 20 patients suffering from Parkinson disease were 16 extremely better after three months. The patients were examined by independent neurologists. Now we are evaluating the reduction of symptoms and the reduction of Parkinson medicine of 1000 parkinson patients

after treatment by using my method. Since starting the method, patients have come from countries all over the world to see me. I would like to present the results at the symposium.

Authors:

Dr. med. Ulrich Werth

Stefan Werth

Nadine Hennig



## INTERNATIONAL STANDARDIZATION OF STRUCTURED ABSTRACTS ON AURICULOTHERAPY – Terry OLESON

Terry Oleson, PhD    terry.oleson@gmail.com

Auriculotherapy Certification Institute, Los Angeles, CA 90046 USA

At the 2000 international symposium on auriculotherapy and auriculomedicine, which was held in Lyon, France, there was a meeting of scientific investigators to standardize the communication about auricular acupuncture research throughout the world. This symposium was the culmination of previous conferences by the World Health Organization (WHO) to standardize the nomenclature for all acupuncture points. One of the purposes of this gathering was to develop an international website which would contain a bibliography of all references on auricular acupuncture, auriculotherapy and auriculomedicine.

### Background for Bibliography Meeting

While many research studies on the topics of auriculotherapy and auriculomedicine are available through the computer database *Medline*, there are many acupuncture journals and alternative medicine journals that are not listed in *Index Medicus* which is used by Medline. These additional journals often contain highly valuable research and clinical studies in the field of auriculotherapy and auriculomedicine that is not presented elsewhere. There are also many presentations at scientific conferences that do not become immediately published in a journal. Finally, there are studies published in one language that never get translated into another language.

This problem applies to the whole field of acupuncture and Oriental Medicine, but it particularly applies to auriculotherapy and auriculomedicine, where many studies published in China, France, Germany, and Russia do not get published in English journals.

At the 2000 Lyon meeting, Dr. Andre Lentz , representing the Group Lyonnais d'Etudes Medicales (*GLEM*), presented a comprehensive book that compiled most English language and non-English language studies on auriculotherapy and auriculomedicine. The same references were presented both in French and in English translations and were organized into basic categories. Dr. Lentz had worked extensively to collect all the published writings on auriculotherapy and auriculomedicine and systematically enter them into a computer database, using the software program FileMaker Pro. The book prepared by Dr. Lentz served as the foundation for the international bibliography.

The purpose of this international bibliography on auriculotherapy will be to develop the cooperation of scientific investigators throughout the world to establish and distribute an international bibliographical data base. It will allow practitioners of auriculotherapy and auriculomedicine to perfect their knowledge and techniques, assist researchers to expand their research database, facilitate teaching this topic, and respond to demands that we validate our methods by providing references.

The bibliographical work will be done on several levels:

- Collecting the references for articles.
- Finding the summaries or abstracts.
- Gathering together the articles themselves.
- Translating certain references into English.
- Giving information about what has been published in various countries.

#### *Item 1 : The Internet Site*

For practical reasons, this bibliography will be done mainly on the Internet. We have several possibilities, which will be the object of our first question.

Solution 1 : Put everything on a single Internet site with a Webmaster for each language.

Solution 2 : Have linked Internet sites for each language.

Solution 3 : Divide up the tasks between language sites and have a coordinating site which can also have several Webmasters.

On each language site could be put the latest news from each country using that language, and then the information can be linked up on the coordinating site.

## *Item 2 : Names and Addresses of the Participants*

Individuals interested in working on this international bibliography are asked to communicate their interest to the central organizer for this bibliography database, Dr. Terry Oleson from the USA, at [terry.oleson@gmail.com](mailto:terry.oleson@gmail.com)

Each person's name and email address will be put out on the international Internet site, with the current website address of **[www.auriculotherapy.net](http://www.auriculotherapy.net)**. All participating individuals and organizations will be asked to join a new organization, the **International Auriculotherapy Association (IAA)**.

## *Item 3 : Language Coordinators*

At least one person will need to be in charge for each language, and if possible a deputy to assist that individual. The duties of this coordinator will be to:

- Contact a coordinator in each country that shares the same language.
- Compile the bibliography for that language.
- Create an Internet site for that language.
- In English, provide coordinators for other languages with information from the countries using his / her language.
- The coordinator can be helped to do this by anyone he/she chooses.

Once all relevant articles and conference proceedings on auriculotherapy have been analyzed in English, they will need to be translated into other languages. There are now internet programs that do translations from one language to another. Two such web sites are <http://babelfish.altavista.com> and [http://www.google.com/language\\_tools](http://www.google.com/language_tools). The translations would then need to be proof read by someone knowledgeable in that language.

## *Item 4 : Principal Coordinators*

Dr. Terry Oleson of the USA was elected as the principal coordinator at this international meeting.

This Language Coordinator's role has been described as the following:

- 1) Contact 1 (one) appointee in each country of identical language.
- 2) Put together a bibliography in the language concerning him.
- 3) Create an internet site for his language.
- 4) Present the Head Coordinator and the Language Coordinators, a report of findings in the English language concerning the various countries specific to his/her language jurisdiction.

Each Coordinator may enroll help from anyone he/she chooses. The Head Coordinator will collect all the data from each Language Coordinator and set them up on a central website. Data must be submitted in English as well as in the language originally published in.

## *Item 5 : Computer Procedures*

The original database has first been retrieved from the U.S. **National Library of Medicine (NLM)** by a literature search of **Entrez PubMed** through the reference citation manager **EndNote**. This original source will serve as the basis for the future additions to this international bibliography. It is important for people consulting this database to have multiple sorting and search facilities for key words in all the fundamental principles.

## *Item 6 : Financing*

The primary expenses for the establishment of this bibliography database will be for a webmaster to create and to maintain the international website and for data entry personnel to enter the specific research information required for each structured abstract. Associations for each country probably need to fund a coordinating site for their specific language and practitioner population.

The primary income to support these expenses will be by paid membership fees for the international networking organization. The fees need to be fair, equitable, reasonably inexpensive, yet provide sufficient income to partially finance the bibliography reference list. There will be both a member only portion of the website and another section of the website open to everyone. Each

participating organization in the network can work out a separate agreement for members of their society.

The acupuncture bibliography for the 1997 NIH Consensus Conference was fortunately funded by the United States federal government. It included all acupuncture related articles available on Medline from 1970 to 1997. Interested individuals can obtain a copy of the Consensus Statement on Acupuncture: via the NIH website, <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/acupuncture.html>. The 1997 NIH Consensus Bibliography has not been updated for acupuncture research conducted in the past 10 years. The National Library of Medicine, nonetheless, might have funds that could be granted for this type of project, particularly since the project involves international cooperation. Seeking funds from the NCCAM subdivision of the U.S. National Institutes of Health is another possibility. Still another possibility would be private foundation funding, which may be more optimistic than governmental funding, but requires personal connections to the appropriate potential donors.

#### *Item 7 : Working Rules*

Projected working rules will be drawn up by the principal coordinator and will then be debated and approved by the other people in the network.

A private website forum and private email discussion will serve to work out details regarding bibliography guidelines. There can also web pages set up for personal access. These rules will put in place all the procedures for providing bibliographical databases.

There will also need to be rules developed for the relationships between the coordinators and rules for the acceptance or change of the position as coordinators.

- 1) Put forth a definition of auricular acupuncture and define the extent of the bibliography.
- 2) Determine what the content and format of their task will entail.

3) It was agreed that the above choices must not be determined by those who will develop the bibliography, but by those who will be using it. To that end, it was deemed necessary to provide the users with a maximum amount of data allowing for research in auricular acupuncture. The format must be of a kind internationally recognized. In order to save time, it was agreed to open the debate on the mailing list to be created to all interested individuals.

