

Le diagnostic en auriculothérapie

Y. Rouxville

Résumé

Son principe consiste à rechercher des points contrastant avec leur environnement.

L'aspect visuel de certaines zones est parfois modifié chez des malades chroniques. Les zones en relation avec la douleur sont douloureuses à la palpation chez les malades algiques ; on peut préciser un point au sein de cette zone. Les douloureux chroniques présentent également des zones insensibles à la palpation.

La peau d'un point pathologique présente une résistance électrique différente de son environnement. Plus le point est pathologique, plus cette variation est importante.

Aussitôt après la stimulation de la peau d'un sujet, il est possible de percevoir une modification de son pouls, ressenti plus tendu pendant quelques battements (RAC). Cette perception subtile d'un pouls plus fort peut être notée après la stimulation d'une zone sensible du corps ou de l'oreille. On estime que le RAC est contemporain de l'analyse par le corps des stimulations effectuées (le toucher, la projection de lumières ou de fréquences électromagnétiques) et à son adaptation à ces microstress.

Les diverses pressions, lumières ou fréquences peuvent être en correspondance avec la clinique, ou avoir une relation d'ordre physiopathologique. Il est possible de préciser les points atteints et leurs anomalies ; le RAC devient une aide personnalisée.

L'inspection visuelle ⁽¹⁻⁴⁾

De façon logique, on débutera l'examen en regardant de l'oreille du malade.

La taille de l'oreille

Il n'y a pas de relation établie entre la taille de l'oreille et les fonctions corporelles. Un lobule de grande taille n'est pas synonyme d'une grande intelligence ; un lobule de petite taille n'est pas le reflet d'un encéphale aux possibilités limitées.

L'existence de malformations de l'oreille

Elle doit faire rechercher une malformation rénale. Cette association n'est pas systématique, mais doit nous alerter.

L'existence de plis

Chez les malades stressés et ayant été victime d'un infarctus du myocarde, on a décrit un pli à l'avant du lobule. C'est le signe de Franck (fig. 1).

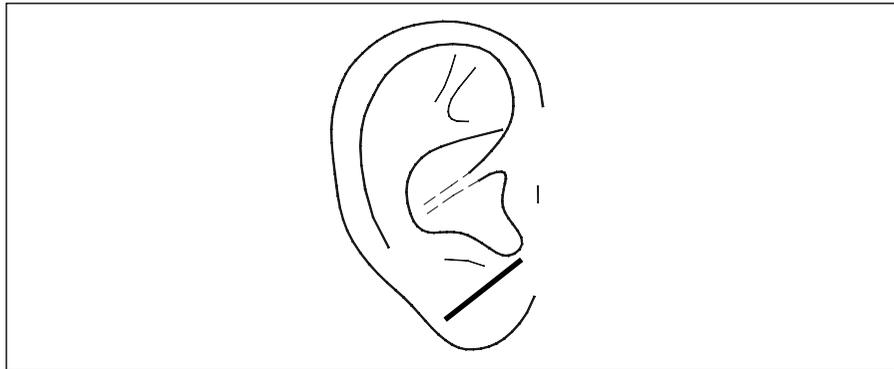


Fig. 1 - Le pli du lobule (signe de Franck).

La présence d'anomalies ou de taches

Les minutieux observateurs que sont les Chinois ont décrit des modifications cutanées ponctuelles, des varicosités ou de petits bouquets vasculaires dans les régions correspondant à une maladie vasculaire, des plaques avec desquamation dans les régions souffrant de dermatose, ou de petites verrues en des zones correspondant à une tumeur. Ces anomalies ne sont rapportées que dans les maladies chroniques (1).

Johan Nguyen rapporte aussi la notion de lésions cutanées ponctuelles (LCP).

Romoli a retrouvé des télangiectasies dans la zone pathologique correspondant à une maladie avérée. Il indique également qu'un angiome dans une zone de l'oreille peut correspondre à un cancer présent dans la région du corps relative à cette zone (2). En fait, ces anomalies peuvent être retrouvées dans le secteur correspondant à la lésion anatomique (le sectogramme de Romoli) et non à l'endroit précis correspondant à l'organe.

1- Wang Zhaohao, Lin Minghua, Chu Vhuchun (1991) *Pratique de l'acupuncture auriculaire*. You Fen, Paris

L'exposé de Catia Matucci, en novembre 2006 à Lyon, a été remarqué. Elle a relié la fréquence de pigmentations mélaniques et surtout de nævi sur le pavillon auriculaire, dans les scolioses idiopathiques et/ou avec jambe courte (3).

À titre anecdotique, vider un volumineux comédon de la fosse triangulaire a permis de soulager durablement une lombalgie d'effort rebelle (4).

La palpation (5-8)

La consistance de l'oreille

Il est bien connu que le cartilage a souvent une consistance cartonnée, chez les sujets âgés et scléreux.