### **Structured Abstracts**

The purpose in providing structured abstracts, rather than author arranged abstracts, is to systematically organize the most important information about the study in a basic format. This structure will provide more effective translations from one language to another. The computer data fields that are agreed upon will examine specific contents about the research design and about the results. It has not yet been finalized which data fields will be included in the structured abstract.

In conferring with scientific colleagues throughout the world, there are certain formats commonly used by many scientific journals for summarizing the content of research articles in a simple, standardized, structured abstract. The ***Journal of Alternative and Complementary Medicine*** often separates the Abstract into the following sections: *Objectives, Design, Setting, Participants, Outcome Measures, Results, and Conclusions*. The journal ***Archives of Internal Medicine*** similarly separates the Abstract into the following sections: *Background, Objectives, Design, Setting, Participants, Interventions, Main Outcome Measures, Results, and Conclusions*. A similar format can be created for auriculotherapy articles, but it may need to be created out of an existing abstract. Abstracts will be first made available in English on a central website with a link to the site of their original language of publication when need be.

Primary Coordinator: Terry Oleson [terry.oleson@gmail.com](mailto:terry.oleson@gmail.com)

#### Language Coordinators:

German:	Beate Strittmatter	<a href="mailto:strittmatter@t-online.de">strittmatter@t-online.de</a>
French:	Marc Le Bel	<a href="mailto:doctorlebel3231@hotmail.com">doctorlebel3231@hotmail.com</a>
Italian:	Marco Romoli	<a href="mailto:makro@tin.it">makro@tin.it</a>
English:	Terry Oleson	<a href="mailto:terry.oleson@gmail.com">terry.oleson@gmail.com</a>
Spanish:	Carlos Zulueta	<a href="mailto:janglg@correo.web.com">janglg@correo.web.com</a>
Portuguese:	Jorge Boucinhas	<a href="mailto:boucinhas@digicom.br">boucinhas@digicom.br</a>
Russian:	Volodymyr Sobetsky	<a href="mailto:leo@atlas.kiev.ua">leo@atlas.kiev.ua</a>
Japanese:	Etsutaro Ikezono	<a href="mailto:lkezono@pp.iiJ4u.or.jp">lkezono@pp.iiJ4u.or.jp</a>

The initial database would contain only those acupuncture articles that utilize auriculotherapy or ear acupuncture alone, but it could include articles that utilize body acupuncture and ear acupuncture. It was deemed necessary to define what is meant by auriculotherapy. Auriculotherapy is any form of needle, electrical, laser, pressure, or some other stimulation of points on the ear for the purpose of treating a health disorder. Auricular acupuncture and auriculomedicine would both be considered subsets of auriculotherapy.

The primary coordinator will be in charge of consulting with his deputy coordinators to find the best solution to this, but everyone here is welcome to submit his/her own solutions. At any rate, we will have to come to a solution acceptable to everyone here; with a common format and common model so that the data always have the same structure and can easily be accessible to all.

#### **Thèmes, Classifications, Categorization of Studies Used by Andre Lentz ( French / English )**

Auriculothérapie / Auriculotherapy  
 Auriculomédecine / Auricular Medicine  
 Acupuncture Auriculaire / Auricular Acupuncture  
 Allergies / Allergy  
 Intolérances alimentaires / Food Intolerance  
 Analgésie et Douleur / Analgesia and Pain  
 Cardiologie / Cardiology  
 Cas Cliniques / Clinical Observations  
 Chirurgie / Surgery  
 Complications et contre-indications / Complications and Contraindications  
 Désintoxications Médicaments tabac drogues Alcool / Withdrawal and  
 Detoxification from Substance Addiction, Medications, Tobacco, Drugs, Alcohol  
 Dermatologie / Dermatology  
 Diagnostic / Diagnosis  
 Endocrinologie / Endocrinology  
 Enseignement / Congress Proceedings  
 Gastroentérologie / Gastroenterology and Gastro-Intestinal Disorders  
 Généralités / General Topics  
 Gynécologie, Obstétrique / Gynecology and Obstetrics  
 Histoire / History of Auriculotherapy  
 Hématologie/Immunologie / Hematology and Immunology  
 Homéopathie / Homeopathy  
 Infectiologie / Infectious Diseases  
 Insomnie / Insomnia or Sleeplessness  
 Kinésithérapie / Kinesiology Therapy  
 Médecine interne / Internal Medicine  
 Neurologie / Neurology  
 Nutrition-Obésité / Nutrition and Obesity  
 Odontostomatologie / Odontostomatology  
 Ophtalmologie / Ophthalmology  
 Oto-Rhino-Laryngologie / Ear, Nose, and Throat  
 Pédiatrie / Pediatrics  
 Pneumologie / Pneumology  
 Psychiatrie / Psychiatric  
 Recherche / Expérimentation animale / Research on Animal Experimentation  
 Recherches sur les points, la physiologie et l'anatomie de l'oreille / Research  
 on ear points, physiology, and the anatomy of the auricle  
 Recherches fondamentales, théoriques et cliniques / Research on Clinical,  
 theoretical, and fundamental topics  
 Rhumatologie et Sport / Rheumatology and Sports Medicine  
 Techniques / Techniques  
 Urologie / Urology  
 V.A.S. ou R.A.C. / Vascular Autonomic Signal or Auricular Cardiac Reflex

## **International Bibliography Topic Areas for Structured Abstracts**

- 1.0 General Acupuncture and Auriculotherapy Topics**
  - 1.1 History Acupuncture and Auriculotherapy
  - 1.2 Theoretical Issues in Acupuncture and Auriculotherapy
  - 1.3 Descriptive Reports on Treatment Issues
  - 1.4 Editorials and Letters to the Editor
- 2.0 Clinical Research Areas**
  - 2.1 Clinical Research Methods and Procedures
  - 2.2 Systematic Reviews and Meta-Analyses
  - 2.3 Surveys of Patients and Practitioners & Qualitative Research Studies
  - 2.4 Auricular Diagnosis, Tongue Diagnosis, Oriental Pulse Diagnosis, Skin Color
  - 2.5 Auricular Medicine, VAS, RAC, Nogier Phases, Dental Foci, Laterality, Oscillations
  - 2.6 Oriental Medicine Herbal Remedies and Homeopathy
- 3.0 Addiction and Substance Abuse Disorders**
  - 3.1 Alcohol Abuse, Alcoholism, Sedative Abuse, Barbiturate Abuse
  - 3.2 Smoking Cessation, Nicotine Addiction
  - 3.3 Opiate Abuse, Heroin Abuse, Methadone, Opiate Withdrawal, Narcotic Detoxification
  - 3.4 Stimulant Abuse, Cocaine Abuse, Hallucinogens, Marijuana Abuse
  - 3.5 Weight Loss, Obesity, Weight Reduction
  - 3.6 General Addiction, Drug Detoxification, Drug Withdrawal, NADA Protocol
- 4.0 Pain Disorders**
  - 4.1 Back Pain, Sciatica, Lumbago, Hip Pain
  - 4.2 Migraines, Tension Headaches, TMJ Disorder
  - 4.3 Neck and Shoulder Tension, Cervical Pain, Torticollis, Whiplash, Bursitis
  - 4.4 Pain in Extremities: Foot, Ankle, Knee, Hand, Wrist, Elbow, Carpal Tunnel
  - 4.5 Arthritis, Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Inflamed Joints
  - 4.6 Dental Pain, Toothaches, Gingivitis, Trigeminal Neuralgia, Facial Pain
  - 4.7 Fibromyalgia, Myofascial Pain, Generalized Pain
  - 4.8 Analgesia, Anesthesia, Surgery, Post-Operative Pain, Surgical Complications
  - 4.9 Burns, Wound Care
- 5.0 Neurological and Sensory Disorders**
  - 5.1 Stroke, Head Injury, Hemiplegia, Paralysis, Polio, Multiple Sclerosis, Muscle Weakness
  - 5.2 Epilepsy, Seizures, Bell's Palsy, Cerebral Palsy, Parkinson's Disease, Motor Tremors
  - 5.3 Neuropathy, Peripheral Neuralgia, Shingles, Herpes Zoster, Post-Herpetic Pain
  - 5.4 Visual Impairment, Eye Disorders, Myopia, Dry Eyes
  - 5.5 Hearing Loss, Deafness, Tinnitus, Vertigo, Dizziness
  - 5.6 Dermatological Problems, Skin Disorders, Acne, Urticaria, Excema
  - 5.7 Salivary Disorders, Dry Mouth, Xerostomia
  - 5.8 Olfactory Disorders, Taste Problems

## **Auriculotherapy Research Bibliographic Topic Areas**

### **6.0 Psychological Disorders**

- 6.1 General Psychiatry, Psychology, Mental Health, Neurasthenia, Nervous Exhaustion
- 6.2 Schizophrenia, Psychosis, Hallucinations, Delusions
- 6.3 Depression, Mood Disorders, Bipolar Disorders
- 6.4 Anxiety, Insomnia, Sleep Disorders, Stress-Related Disorders, Psychosomatic
- 6.5 Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Learning Disabilities, Poor Memory
- 6.6 Sexual Dysfunctions, Impotency, Low Libido
- 6.7 Hostility, Aggressiveness, Domestic Violence

### **7.0 Autonomic Visceral Disorders**

- 7.1 Respiratory Disorders, Asthma, Bronchitis, Coughs, Hiccups
- 7.2 Cardiovascular Disorders, Coronary Heart Disorders, Angina, Cardiac Arrhythmias
- 7.3 Hypertension, High Blood Pressure, Sympathomimetic Vascular Effects
- 7.4 Nausea, Vomiting, Emesis, Peristalsis, Food Intolerance
- 7.5 Gastro-Intestinal, Constipation, Diarrhea, Ulcer, Colitis, Irritable Bowel Syndrome
- 7.6 Liver Disease, Cirrhosis, Hepatitis, Biliary Stones, Gall Bladder Disorders, Appendicitis
- 7.7 Urinary Disorders, Kidney Disorders, Bladder Problems, Prostate Problems, Enuresis
- 7.8 Gynecological Problems, Dysmenorrhea, Peri-Menstrual Symptoms, Menopause
- 7.9 Obstetrics, Labor, Delivery, Pregnancy, Infertility, Ovulation, Uterine Contractions, Fetal Malposition, Post-Partum Problems

### **8.0 Endocrine Hormones, Allergies, Colds, Cancer, and Immune Disorders**

- 8.1 Pancreatitis, Hypoglycemia, Diabetes mellitus, Diabetes insipidus
- 8.2 Adrenal Disorders, ACTH, Cortisol, Adrenalin, Thyroid Disorder, Graves Disease
- 8.3 Allergies, Autoimmune Disease, Hypersensitivity, Chronic Fatigue Syndrome
- 8.4 Colds, Flu, Chills, Fevers, Infections, Rhinitis, Laryngitis, Sore Throats
- 8.5 AIDS, HIV Disease, Side Effects of Anti-Viral Medications
- 8.6 Cancer, Oncology, Cancer Pain, Side Effects of Cancer Treatments
- 8.7 General Endocrinology, Hormones

### **9.0 Behavioral and Physiological Research**

- 9.1 Veterinary Acupuncture and Animal Studies
- 9.2 Experimental Pain Threshold and Induced Physical Symptoms
- 9.3 Endorphin Release, Enkephalins, Dynorphins, Naloxone Reversal, Substance P
- 9.4 Non-opiate Neurotransmitters, Serotonin, Norepinephrine, Dopamine, Acetylcholine
- 9.5 Body Physiology, Neuroanatomical Studies, Neuron Firing Activity
- 9.6 EEG, Evoked Potentials, fMRI Scans, PET Scans, SPECT Scans
- 9.7 Acupoint Physiology, Electrodermal Skin Resistance, Tenderness, Trigger Points

References on auriculotherapy and relevant acupuncture articles will be first listed in an English language format, and then be translated into other languages, such as French, German, Spanish, Italian, Russian, Dutch, Chinese, Japanese, and Korean.

### Example Structured Abstract

<b>TA</b>	<b>4.3 Neck, Shoulder Tension, Cervical Pain, Torticollis, Whiplash, Frozen Shoulder, Bursitis</b>
<b>ID</b>	2006.CECCH.F.
<b>TI</b>	The therapeutic efficacy of somatic acupuncture is not increased by auriculotherapy: a randomised, blind control study in cervical myofascial pain
<b>AU</b>	Ceccherelli, F.; Tortora, P.; Nassimbeni, C.; Casale, R.; Gagliardi, G.; Giron, G.
<b>SO</b>	<i>Journal: Complement Ther Med</i> (2006) 14(1) : 47-52
<b>LS</b>	English language; Department of Pharmacology and Anesthesiology, University of Padova, Italy. istaneri@unipd.it
<b>OB</b>	The objective of this study was to verify: (1) if somatic acupuncture can reduce myofascial cervical pain; (2) if concomitant auriculotherapy improves the efficacy of somatic acupuncture.
<b>DS</b>	The design of this research was a randomized controlled trial with single blind of subjects.
<b>PT</b>	The participants were 62 patients (80% female) affected by cervical myofascial pain.
<b>TX</b>	The 31 participants in the treatment intervention group 1 (G1) were given 8 sessions of somatic acupuncture paired with auriculotherapy, whereas the treatment given to the 31 individuals in group 2 (G2) was somatic acupuncture alone.
<b>OM</b>	The outcome measures were the McGill Pain Questionnaire administered before and at the end of treatment, and 1 and 3 months later.
<b>RS</b>	The results of this research showed that both somatic acupuncture plus ear acupuncture (G1) and somatic acupuncture alone (G2) had a positive effect in reducing pain. The mean McGill pain intensity score for group 1 was 38.90 (SD=15.31) at baseline and 13.43 (SD=10.96) at the end of treatment, while the change in score for G2 was 40.70 (SD=17.78) before therapy and 13.32 (SD=9.62) afterwards. The per cent reduction was 65.4% for G1 and 67.2% for G2, a difference which was not statistically significant.
<b>CO</b>	The conclusions of this study were that somatic acupuncture plus auriculotherapy was not statistically superior to somatic therapy alone in the treatment of cervical myofascial pain. It would have been more meaningful if the investigators had included a third group that was given auriculotherapy alone, since the combination of the two therapies does not allow one to interpret which therapy was more effective.
<b>RV</b>	Review in August, 2006, submitted by Terry Oleson

### Data Fields for Structured Abstracts:

**TA: Topic Area:** Category number and title of specific health condition or type of study.

**ID: Identification Number** for bibliography system based upon year of publication and last name of first author, up to 6 letters, and first letter of first name, separated by periods.

**AU: Authors:** Last name, up to 2 initials for each author. i.e. "Ceccherelli, F.; Tortora, P.; ..."

**TI: Title** of article, lecture, or chapter of book: i.e. "The therapeutic efficacy of somatic acupuncture .."

**SO: Source:** Journal, book, or professional meeting where study presented. Cite journal or book name in italics, date in parenthesis, volume number, and page numbers. i.e. *Journal: Complement Ther Med* (2006) 14(1) : 47-52

**LS: Language / Setting:** Language used in original article and the clinic or research Setting where the study was conducted, including country and institution, clinic, or university.

**OB: Objectives:** To evaluate the efficacy, or to compare results, of different clinical treatments for specific health conditions. The latter could include headaches, back pain, arthritis, drug addiction, smoking, weight control, asthma, hypertension, nausea, insomnia, or depression. Treatments could include auriculotherapy, auricular medicine, acupuncture, herbology, medication, surgery, or placebos.