Recherche d'une zone douloureuse à la pression (5-7)

Cette technique, simple et logique, permet la détection des points auriculaires correspondant aux organes malades ou douloureux

Ayant fait un diagnostic médical classique chez une personne souffrante, on recherchera les zones douloureuses à ses oreilles. Cet examen se pratique en pinçant l'oreille entre le pouce et l'index. La recherche se fera de façon comparable au pavillon, à la conque, au lobule et au tragus. La palpation sera symétrique et équivalente, afin de comparer les deux oreilles et d'en noter les endroits les plus sensibles. Naturellement, il faut adapter notre pression digitale à la sensibilité du malade.

Cet examen ne nécessite pas de matériel particulier. En peu de temps, il nous apporte beaucoup de renseignements.

Recherche d'un point douloureux dans une zone (5-7)

Quand une zone a été reconnue comme douloureuse à la pression entre deux doigts, il faut préciser quel en est le point le plus sensible.

Pour faire cette exploration, nous utilisons un dispositif médical composé d'une tige métallique de 1 mm² de section, pouvant s'enfoncer de 1 cm et maintenue par un ressort taré. C'est le palpeur à pression (fig. 2).

L'exploration se fait point à point

On pose l'extrémité de la pointe sur la zone choisie, en appuyant de façon perpendiculaire à la peau pour faire rentrer la pointe rétractile. On effectuera des appuis successifs et comparables sur des points proches, situés à 1 ou 2 mm les uns des autres.

Lorsque l'appui avec le palpeur à pression déclenche une douleur vive ou une grimace, on retiendra ce point (fig. 3).

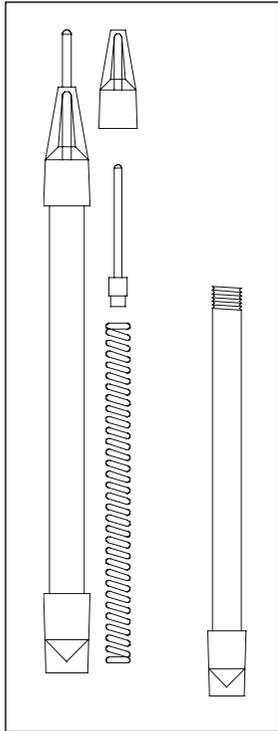


Fig. 2 - Le palpeur à pression.



Fig. 3 - Utilisation du palpeur à pression.

La pression exercée

Elle est à adapter à la sensibilité du malade. Ce palpeur à pression permet d'exercer une pression jusqu'à 250 g/mm^2 . Or, les malades n'acceptent souvent qu'une pression à mi-course (125 g/mm^2). On s'adaptera au malade. L'essentiel est que les mesures des divers points explorés soient comparables, pour ne retenir que les informations évidentes, le contraste entre un point douloureux et son environnement silencieux.

La pointe de l'aiguille

Elle est simplement posée sur la peau et permet de préciser la partie la plus algique du point.

Dans l'expérience de la douleur provoquée, la pince à linge pinçant la peau du genou induisait un point auriculaire douloureux détecté au palpeur à pression. Chez

un malade algique, nous faisons la démarche inverse : le palpeur à pression permet de retrouver les divers points auriculaires « imprimés » dans l'oreille au fur et à mesure de l'évolution douloureuse.

Recherche d'une zone insensible à la pression (8, 9)

On considère que les points détectés à la pression douloureuse ont une relation directe et évidente avec la nociception, avec les organes malades ou douloureux. En revanche, ce schéma est modifié chez ceux qui souffrent de douleurs intolérables ou rebelles, et chez les douloureux chroniques. Les afférences sensibles sont perturbées : l'information ne parvient pas aux centres de contrôle. Des mécanismes d'adaptation et de compensation s'établissent.

Ce type de douleurs est lié à des mécanismes plus complexes que la seule activation des voies nociceptives. La détection des points reliés à ce type de douleurs fera appel à d'autres techniques de détection.

La recherche des points insensibles à une pression dans les 250 g/mm², voire de 400 g/mm² permet la découverte de points particulièrement efficaces dans les douleurs intolérables, rebelles, chroniques. Ces points seront traités par l'aiguille semi-permanente, ou par l'aiguille reliée à un générateur de microcourants électriques.

La recherche par le froid (5, 7)

Les blocages vertébraux (dérangement intervertébral mineur de Maigne [DIM]) s'accompagnent d'une hypo-esthésie au froid en un endroit de l'anthélix. Pour retrouver cet endroit, on peut utiliser un bâtonnet métallique trempé dans l'eau froide.

La détection électrique (7, 10-12)

Niboyet avait découvert que les points d'acupuncture ont une baisse de résistance électrique (13).

Paul Nogier a noté que plus cette baisse de résistance est importante au point d'oreille d'autant que ce point correspond à une pathologie marquée.

Le détecteur compare la résistance du point (par une électrode ponctuelle de 1 mm²) et la moyenne de la peau (par une électrode de masse tenue à la main par le patient). En fait, la peau étant plus complexe qu'un matériau industriel, on parlera d'impédance cutanée, et non de résistance.

L'impédance cutanée

Elle est liée à la loi d'Ohm (résistance au passage d'un courant). L'impédance cutanée est plus de cent fois supérieure à l'impédance du milieu interne. Les variations d'épaisseur et de structure de la peau font que l'impédance varie de 50 à 15 000 kOhm. En pratique, l'important est de discriminer des variations d'impédance significatives entre un endroit et un autre.