## Data Fields for Structured Abstracts (Continued)

**DS: Design:** Type of research study or presentation according to the following categories:

**Randomized Controlled Trial (RCT):** Pre-treatment to post-treatment comparisons between two groups in which participants are randomly assigned to different treatment groups.

**Non-Randomized Controlled Trial (NCT):** Pre-treatment to post-treatment comparisons between two different groups wherein participants are not randomly assigned to treatment groups. For instance, comparing the results of treating patients at two different hospitals who use two different techniques.

**Treatment Outcome Studies (TOS):** Pre-treatment to post-treatment comparisons for one group of participants who are systematically assessed in a prospective design.

**Observational Case Reports (OCR):** Retrospective report of one patient to several hundred patients whose improvement was evaluated after the treatment had been completed.

**Diagnostic Assessment (DX):** Evaluation of validity of an experimental diagnostic procedure, such as auricular diagnosis of electrically conductive points or skin discolorations on the ear.

**Experimentally Induced Symptom:** A symptom, such as acute pain, is induced by some experimental procedure, such as electric shock, heat, or cold, in humans or in animals.

**Descriptive Clinical Presentation:** Description of a new clinical procedure, diagnostic modality, treatment technique, research protocol, or theoretical perspective.

**Review of Literature (REV):** Systematic evaluation of previously published research studies or a meta-analysis examination of multiple studies compiled in a specific manner.

**Editorial or Letter to Editor (Ed):** Opinion of journal editor or letter to editor in response to an editorial or to a journal article or book review.

**Blinded Assessment (BL):** Indication of whether participant assessment was a True Double Blind (BL2.1), where therapist and participant are unaware of which treatment a subject is given, a Modified Double Blind (BL2.2), where the health practitioner rating the improvement and the participants are blind to group assignment, but the doctor is aware of treatment given, Single Blind (BL1), where only the participant are unaware of which treatment given, or Triple Blind (BL3), where the participants, the therapists, and the evaluators are blinded with regard to treatment group identification.

**Crossover Design (XO):** Patients switched from one treatment to another treatment during the course of the study, thus evaluating the same participants on two different treatments.

**PT: Participants:** Indicate number of participants and whether they are healthy volunteers, clinical patients, or specific animal species were used in study, including age range, and the number of participants assigned to each treatment group.

**OM: Outcome Measures:** Specific measurement instruments used in study, whether it is an objective measure, such as blood pressure, EMG, or blood assay results, a neurological exam, range of motion assessments, medication dosage, or subjective assessments, such as self-reports or standardized psychological tests, including the BDI (Beck Depression Inventory), SCL-90 (Symptom Check List 90), POMS (Profile of Mood States), HDI (Health Distress Index), VAS (Visual Analogue Scale on 100 millimeter straight line), Daily Diary of Symptoms, Rating of Per Cent Improvement, or Per Cent Reduction in Symptoms.



**TX: Treatment Groups:** Specific procedures given to each group in the study, including type of active or control treatment, number and location of acupoints treated, number of sessions, and any other aspect of the treatment which makes it distinctive.

**Types of Active Treatment Groups (G1):**

**Acupuncture (Acu):** Insertion of acupuncture needles into appropriate acupoints on the ear or on the body.

**Auricular Medicine:** The Nogier Reflex or Vascular Autonomic Signal is utilized in the diagnosis and treatment of specific acupoints points.

**Electroacupuncture (EAS):** Delivery of electrical stimulation through appropriate acupuncture needles in ear or body acupoints.

**Transcutaneous Acupoint Stimulation (TAS):** Delivery of electrical stimulation through electrodes on surface of appropriate acupoints on ear or body.

**Magnetic Acupoint Stimulation:** Placement of magnets on appropriate acupoints.

**Laser Acupoint Stimulation:** Delivery of laser stimulation of appropriate acupoints.

**Colored Light Stimulation:** Placement of colored light or filters over appropriate acupoints.

**Acupoint Pellets:** Placement of seeds or small metal balls on appropriate acupoints.

**Acupressure or Shiatsu:** Manual pressure put on appropriate acupoints.

**Herbal Prescription:** Recommendation of specific Chinese herbs.

**Types of Control Groups**

**Sham Acupuncture Control:** Insertion of acupuncture needles at "incorrect" sites, or non-invasive treatment at "inappropriate acupoints," or delivery of electroacupuncture or mock TENS with no actual current applied.

**Placebo Solution Control:** Provide a chemical substance not containing any active medication or herb. Placebo should have visual characteristics similar to active substance.

**Waiting List Control:** Participants in control group given treatment after study completed. They are asked to wait for treatment while active group given treatment.

**No Treatment Control:** Compare treatment group to participants not receiving treatment. Control participants could have refused active treatment and not given therapy.

**Usual Medical Care:** Auriculotherapy, acupuncture or herbs are compared to the administration of a standard medication or some other procedure accepted by the medical profession.

**Alternative CAM Treatment:** Auriculotherapy, acupuncture, or herbs are compared to another type of treatment using complementary and alternative medicine.

**RS: Results:** Data may be presented as mean average scores for pre-treatment and post treatment outcome measures or the number and per cent of participants who demonstrated a certain level of improvement. Indicate if there were Within Group changes over time, or if there were Between Groups differences. Statistically significant results should be reported at the level of " $p < .05$ ", or obtained differences need to be indicated as "**N.S.**" for non-significant results. The Repeated

Measures Analysis of Variance or the Chi Square assessment of frequency distribution are commonly used statistical analyses.

**CO: Conclusions:** Provide final evaluation and any additional comments or assessments of the study.

Français

## **Standardisation internationale et structurée des abstracts de publications en auriculothérapie.**

Terry Oleson, PhD    terry.oleson@gmail.com

Institut de certification en auriculothérapie, Los Angeles, Californie 90046 USA

Au cours du Symposium International d'auriculothérapie et auriculomédecine qui s'est tenu à Lyon en 2000, une réunion internationale d'investigateurs scientifiques pour une normalisation de la communication dans la recherche en acupuncture auriculaire a eu lieu.

Ce colloque était le point culminant de réunions précédentes organisées par l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans le but d'établir une nomenclature de tous les points d'acupuncture. Un des buts de cette réunion a été de développer un site Web international qui contiendrait une bibliographie incluant toutes les références sur l'acupuncture auriculaire, l'auriculothérapie et l'auriculomédecine.

### **Ressources documentaires**

Tandis que beaucoup prennent comme ressources documentaires dans le domaine de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine celles qui sont disponibles sur la base de données informatisée **Medline**, il faut souligner que de nombreux journaux d'acupuncture et de médecine alternative publient de leur côté des articles qui ne sont pas référencés dans l'**index Medicus** employé par Medline. Ces journaux contiennent souvent des recherches valides et des études cliniques dans le domaine de l'auriculothérapie et de l'auriculomédecine qui ne sont pas disponibles ailleurs. Egalement, de nombreuses présentations sont faites aux cours de conférences scientifiques et de congrès ou symposium ne sont pas immédiatement publiées dans un journal. Enfin, certaines études éditées dans une langue ne sont jamais traduites en une autre langue.

Ceci est un problème qui s'applique certes au champ entier de l'acupuncture et de la médecine orientale, mais il s'applique plus particulièrement à l'auriculothérapie et à l'auriculomédecine, où beaucoup d'études sont édité en Chine, en France, en Allemagne; de son côté la Russie publie rarement dans des journaux anglais.

Lors de la réunion de l'an 2000 à Lyon, le Dr. André Lentz, au titre de représentant du Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales (**GLEM**), a présenté un document complet, compilation de la plupart des publications, en Anglais ou non, concernant l'auriculothérapie et l'auriculomédecine. Ces mêmes références étaient présentées aussi bien en langue anglaise qu'en français, et ont été organisées en plusieurs catégories de base. Le Dr. Lentz avait intensivement travaillé afin de rassembler tous les écrits qui ont été édités sur l'auriculothérapie et l'auriculomédecine, afin de les

entrer systématiquement dans une base de données informatisée, en utilisant le logiciel « FileMaker Pro ». Ce recueil préparé par le Dr. Lentz nous a servi de base pour mettre au point une bibliographie internationale.

Le but de cette bibliographie internationale sur l'auriculothérapie est de développer la coopération des investigateurs scientifiques dans le monde entier, établir et distribuer une base de données bibliographique internationale. Il permettra à des praticiens d'auriculothérapie et d'auriculomédecine de perfectionner leurs connaissances et leurs techniques, d'aider les chercheurs à augmenter leur base de données de recherches, de leur faciliter l'enseignement de ces matières et de répondre aux demandes que nous recevons concernant la validation de nos méthodes en fournissant des références.

Le travail bibliographique sera effectué à plusieurs niveaux :

- Rassembler les références des articles.
- Recueillir l'ensemble des articles eux-mêmes.
- Traduire certaines références en anglais.
- Fournir des informations sur ce qui a déjà été édité dans plusieurs pays.

#### *Point 1 : Le site Internet*

Pour des raisons pratiques, cette bibliographie sera faite principalement sur Internet. Nous avons plusieurs possibilités, qui seront l'objet de notre première question.

Solution 1 : Tout mettre sur un même site Internet simple avec un Webmaster pour chaque langue.

Solution 2 : Posséder plusieurs sites Internet, un par langue, reliés entre eux.

Solution 3 : Séparer les différentes tâches entre plusieurs sites pour chaque langue et mettre en place un site coordinateur ayant plusieurs Maîtres de toile.

Chaque site d'une langue donnée pourrait incorporer les dernières informations concernant les pays utilisant cette même langue, puis ces informations pourraient être liées vers le site coordinateur.

#### *Point 2 : Noms et adresses des participants*

Toutes les personnes intéressées à travailler sur cette bibliographie internationale sont invités à communiquer leur intérêt à l'organisateur central pour cette base de données de bibliographie, Dr. Terry Oleson, Etats-Unis, email : [terry.oleson@gmail.com](mailto:terry.oleson@gmail.com)

Le nom et l'adresse email de chaque personne seront présents sur le site Internet international, avec l'adresse courante de site Web suivante : **[www.auriculotherapy.net](http://www.auriculotherapy.net)**. Tous les individus et organismes participants seront invités à rejoindre une nouvelle organisation, le **réseau international d'Auriculothérapie (IAN)**.

#### *Point 3 : Coordinateurs de langage*

Au moins une personne devra être responsable pour chaque langue, et si possible un assesseur pour l'aider dans sa tâche. Les fonctions de ce coordinateur seront :

- Trouver un contact coordonnateur dans chaque pays partageant la même langue.
- Compiler ensemble une bibliographie pour cette langue.
- Créer un site Internet pour cette langue.
- Concernant l'Anglais, désigner des coordonnateur pour les autres langues et leur fournir les informations des pays utilisant cette langue.
- Le coordonnateur peut être assisté dans sa tâche par n'importe quelle personne de son choix.

Une fois que tous les articles et compte-rendus de conférence et publications sur l'auriculothérapie auront été analysés en anglais, ils devront être traduits dans d'autres langues. Il existe maintenant pour cela des programmes sur Internet qui font des traductions d'une langue à l'autre, certes approximatives mais utilisables. Deux exemples :

<http://babelfish.altavista.com> et [http://www.google.com/language\\_tools](http://www.google.com/language_tools).

Les traductions automatiques devront alors être vérifiées par quelqu'un bien informé dans cette langue.

#### Point 4 : Principaux coordonnateurs

Le Dr. Terry Oleson, Etats-Unis, a été élu en tant que coordonnateur principal lors de cette réunion internationale.

Le rôle de chaque coordonnateur pour une langue donnée a été décrit de la façon suivante :

- 1) Contacter une personne intéressée pour chaque pays de même langue.
- 2) Mettre en commun une bibliographie dans cette langue.
- 3) Créer un site Internet pour cette langue.
- 4) Présenter au coordonnateur principal et aux autres coordonnateurs de langue un rapport des résultats en Anglais au sujet des divers pays spécifiques à sa juridiction de langue.

Chaque coordonnateur peut se faire aider de toute personne choisie par lui. Le coordonnateur principal rassemblera toutes les données de chacun des coordonnateurs de langue et les placera en tête sur un site Web central. Les données devront être soumises en Anglais aussi bien que dans la langue de l'édition originale.

#### *Point 5 : Procédures informatiques*

La base de données originale a été dans un premier temps élaborée sur la base de la **bibliothèque médicale nationale des États-Unis (NLM)** par une recherche bibliographique sur **Entrez PubMed**, au travers du gestionnaire de citations **EndNote**. Cette source originale servira de base aux futures additions à cette

bibliographie internationale. Il est important pour les personnes consultant cette base de données d'avoir de nombreuses facilités de recherche et classement par mots clés dans toutes les principales matières.

#### *Point 6 : Financement*

Les premières dépenses financeront l'établissement de cette base de données bibliographique afin de permettre à un webmaster de créer et maintenir le site Web international et financer le personnel de saisie des données pour chaque abstract structuré. Les associations de chaque pays devront probablement fonder un site coordinateur spécifique de leur langue et des praticiens de leur pays.

Les ressources de base pour financer ces dépenses seront les honoraires payés par les adhésions à l'organisation internationale de gestion de réseau. Les honoraires doivent être justes, équitables, raisonnablement peu coûteux, capables cependant de représenter une somme suffisante pour financer partiellement la liste de référence de la bibliographie. Il y aura une partie du site accessible seulement aux membres et une section différente du site ouverte à tous. Chaque organisation participante dans le réseau peut établir un accord séparé pour des membres de leur société.

La bibliographie d'acupuncture pour la conférence de consensus de 1997 NIH a été heureusement fondée par le gouvernement fédéral des Etats-Unis. Elle inclut tous les articles reliés à l'acupuncture disponibles sur Medline de 1970 à 1997. Les individus intéressés peuvent obtenir une copie du rapport de consensus sur l'acupuncture par l'intermédiaire du site Web de NIH, <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/acupuncture.html>.

*La bibliographie de consensus de 1997 NIH n'a pas été mise à jour concernant la recherche en matière d'acupuncture des 10 dernières années. La bibliothèque nationale de médecine, néanmoins, pourrait avoir des fonds qui pourraient être accordés pour ce type de projet, en particulier puisque le projet comporte une coopération internationale. Solliciter des fonds de la subdivision de la NCCAM des instituts nationaux des États-Unis en santé est une autre possibilité. Une autre possibilité reste toujours la base privée, solution qui peut être plus optimiste que le fond gouvernemental, mais exige des contacts personnels avec les donateurs potentiels appropriés.*

#### *Point 7 : Règles de travail*

Des règles de travail seront élaborées par le coordonnateur principal et puis discutées et approuvées par les autres personnes du réseau.

Un forum privé du site Web et une discussion par email serviront à établir les détails concernant des directives de bibliographie. Des pages Web privées pourront également être établies pour ces accès personnel. Ces règles mettront en place toutes procédures pour fournir les bases de données bibliographiques.