Les détecteurs différentiels

Les appareils disponibles sont des détecteurs différentiels. Ils effectuent deux mesures successives à l'aide d'électrodes concentriques : celle de la peau du point (1 mm²) et celle de la peau de son environnement (un cercle de 2 mm de rayon centré sur le point) (fig. 4).

Un microprocesseur analyse la résistance au passage d'un courant continu de 5 µA. Il compare les deux mesures (point/masse, cercle/masse).

La pression doit être constante, les électrodes doivent être perpendiculaires à la peau et à demi-enfoncées (fig. 5). Leur surface de contact doit être constante et

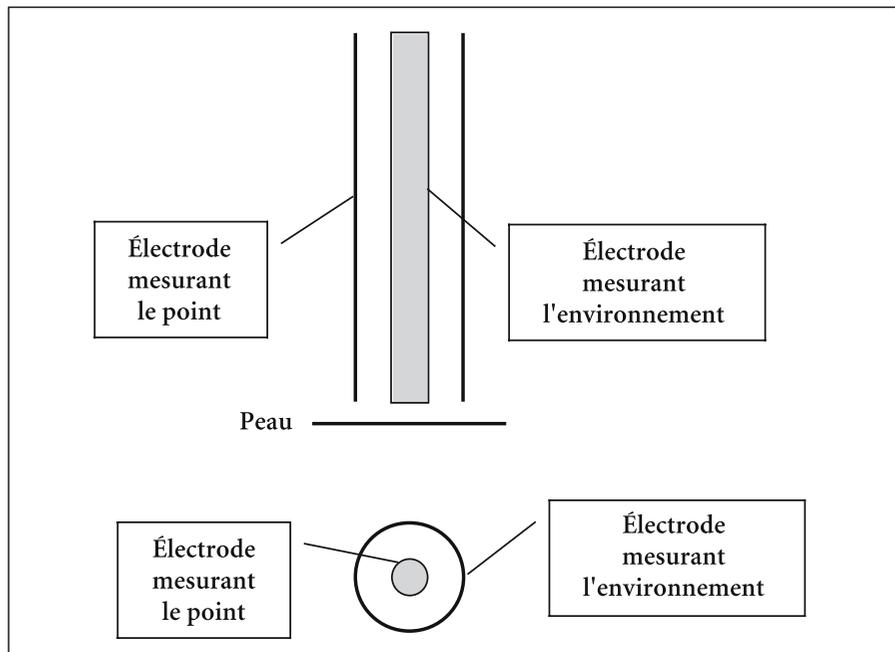


Fig. 4 - Principe des deux électrodes concentriques (détecteur électrique différentiel).



Fig. 5 - Utilisation du détecteur électrique.

complète. Il faut déplacer lentement le système de détection sur la peau, pour laisser au microprocesseur un temps pour les mesures et le calcul.

Un potentiomètre permet de régler le niveau de sensibilité de l'appareil.

Réglage du potentiomètre

On le positionne aux deux tiers de la puissance. Le point zéro étant toujours détectable, il sera utilisé comme référence pour le réglage. On peut également choisir le point oméga (*cf.* chapitre Cartographies, point maîtres, p 150).

L'appareil nous avertira par un signal sonore ou lumineux, si la mesure du point est significative.

Ensuite, on fera la recherche dans les zones probables, point à point. Le potentiomètre sera diminué sur les zones concaves ; il sera augmenté sur les zones convexes.

Interprétation de la mesure des points d'oreille (tableau I)

Points à forte baisse d'impédance

Ce sont des points très pathologiques. Si la baisse d'impédance est forte, on pourra traiter le point par aiguille semi-permanente. Cette aiguille, stimulant ce point pendant des jours ou des semaines, aura un effet profond sur les douleurs ou les troubles

Tableau I - Détection électrique et soins.

<i>Résultats de la détection</i>	<i>Traitement du point</i>
Forte baisse d'impédance	Aiguille semi-permanente Aiguille
Légère baisse d'impédance	Aiguille Fréquences électromagnétiques (laser)
Zones en baisse d'impédance	Chercher le point le plus perturbé Chercher un point en excès d'impédance
Zones en excès d'impédance	Régler le potentiomètre
Points en excès d'impédance	Aiguille posée en apnée inspiratoire Fréquences électromagnétiques (laser)

ayant motivé les soins. On peut aussi utiliser l'aiguille classique d'acupuncture, reliée ou non à un générateur de microcourants électriques.

Points à faible baisse d'impédance

Ce sont des points peu pathologiques. Le point étant peu marqué, il ne nécessitera pas un soin puissant. L'aiguille d'acupuncture classique suffira à modifier la qualité de ce point ; les fréquences électromagnétiques (laser) également. Ce point est à considérer comme étant plus fonctionnel que pathologique.

Zones en baisse d'impédance

Quand toute une zone (et non pas un seul point) présente un tel contraste avec le reste de l'oreille, on baissera le potentiomètre au minimum pour trouver le point le plus perturbé de cette zone.

Une autre technique est possible : rechercher dans cette zone le point se présentant à l'inverse, donc en excès d'impédance. Cette dernière approche est comparable à celle des acupuncteurs qui savent rechercher l'envers du décor : « *Dans le Yin en excès, il y a toujours un peu de Yang qui fera basculer l'équilibre actuel...* »

Zones en excès d'impédance

Elles n'ont généralement pas de signification médicale. Il suffit de régler le potentiomètre. En le baissant, on fera une recherche adaptée du contraste existant entre le point et le reste de la plage.

Points en excès d'impédance

Ils correspondent à de petites zones en baisse de vitalité. Les praticiens peu expérimentés éviteront l'aiguille semi-permanente sur ce type de points : elle pourrait être mal ressentie. En revanche, l'aiguille classique d'acupuncture posée pendant quelques secondes en stricte apnée inspiratoire aura souvent un effet bénéfique, ressenti en quelques jours. On peut également effectuer sur ces points un traitement par fréquences électromagnétiques (laser).

Le système Acus (14, 15)

Sergueï Timochevski, de Tachkent, a mis au point un système de détection utilisant l'informatique. Des micro-électrodes de 0,2 mm de diamètre sont juxtaposées, chacune étant reliée par une microfibre à un ordinateur. Il est ainsi possible de visualiser sur écran l'état électrique de toute l'oreille et d'étudier dans le détail, mm² par mm², les diverses variations d'impédance auriculaire.

Ce système expérimental a été évalué favorablement face à un détecteur électrique différentiel. Une évaluation a été également faite de façon favorable, par rapport aux techniques de détection par le RAC utilisées en auriculomédecine (16).

Le système Body-Scanning®

Youri Tkachenko (de Nijni Novgorod), Giuseppe Chidichimo et Enzo Ferraro ont développé une instrumentation et une méthode de mesure de l'impédance des points d'oreille, aboutissant à un appareil nommé Body-Scanning Auriculaire FTDB®.

Claudie Terral a présenté une étude randomisée, utilisant cet appareil dans le diagnostic de cancéreux traités au centre Paul Lamarque (Montpellier) et pour contrôler le diagnostic de malades connus en clientèle de ville (17).

Le diagnostic auriculaire en « auriculo-médecine » (9, 16, 18)

En 1966, Paul Nogier a observé une modification de la qualité du pouls d'un malade dont il touchait l'oreille. Ce n'est pas l'effet du hasard, mais le destin qui l'a conduit à cette découverte : formé à l'acupuncture, il était habitué à la perception subtile des pouls comme on le fait en cette médecine traditionnelle chinoise.

Constatant que ce phénomène était reproductible, il a poursuivi cette approche et mené des recherches pendant une trentaine d'années.

Paul Nogier a nommé *réflexe auriculo-cardiaque* (RAC) la modification ressentie. Or, le RAC n'est pas obligatoire et n'est pas toujours immédiat après une stimulation auriculaire ; de plus, une stimulation de toute partie du corps peut le déclencher. Le nom de baptême n'est donc pas juste.

Pierre Magnin a proposé *vascular autonomic signal* (VAS) en anglais. Pour Anthony de Sousa, la traduction littérale de VAS en français est *réaction autonome circulatoire* (RAC). Dans cet ouvrage écrit en français, nous avons choisi de garder les initiales RAC.

Ce phénomène du RAC, « *pouls activé et dynamique de Nogier* », permet une aide au diagnostic et une meilleure précision des soins. Ces possibilités ont incité Franck Bahr à nommer cette technique « *l'auriculo-médecine* », mauvais terme consacré par l'usage, car il n'y a qu'une seule médecine.

Descriptions historiques sur les variations du pouls lors d'émotions

Dans cet ouvrage, nous ne présenterons que l'effet des stimulations physiques. Néanmoins, l'important est de ne pas méconnaître l'importance des phénomènes émotionnels. Les faits rapportés ci-dessous montrent que les sécrétions d'adrénaline contemporaines des émotions modifient la qualité du pouls.

L'expérience clinique d'Avicenne (16)

Il y a mille ans, Avicenne était le plus célèbre médecin de l'époque. Il exerçait en Asie centrale. La tradition orale rapporte qu'il prenait le pouls de ses malades lorsqu'il les interrogeait. Il fit ainsi le diagnostic de mal d'amour chez un adolescent mélancolique et muet : il percevait le pouls plus fort et plus rapide lorsque ses questions étaient relatives à la situation psychologique causant le trouble psychosomatique.

L'observation de René Leriche (16, 18)

En 1945, René Leriche, professeur au Collège de France, a rapporté dans *Pathologie et chirurgie des artères* une observation singulière. Il avait opéré un malade porteur d'un volumineux anévrisme artério-veineux de la cuisse. Après l'intervention, il persistait un anévrisme artériel pulsatile.

Les jours suivants, faire les pansements déclenchait à ce niveau des battements artériels visibles. Les mois suivants, le simple toucher de la peau, déclenchait « *les mêmes pulsations violentes et douloureuses* ». Il en était de même pour les émotions fortes.