- 1) Mettre en avant une définition de l'acupuncture auriculaire et définir l'importance de la bibliographie.
- 2) Déterminer ce que la teneur et le format de leurs charges nécessiteront.
- 3) Il est convenu que les choix ci-dessus ne doivent pas être déterminés par ceux qui développeront la bibliographie, mais par ceux qui l'emploieront. À cet effet, il a été considéré comme nécessaire de fournir aux utilisateurs une quantité maximale de données concernant la recherche en acupuncture auriculaire. Le format des données doit être internationalement standardisé. Afin de gagner du temps, il a été accepté d'ouvrir une discussion sur une liste de diffusion qui sera créée dans ce but pour toutes les personnes intéressées.

Le but en fournissant des résumés structurés de publications ou conférences, en lieu et place de l'arrangement fait par l'auteur de l'abstract, est d'organiser systématiquement les informations les plus importantes sur la publication dans un format standard. Cette structure permet des traductions plus efficaces d'une langue à une autre. Les zones de saisie informatique qui sont convenues tiennent compte du contenu spécifique du sujet, du protocole expérimental et des résultats. Il n'a pas encore été décidé quelles zones de données seront incluses dans l'abstract structuré.

Coordonnateur primaire: Terry Oleson      terry.oleson@gmail.com

## 283

English:	Terry Oleson	<a href="mailto:terry.oleson@gmail.com">terry.oleson@gmail.com</a>
Spanish:	Carlos Zulueta	<a href="mailto:janglg@correo.web.com">janglg@correo.web.com</a>
Portuguese:	Jorge Boucinhas	<a href="mailto:boucinhas@digi.com.br">boucinhas@digi.com.br</a>
Russian:	Volodymyr Sobetsky	<a href="mailto:leo@atlas.kiev.ua">leo@atlas.kiev.ua</a>
Japanese:	Etsutaro Ikezono	<a href="mailto:Ikezono@pp.iiJ4u.or.jp">Ikezono@pp.iiJ4u.or.jp</a>

La base de données initiale contiendrait seulement les articles d'acupuncture qui utilisent seulement l'acupuncture d'oreille ou auriculothérapie, mais elle pourrait inclure des articles qui utilisent l'acupuncture somatique et l'acupuncture d'oreille. Il a été considéré comme nécessaire de définir ce que signifie exactement auriculothérapie. Nous proposons ceci : l'auriculothérapie est l'utilisation dans le but de traiter une condition pathologique de tout type d'aiguille, stimulation électrique, laser, pression mécanique, ou toute autre stimulation des points sur l'oreille. L'acupuncture auriculaire et l'auriculomédecine sont tous les deux considérés comme des sous-ensembles de l'auriculothérapie.

Le coordonnateur primaire sera responsable de consulter ses aides coordonnateurs (assesseurs) afin de trouver la meilleure solution à ceci, mais tout le monde est le bienvenu s'il veut soumettre ses propres solutions. En tout cas, nous devons arriver à une solution acceptable pour chacun; un format commun et un modèle commun de sorte que les données aient toujours la même structure et puissent facilement être accessibles à tous.

## **Thèmes, Classifications, répartition en sujets selon André Lentz**

( Français / Anglais )

Auriculothérapie / Auriculotherapy  
Auriculomédecine / Auriculomedicine  
Acupuncture Auriculaire / Auricular Acupuncture  
Allergies / Allergy  
Intolérances alimentaires / Food Intolerance  
Analgésie et Douleur / Analgesia and Pain  
Cardiologie / Cardiology  
Cas Cliniques / Clinical Observations  
Chirurgie / Surgery  
Complications et contre-indications / Complications and Contraindications  
Désintoxications Médicaments tabac drogues Alcool  
/ Withdrawal and Detoxification from Addiction to Tobacco, Drugs, Alcohol  
Dermatologie / Dermatology  
Diagnostic / Diagnosis  
Endocrinologie / Endocrinology  
Enseignement / Congress Proceedings  
Gastroentérologie / Gastroenterology and Gastro-Intestinal Disorders  
Généralités / General Topics  
Gynécologie, Obstétrique / Gynecology and Obstetrics  
Histoire / History of Auriculotherapy  
Hématologie/Immunologie / Hematology and Immunology  
Homéopathie / Homeopathy  
Infectiologie / Infectious Diseases  
Insomnie / Insomnia or Sleeplessness  
Kinésithérapie / Kinesiology Therapy  
Médecine interne / Internal Medicine  
Neurologie / Neurology  
Nutrition-Obésité / Nutrition and Obesity  
Odontostomatologie / Odontostomatology  
Ophtalmologie / Ophthalmology  
Oto-Rhino-Laryngologie / Ear, Nose, and Throat  
Pédiatrie / Pediatrics  
Pneumologie / Pneumology  
Psychiatrie / Psychiatric  
Recherche / Expérimentation animale / Research on Animal Experimentation  
Recherches sur les points, physiologie et anatomie de l'oreille  
/ Research on ear points, physiology, and the anatomy of the auricle  
Recherches fondamentales, théoriques et cliniques  
/ Research on Clinical, theoretical, and fundamental topics  
Rhumatologie et Sport / Rheumatology and Sports Medicine  
Techniques / Techniques  
Urologie / Urology  
V.A.S. ou R.A.C. / Vascular Autonomic Signal or Auricular Cardiac Reflex



## **Bibliographie Internationale : thèmes pour les abstracts structurés**

### **1.0 Acupuncture et matières générales d'Auriculothérapie**

- 1.1 Histoire de l'Acupuncture et de l'Auriculothérapie
- 1.2 Questions théoriques en acupuncture et Auriculothérapie
- 1.3 Rapports descriptifs sur des questions de traitement
- 1.4 Éditoriaux et lettres au rédacteur

### **2.0 Champs de recherche**

- 2.1 Méthodes et procédures cliniques de recherche
- 2.2 Revues et Méta-Analyses systématiques
- 2.3 Etudes de patients et de praticiens et études de recherche qualitative
- 2.4 Diagnostic auriculaire, diagnostic de langue, diagnostic oriental du pouls, colorations cutanées
- 2.5 Médecine auriculaire, VAS, RAC, phases de Nogier, foyers dentaires, oscillations
- 2.6 Phytothérapie et homéopathie dans la médecine orientale

### **3.0 Drogue, désordres liés à la toxicomanie**

- 3.1 Abus d'alcool, alcoolisme, abus de sédatifs, abus de barbituriques
- 3.2 Arrêt du tabac, accoutumance nicotinique
- 3.3 Abus d'opiacé, abus d'héroïne, méthadone, sevrage aux opiacés, désintoxication narcotique
- 3.4 Abus de stimulant, abus de cocaïne, hallucinogènes, abus de marijuana
- 3.5 Perte de poids, obésité, réduction de poids
- 3.6 Toxicomanie, désintoxication de drogues, accoutumance à la drogue, protocole de NADA

### **4.0 Maladies liées à la douleur**

- 4.1 Douleur dorsale, sciatique, lumbago, douleur de hanche
- 4.2 Migraines, céphalées de tension, désordre des ATM
- 4.3 Tension du cou et des épaules, douleur cervicale, Torticollis, coup du lapin, Bursites
- 4.4 Douleur des extrémités : Pied, cheville, genou, main, poignet, coude
- 4.5 L'arthrite, ostéoarthrite, rhumatisme articulaire, inflammation articulaires
- 4.6 Douleur dentaire, mal de dents, gingivite, névralgie du trijumeau, douleur faciale
- 4.7 Fibromyalgie, douleurs myofasciales, douleur généralisée
- 4.8 Analgésie, anesthésie, chirurgie, douleur postopératoire, complications chirurgicales
- 4.9 Brûlures, bandages

### **5.0 Désordres neuro-sensoriels**

- 5.1 Chocs, traumatismes crâniens, hémiplégie, paralysie, poliomyélite, sclérose en plaques, faiblesse musculaire
- 5.2 Épilepsie, accidents vasculaires cérébraux, paralysie de Bell, paralysie cérébrale, maladie de Parkinson
- 5.3 Neuropathie, neuronite périphérique, zona, herpès Zoster
- 5.4 Troubles de la convergence, désordres visuels, myopie, yeux secs
- 5.5 Perte d'audition, surdité, acouphène, vertige, instabilité
- 5.6 Problèmes dermatologiques, acné, urticaire, eczéma
- 5.7 Désordres salivaires, bouche sèche, xérostomie
- 5.8 Désordres olfactifs, problèmes de goût