Le RAC est un test clinique utilisant le pouls du malade

De même que les cartographies d'oreille, le RAC n'a pas été décrit par les Chinois.

Description du phénomène RAC (16, 18, 19)

Le toucher de l'oreille (ou du corps) d'un sujet ne produit aucun phénomène visible. En revanche, si l'on analyse le pouls de ce sujet auquel on touche l'oreille, on ressent qu'il paraît plus fort, plus ample, comme si la paroi de l'artère se dilatait (fig. 6B).

Nous percevons une augmentation de tension de la paroi artérielle, qui persiste durant quelques pulsations. C'est ce que l'on nomme le *RAC positif*.

On peut également ne plus ressentir le pouls du sujet, avoir l'impression qu'il est devenu plus faible, plus mou, qu'il s'effondre. C'est ce que l'on nomme le *RAC négatif*.

Le RAC est proportionnel à la réaction du corps. On ne le retient que s'il est unique et très fort (le « rebond »), ou que si le nombre de réactions est supérieur à trois.

Perception manuelle du RAC (9, 16, 18, 19)

Le médecin droitier pose son pouce gauche sur la gouttière radiale (droite ou gauche) du sujet observé. Il effectue une stimulation de la main droite sur l'oreille ou le corps du sujet, et notera alors les modifications du pouls ressenties : à la fois en amplitude (RAC+ ou RAC-), et en durée (nombre de RAC).

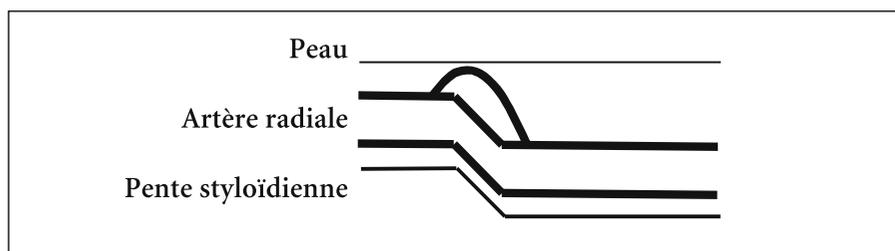


Fig. 6A - Le pouls normal (impression de l'examineur)

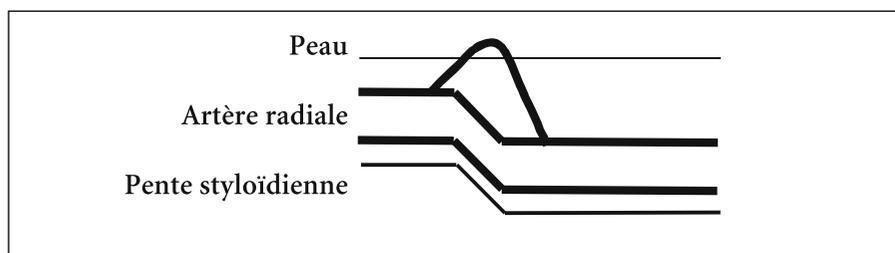


Fig. 6B - Le RAC (B) (impression de l'examineur).

Le pouce est placé dans l'axe de l'avant-bras du sujet (l'ongle vers le coude), au niveau de la pente styloïdienne. Les deux phalanges du pouce forment entre elles un angle de 60° environ, et la pulpe du pouce forme également un angle d'environ 60° avec la peau de l'avant-bras du sujet examiné (fig. 7). La zone de contact est la pulpe du pouce. L'appui de la pulpe se fera normalement sur l'artère, en évitant un appui latéral sur les flancs radial ou ulnaire de l'artère.

Certains préfèrent la recherche du RAC à deux doigts, avec l'index et le médium de la main gauche.



Fig. 7 - Position du pouce (prise du RAC).

Étalonnage du RAC (9, 16, 18, 19)

Pour être certain de percevoir le RAC, on recommande d'effectuer une stimulation standard, un étalon qui doit déclencher le RAC à coup sûr. Ce pourra être :

- soit un contact léger (une caresse) sur le bras (ou le bord de l'oreille) du sujet ;
- soit l'éclairage du corps du sujet avec un flash de lumière vive ;
- soit l'approche en lumière ambiante d'un « filtre Polaroid croisés » (deux filtres Polaroid croisés à 90°) de la ligne sagittale médiane du corps.

Les filtres Polaroid ont la propriété d'orienter les photons dans un sens particulier ; deux filtres Polaroid superposés à 90° créent une lumière opaque et sombre (fig. 8).

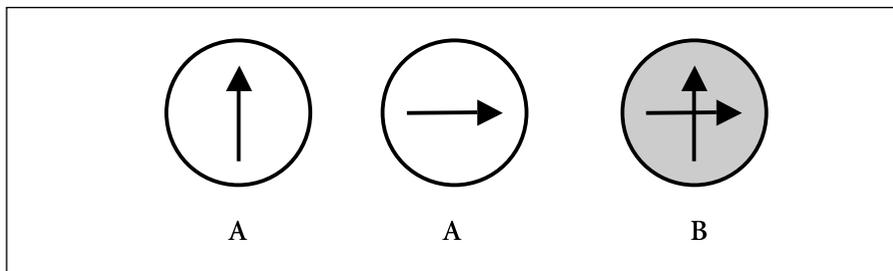


Fig. 8 - Filtres Polaroid : A : simple ; B : croisés à 90° .