## Thèmes de recherche pour une bibliographie d'auriculothérapie.

### 6.0 Désordres psychologiques

- 6.1 Psychiatrie générale, psychologie, santé mentale, neurasthénie, épuisement nerveux
- 6.2 Schizophrénie, psychose, hallucinations, illusions
- 6.3 Dépression, désordres d'humeur, désordres bipolaires
- 6.4 Inquiétude, insomnie, troubles du sommeil, maladies psychosomatiques
- 6.5 Hyperactivité avec déficit d'attention, troubles de l'apprentissage, pertes de mémoire
- 6.6 Dysfonctionnements sexuels, impuissance, baisse de la libido
- 6.7 Hostilité, agressivité, violence domestique

### 7.0 Désordres viscéraux neurovégétatifs

- 7.1 Désordres respiratoires, asthme, bronchite, toux, hoquets
- 7.2 Désordres cardiovasculaires, désordres coronariens, angine de poitrine
- 7.3 Hypertension artérielle, effets vasculaires sympathomimétiques
- 7.4 Nausées, vomissements, intolérance alimentaire
- 7.5 Gastro-entérite, constipation, diarrhée, ulcère, colite, syndrome du colon irritable
- 7.6 Affection hépatique, cirrhose, hépatite, cholécystite, appendicite
- 7.7 Désordres urinaires, désordres rénaux, problèmes vésicoprostatiques
- 7.8 Problèmes gynécologiques, dysménorrhée, syndrome pré-menstruel, ménopause
- 7.9 Obstétrique, travail, accouchement, grossesse, infertilité, ovulation, contractions utérines, malposition fœtale, post-partum

### 8.0 Hormones, allergies, rhumes, cancer, immunité

- 8.1 Pancréatite, hypoglycémie, diabète gras, diabète insipide
- 8.2 Désordres surrénaliens, ACTH, cortisol, adrénaline, pathologie thyroïdienne
- 8.3 Allergies, maladies auto-immunes, hypersensibilité, syndrome de fatigue chronique
- 8.4 Malaises, grippe, rhumes, fièvres, infections, rhinite, laryngites, angines
- 8.5 SIDA, la séropositivité, effets secondaires des médicaments antiviraux
- 8.6 Cancer, oncologie, douleur cancéreuse, effets secondaires des chimiothérapies anti-cancéreuses
- 8.7 Endocrinologie générale, hormones

### 9.0 Recherche fondamentale comportementale et physiologique

- 9.1 Acupuncture vétérinaire et études des animaux
- 9.2 Seuil expérimental de douleur et symptômes physiques induits
- 9.3 Endorphines, Enképhalines, Dynorphines, inversion de l'effet de la Naloxone, substance P
- 9.4 Neurotransmetteur sérotoninergiques, nopépinéphrine, dopamine, acétylcholine, GABA
- 9.5 Physiologie, études neuroanatomiques
- 9.6 EEG, potentiels évoqués, IRM fonctionnelle, PET scan
- 9.7 Physiologie du point d'acupuncture, résistance électrique de la peau, points gâchette

Les références d'articles d'auriculothérapie et d'acupuncture seront d'abord référencés en Anglais, et traduites par la suite en d'autres langues, telles que le Français, l'Allemand, l'Espagnol, l'Italien, le Russe, le Néerlandais, le Chinois, le Japonais, et le Coréen.

### Exemple d'abstract structuré

<b>TA</b>	<b>4.3 Cou, tension d'épaule, douleur cervicale, Torticollis, coup du lapin, épaule gelée, bursite</b>
<b>ID</b>	2006.CECCH.F.
<b>TI</b>	L'efficacité thérapeutique de l'acupuncture somatique n'est pas augmentée par l'auriculothérapie : une étude randomisée en simple aveugle dans la douleur myofasciale cervicale.
<b>AU</b>	Ceccherelli, F.; Tortora, P.; Nassimbeni, C.; Casale, R.; Gagliardi, G.; Giron, G.
<b>SO</b>	<i>Journal: Complement Ther Med</i> (2006) 14(1) : 47-52
<b>LS</b>	Langue anglaise; Département de pharmacologie et d'anesthésiologie, Université de Padoue, Italie. <a href="mailto:istaneri@unipd.it">istaneri@unipd.it</a>
<b>OB</b>	L'objectif de cette étude était de vérifier : (1) si l'acupuncture somatique peut réduire la douleur cervicale myofasciale ; (2) si une auriculothérapie concomitante améliore l'efficacité de l'acupuncture somatique.
<b>DS</b>	Le type de cette étude était une étude contrôlée randomisée en simple aveugle.
<b>PT</b>	Les participants étaient 62 patients (femelle 80%) atteints de douleur myofasciale cervicale.
<b>TX</b>	Les 31 participants du groupe 1 (G1) ont reçu 8 séances d'acupuncture somatique couplées avec de l'auriculothérapie, tandis que le traitement donné aux 31 individus dans le groupe 2 (G2) était seulement une acupuncture somatique.
<b>OM</b>	L'évaluation des résultats était faite au moyen du questionnaire sur la douleur de McGill, avant et à la fin du traitement, ainsi que 1 et 3 mois après.
<b>RS</b>	Les résultats de cette recherche ont prouvé que l'acupuncture somatique associée à l'acupuncture d'oreille (G1) et l'acupuncture somatique seule (G2) ont eu un effet positif en réduisant la douleur. Les points moyens d'intensité de douleur de McGill pour le groupe 1 étaient à 38.90 (SD=15.31) sur la ligne de base et 13.43 (SD=10.96) à la fin du traitement, alors que le changement des valeurs pour G2 était 40.70 (SD=17.78) avant traitement et 13.32 (SD=9.62) après. La réduction en pourcentage était de 65.4% pour G1 et 67.2% pour G2, une différence qui n'était pas statistiquement significative.
<b>CO</b>	Les conclusions de cette étude étaient que l'acupuncture somatique plus l'auriculothérapie n'était pas statistiquement supérieur à la thérapie somatique seule dans le traitement de la douleur myofasciale cervicale. Elle aurait été plus significative si les investigateurs avaient inclus un troisième groupe qui aurait reçu de l'auriculothérapie seule, puisque la combinaison des deux thérapies ne permet pas d'interpréter quelle thérapie était plus efficace.
<b>RV</b>	Revue en août 2006, soumis par Terry Oleson, <a href="mailto:terry.oleson@gmail.com">terry.oleson@gmail.com</a>

### Codes d'information pour les abstracts structurés

**TA: Thème:** Numéro du thème et libellé de la pathologie, ou type d'étude.

**ID: Numéro d'identification** pour le système de bibliographie basé sur l'année de la publication et du dernier nom du premier auteur, jusqu'à 6 lettres, et la première lettre du prénom, séparée par des virgules.

**AU: Auteurs:** Dernier nom, jusqu'à 2 initiales pour chaque auteur. i.e. "Ceccherelli, F. Tortora, P"

**TI: Titre d'article,** de conférence, ou de chapitre de livre : c.-à-d. « l'efficacité thérapeutique de l'acupuncture somatique.

**SO: Source :** Journal, livre, ou réunion professionnelle où l'étude a été présentée. Citer le nom du journal ou du livre en italiques, la date entre parenthèses, le numéro du volume, et les numéros de page . i.e. *Journal: Complement Ther Med* (2006) 14(1) : 47-52

**LS: Langue / structure :** Langue utilisée dans l'article original et structure où l'étude clinique ou la recherche ont été entreprises, y compris le pays et l'établissement, clinique, ou université.

**OB: Objectifs :** Pour évaluer l'efficacité, ou pour comparer des résultats, de différents traitements cliniques pour des conditions physiologiques définies. Ce dernier point peut inclure des maux de tête, la douleur dorsale, l'arthrite, le à la drogue, le tabagisme, le contrôle du poids, l'asthme, l'hypertension, la nausée, l'insomnie, ou la dépression. Les traitements ont pu inclure la médecine, l'acupuncture, la phytothérapie, les médicaments, la chirurgie ou les placebos d'auriculothérapie.

**DS: Conception :** Type d'étude ou de présentation de travail de recherche selon les catégories suivantes :

Etude contrôlée randomisée (RCT) : Comparaisons avant et après traitement entre deux groupes, dans lesquels les participants sont aléatoirement affectés à tel ou tel groupe.

Eude contrôlée non-randomisée (NCT) : Comparaisons avant et après traitement entre deux groupes, dans lesquels les participants ne sont pas aléatoirement affectés. Par exemple, comparaison des résultats de traitement entre deux hôpitaux différents qui emploient deux techniques différentes.

Études de résultats de traitement (TOS) : Comparaisons avant et après traitement pour un groupe de participants qui sont systématiquement évalués.

Rapports d'observation de cas (OCR) : Rapport rétrospectif d'un patient à plusieurs centaines de patients dont l'amélioration a été évaluée après que le traitement ait été accompli.

Évaluation diagnostique (DX): Évaluation de la validité d'une procédure de diagnostic expérimentale, telle que le diagnostic auriculaire des points ou des décolorations ou des zones de conduction électrique de la peau de l'oreille.

Symptôme induit expérimentalement: Un symptôme, comme par exemple une douleur aiguë, est induit par une procédure expérimentale, tel un choc électrique par exemple, une brûlure, ou un froid, chez l'homme et chez l'animal.

Présentation clinique descriptive : Description d'un nouveau procédé clinique, d'une modalité diagnostique, d'une technique de traitement, d'un protocole de recherche, ou d'une perspective théorique.

Examen de la littérature : Évaluation systématique des études précédemment éditées de recherches ou un examen de méta-analyse d'études multicentriques , compilées d'une façon spécifique.

Éditorial ou lettre au rédacteur : Opinion de rédacteur ou lettre de journal au rédacteur en réponse à un éditorial ou à une revue d'article ou de livre ou de journal.

Évaluation à l'aveugle : Etude pour savoir si l'évaluation des participants était faite en double aveugle (BL2.1), où le thérapeute et le participant sont ignorants du traitement donné au sujet, en double aveugle modifié (BL2.2), où le praticien de santé évaluant l'amélioration et les participants sont ignorants du regroupement des sujets mais où le thérapeute connaît le traitement donné, le simple aveugle (BL1), où seulement le participant est ignorant du traitement donné, triple aveugle (BL3), où les participants, les thérapeutes, et les experts sont aveugles en ce qui concerne l'identification de groupe de traitement.

Conception de croisement (XO) : Les patients ont changé d'un traitement à un autre traitement pendant l'étude, de ce fait évaluant les mêmes participants sur deux traitements différents.

**PT : Participants** : Indiquer le nombre de participants et s'ils sont en bonne santé ou si ce sont des volontaires, des patients malades ou des espèces animales spécifiques qui ont été employés dans l'étude, y compris la tranche d'âge, et le nombre de participants affectés à chaque groupe de traitement.

**OM : Mesures des résultats** : Instrumentation spécifique de mesure utilisée dans l'étude, si c'est une mesure objective, telle que la tension artérielle, EMG, ou les résultats d'analyse de sang, un examen neurologique, la gamme des évaluations de mouvement, le dosage du médicament, ou des évaluations subjectives, telles que des auto-évaluations ou des essais psychologiques normalisés, y compris le BDI (inventaire de dépression), SCL-90 (liste de contrôle de symptôme 90), POMS (profil des états d'humeur), HDI (index de détresse de santé), VAS (échelle analogique visuelle, sur une ligne droite de 100 millimètres), journal quotidien des symptômes, évaluation de l'amélioration en pour cent, ou pourcentage de réduction des symptômes.

**TX: Groupes de traitement** : Les procédures spécifiques appliquées à chaque groupe dans l'étude, y compris le type d'action ou type de traitement, le nombre et l'endroit des points d'acupuncture traités, le nombre de traitements, et tout autre aspect du traitement qui le rend particulier.

Type : groupes de traitement actifs (G1) :

Acupuncture (ACU) : L'insertion d'aiguilles d'acupuncture dans ses points d'acupuncture appropriés, sur l'oreille ou sur le corps.

Auriculomédecine : utilisation du réflexe de Nogier (ou signal autonome vasculaire) dans le diagnostic et le traitement de points d'acupuncture spécifiques.

Electroacupuncture (EAS) : délivrance d'une stimulation électrique par acupuncture sur des points spécifiques d'oreille ou du corps.

Stimulation transcutanée de points d'acupuncture (TAS) : Délivrance d'une stimulation électrique au moyen d'électrodes à la surface des points d'acupuncture, sur l'oreille ou le corps.

Stimulation magnétique de points d'acupuncture : Pose d'aimants sur les points d'acupuncture.

Stimulation par laser des points d'acupuncture : Utilisation d'une stimulation laser sur des points d'acupuncture.

Stimulation colorée de surface: exposition à de la lumière colorée de points d'acupuncture à l'aide de filtres.

Granules pour points d'acupuncture : Mise en place de grains ou de petites boules en métal sur les points d'acupuncture.

Acupressure ou Réflexologie : Pression manuelle exercée sur les points d'acupuncture.

Prescription de phytothérapie : prescription d'herbes chinoises spécifiques.

Type : groupes de contrôle G2)

Acupuncture feinte : insertion d'aiguilles d'acupuncture à des emplacements « incorrects », ou traitement non envahissant « dans des points d'acupuncture inadéquats, » ou application d'électroacupuncture ou de TENS sans que le courant réel soit appliqué.

Acupuncture placebo : Donner une substance chimique ne contenant aucune substance ou médicament ou herbe active. Le placebo doit avoir des caractéristiques visuelles semblables à la substance active.

Contrôle par liste d'attente : Les participants du groupe de contrôle reçoivent le traitement après que l'étude soit accomplie. Ils sont invités à attendre le traitement tandis que celui-ci est donné au groupe actif.

Pas de groupe contrôle : On compare le groupe ayant reçu le traitement aux participants ne recevant pas le traitement. Les participants contrôle pourraient avoir refusé le traitement actif ou n'avoir pas subi le traitement.

Soin médical habituel : Auriculothérapie, acupuncture ou phytothérapie sont comparés à l'administration d'un médicament standard ou d'un autre procédé admis par la profession médicale.

Traitement alternatif : Auriculothérapie, acupuncture ou phytothérapie sont comparés à un autre type de traitement de type médecine complémentaire et alternative.

## **RS : Résultats :**

Les données peuvent être présentées sous formes de comparaisons de moyennes avant et après traitement, ou le nombre et le pourcentage de participants qui ont été significativement améliorés. Indiquer s'il y a eu des changements à l'intérieur des groupes, ou s'il y a des différences inter-groupes.

Les résultats statistiquement significatifs doivent être rapportés au niveau «  $p < .05$  », ou des différences doivent être indiquées en tant que « **N.S.** » pour des résultats non significatifs. L'analyse de la variance des mesures ou le test du **Chi carré** de la fréquence des distributions sont des outils d'analyse statistiques tout à fait habituels.

**CO: Conclusions** : Fournir l'évaluation finale et tous les commentaires ou évaluations additionnels de l'étude.