Chez un sujet en bonne santé, le RAC doit se manifester aussitôt après la stimulation, sur une à trois pulsations. Parmi ces trois méthodes d'étalonnage, l'éclairage avec le flash lumineux déclenche le RAC le plus net, le plus facile à percevoir.

Perception ou non perception du RAC ? (16)

La perception du pouls est possible sur les artères superficielles. La recherche du RAC est facilitée si l'artère circule devant une surface osseuse (poignet, cheville, tempe).

Les études de reconnaissance du RAC à l'aveugle oscillent entre 50 % et 80 % de concordance, ce qui montre que cette perception n'est pas liée au hasard, même si elle n'est pas automatique ou obligatoire.

Une importante difficulté de la méthode est son versant subjectif, en partie lié à l'état de confiance et à l'état émotionnel de l'examineur :

- *non-perception liée au sujet*. La prise de neuroleptiques ou de bêtabloquants rend difficile la perception du RAC. Il en est de même chez les malades spastiques ou atteints de maladie de Parkinson ;
- *non-perception liée à l'examineur*. La fatigue, la méfiance, le doute et la désinformation conduisent l'examineur à un échec programmé. Plus le médecin sera confiant, plus il sera détendu et en bonne santé, mieux il percevra le RAC ;
- *non-perception liée au pouce de l'examineur*. Il faut appuyer légèrement, mais assez fort pour percevoir le pouls. Si l'on perçoit le pouls et non le RAC, on peut déplacer le pouce de 1 à 2 mm (vers le poignet ou vers le coude) et percevoir enfin le RAC non perçu auparavant.

Reconnaissance instrumentale du RAC (16, 19, 21, 22)

De nombreuses tentatives ont été faites dans le but d'enregistrer le RAC. Michel Maignan a réalisé les études les plus significatives, en double aveugle, à l'aide de capteurs de pressions Métravib de très petite taille (1 à 4 mm²) réagissant à de très grandes vitesses, et un matériel de haute technologie. L'analyse des courbes a permis de noter des phénomènes contemporains du phénomène RAC. Il a pu noter :

- *l'inversion des courbes de pression entre le côté radial et le côté ulnaire de l'artère radiale*. Cela permet de penser que le RAC n'est pas lié à un gonflement de l'artère, mais relié à un phénomène de flambement. Elle peut se tendre lors des à-coups de pression, comme le tuyau du pompiste quand on arrête brusquement le débit ;
- *une modification de la courbe* : concordant à 95 % avec les stimuli, sur une à trois pulsations. Cette concordance n'est que de 65 % entre la perception manuelle et les stimuli ;
- *le raidissement présystolique* est noté dans l'analyse des signaux numérisés. Cette modification de la courbe montre une augmentation de la rigidité pariétale ;
- *au plan mathématique*, une perspective intéressante est celle de l'utilisation de réseaux de neurones dans l'apprentissage de la reconnaissance de courbes (21).

Signification du phénomène RAC (9, 16, 19, 21)

Le pouls est lié à l'onde de pression déclenchée par l'éjection cardiaque et réfléchi par le mur artériolaire digital. L'onde de pression (9 m/s) n'est pas l'onde de propagation de la colonne sanguine (0,9 m/s) (fig. 9).

Le RAC est un phénomène surajouté au pouls et d'une autre nature.

Le raidissement pariétal artériel présystolique est sous l'influence du système autonome. C'est une réaction aux stimuli (émotionnels ou physiques) inconsciente, de nature autonome, s'exprimant au plan vasculaire. Comme Raphaël Nogier l'a bien noté, le RAC apparaît comme un maillon dans la chaîne peau-artère (19, 22).

Apparaissant après une stimulation, le RAC est contemporain de son analyse, de son décodage et du traitement cette information par les centres supérieurs.

La médullosurrénale, sécrétant les catécholamines, joue un rôle dans les phénomènes rapides d'adaptation. Ainsi, le RAC ne peut qu'être compris comme intégré au syndrome d'adaptation. Plus le nombre de RAC est important, plus le test effectué devra être retenu avec intérêt.

Le cortex cérébral et la surrénale sont les acteurs inévitables du phénomène RAC.

Pendant quelques secondes, on observe qu'il se passe quelque chose (ou rien).

Le groupe IRGOVAS a défini le RAC en 2002 : « *La réponse physiologique à une activité neuro-végétative consécutive à un changement de stimulation interne ou externe. C'est un signe des processus d'adaptation de l'organisme.* »

Dans la pratique, le praticien ayant reconnu le RAC, doit en préciser trois points :
 – son existence ? Après chaque stimulation, un RAC est-il perçu ? Oui ou non ?
 – sa valeur ? Est-ce un RAC + ou un RAC – ? Réponse normale ou anormale ?
 – son importance ? Combien de RAC ? La réaction est-elle légère ou intense ?

Le RAC permet une aide au diagnostic, car l'expérience enseigne que les stimulations peuvent avoir une correspondance physiopathologique.

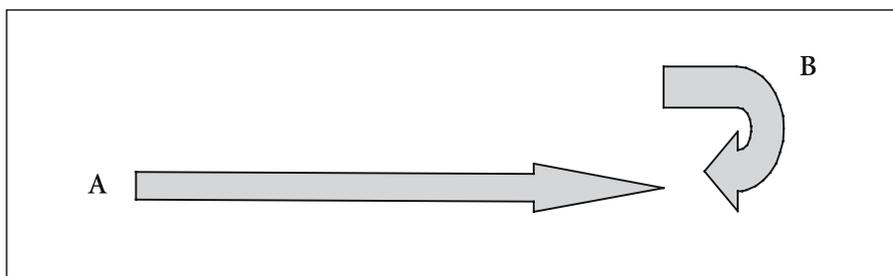


Fig. 9 - L'onde incidente (A) et l'onde réfléchi (B).

Une analogie avec le mascaret ?

Le mascaret se produit à l'aval de certains fleuves dont l'embouchure a une configuration particulière. Au début de la marée montante, le flux s'enfle, lutte pour remon-

ter le courant descendant du fleuve. La configuration du fond permet de comprendre qu'à partir d'un endroit, une vague unique et forte va naître et progresser rapidement vers l'amont sous la forme d'une vague déferlante.

Contrôle du RAC

Le but de cette courte présentation n'est pas de faire un cours complet sur le RAC, ni un cours d'auriculo-médecine. L'auriculo-médecine est une méthode remarquable, mal connue et qui reste encore au niveau de la recherche.

Notre propos est limité à la recherche des points d'oreille. Le RAC est ainsi compris comme une aide au diagnostic en auriculothérapie.

La maîtrise du RAC nécessite une habitude, un entraînement à la fois manuel et cérébral. La pratique régulière est indispensable : chaque jour, ne serait-ce que quelques minutes, chez une ou plusieurs personnes, on fait ses gammes.

Tout point d'oreille détecté par le RAC pourra être vérifié par la détection électrique. Cette méthode instrumentale, expliquée plus haut, est une référence permettant le contrôle de nos perceptions. Ce qui permet de tranquilliser et de sécuriser le praticien, disposant d'une possibilité de contrôle à défaut de contrôles statistiques.

Intérêt des stimulations mécaniques (9, 16, 18)

L'appui du doigt sur le corps déclenche normalement un à trois RAC. On peut appréhender une zone par rapport à une zone voisine : l'appui sur une apophyse épineuse vertébrale dérangée déclenchera des RAC particuliers. De même, l'appui digital sur des racines dentaires pourra orienter vers une dent pathologique.

Pincer l'oreille entre deux doigts permet d'apprécier une zone particulière, réagissant à l'inverse des autres zones. Ce test sera particulièrement utile pour détecter les zones en bordure de l'oreille, en cas d'épuisement du RAC.

Une pression de 70 à 80 g/mm² sur l'oreille déclenche quatre RAC + suivis de quatre RAC – et ainsi de suite. Si l'on observe des RAC non rythmés (+ en permanence, ou – en permanence), cette anomalie sera à corriger par la pose d'un aimant local.

Une pression de 160 g/mm² sur l'oreille suivie de RAC +, indique que l'on peut traiter ce point. Si le RAC est négatif, il faudra traiter le point symétrique (le même, à l'autre oreille).

Intérêt des stimulations lumineuses (9, 16, 18)

L'effet biologique de l'éclairage lumineux de la peau est connu. La lumière prévient le rachitisme. La lumière est de plus en plus utilisée pour traiter la dépression saisonnière.

L'éclairage de la peau du lapin a été étudié dans les années 1980 par Menezo et Santini (INSA de Lyon) sur des idées originales de Paul et Raphaël Nogier. Par rapport aux animaux témoins, on observe une *baisse* du taux circulant des catécholamines (adrénaline, noradrénaline et dopamine) trois minutes après un éclairage de 300 W pendant une minute (24).

Un flash (fort et bref éclairage) sur le corps (lumière blanche) doit être suivi de RAC positif (photoperception). Si ce n'est pas le cas, la zone explorée est anormale.

L'éclairage répété sur le corps (lumière blanche) a été étudié par Raphaël Nogier qui le compare à un test d'effort du RAC. On compte le nombre de RAC à la suite d'un premier éclairage. Dès que le pouls se normalise, on effectue un nouvel éclairage qui doit être suivi du même nombre de RAC. Ce test répété dix à quinze fois permet de détecter l'épuisement du RAC (une diminution du nombre de RAC) indiquant une fatigabilité du système nerveux et du système d'adaptation.

Un fort éclairage sur l'oreille (lumière blanche) ne doit pas être suivi de RAC, sauf si la zone est anormale. Nous utiliserons un éclairage fort et ponctuel, la lampe à éclairage progressif (LEP) pour scanner l'oreille à la recherche des points anormaux.

L'éclairage en lumière polarisée permet également une détection rapide des zones anormales de la peau de l'oreille et des zones anormales de la peau du corps.

Intérêt des stimulations colorées (9, 16, 18, 19)

L'éclairage coloré de la peau des lapins a été étudié par J. Cahn et Mlle. Borgeix. Ils ont noté que certaines couleurs (jaune 9, rouge 25 et vert 68 de Wratten Kodak) modifient les potentiels évoqués de façon indiscutable, alors que des couleurs voisines sont sans influence sur les réponses évoquées corticales d'origine somesthésique (25).

Chaque couleur présente une plage de fréquences plus ou moins étendue. Des couleurs différentes auront donc des significations différentes.

Un flash (fort et bref éclairage) coloré sur le corps doit être suivi de RAC positif (photoperception), sinon il s'agit d'une anomalie, décrite par Raphaël Nogier et nommée « trou de photoperception » (19).

Un éclairage coloré et prolongé sur le corps ne doit pas déclencher plus de trois RAC, sinon il s'agit d'une anomalie à cet endroit, selon le Pr Magnin (20).

Un éclairage coloré et ponctuel sur l'oreille ne doit pas être suivi de RAC. Si le RAC est perçu après éclairage ponctuel du pavillon auriculaire avec une couleur (filtres Wratten Kodak), on admet depuis vingt ans la signification suivante (tableau II) :

Tableau II - Bilan de l'éclairage coloré des points auriculaires : tests à l'aide du RAC (d'après Paul Nogier).

<i>Couleur</i>	<i>Signification</i>	<i>Soins à apporter</i>
Rouge 25	Pathologique, organique « phase 1 » de Nogier	Aiguille Aiguille semi-permanente
Rouge 24	Adaptation au stress	Aiguille Fréquences (laser)
Vert 58	Anomalie d'innervation « phase 2 » de Nogier	Aiguille Fréquences (laser)
Bleu 44 en respiration, Orange 21 en apnée inspiratoire	Anomalie de fonctionnement « phase 3 » de Nogier	Aiguille Fréquences (laser)
Orange 21 en respiration, Bleu 44 en apnée inspiratoire	Allergie - Hyper-réactivité	Aimant Fréquences (laser)
Bleu 44 en respiration et en apnée inspiratoire	Fréquent dans allergies graves et auto-immunité « point fixe bleu »	Aimant
Orange 21 en respiration et en apnée inspiratoire	Fréquent dans allergies graves et auto-immunité « point fixe orange »	Aimant

- *rouge 25* : point pathologique, justifiant l'aiguille ou l'aiguille semi-permanente. Ces points (dits de phase 1) sont généralement détectés en forte baisse d'impédance. Ce sont généralement les points détectés par la douleur provoquée ;
- *rouge 24* : point d'adaptation au stress, justifiant l'aiguille. Ces points (dits de phase 5) sont généralement détectés en forte baisse d'impédance ;
- *vert 58* : point anormal (anomalie d'innervation) correspondant aux points de « phase 2 » décrits par Paul Nogier. Ces points sont généralement détectés en faible baisse d'impédance. La correction peut se faire par l'aiguille, ou par fréquences électromagnétiques (laser) ;
- *bleu 44* : point anormal (anomalie de fonctionnement) correspondant aux points de « phase 3 » décrits par Paul Nogier. Ces points sont généralement détectés en faible baisse d'impédance. La correction peut se faire par l'aiguille, ou par fréquences électromagnétiques (laser) ;
- *orange 21* : point « allergique », hyper-réactif. En revanche, en apnée inspiratoire, le RAC doit se manifester après l'éclairage par le bleu 44. Ces points (dits de phase 4) ne sont généralement pas détectés en baisse d'impédance. Pour les traiter, l'aimant ou les fréquences (laser) sont préférables à l'aiguille ;
- *point bleu en respiration automatique et en apnée inspiratoire* : dit « point fixe bleu ». Ce type de point est généralement retrouvé dans certaines maladies psychiatriques graves, ou dans le cadre d'infection virale active. Pour les traiter, on agira comme pour les points fixes orange ;

- *point orange 21 en respiration automatique et en apnée inspiratoire* : dit « point fixe orange ». Ce type de point est généralement retrouvé chez les allergiques profonds, ou dans le cadre de maladie auto-immune. Pour les traiter, l'aiguille est à éviter ; en revanche, on peut les corriger par l'aimant, voire les fréquences électromagnétiques (laser) ;
- de nombreuses autres couleurs peuvent être utilisées, mais ce développement sort de cette courte présentation (16-20).

L'approche d'un filtre coloré à quelques centimètres de la peau peut déclencher le RAC. Ce phénomène peut être compris comme étant une interférence avec des biophotons émis par le corps du sujet (16, 18, 23).

Le noir et le blanc (9, 16, 18)

Ils ont également une signification. Nous utilisons le bâtonnet noir-blanc (fig. 10). Les points en regard desquels son extrémité blanche déclenche le RAC sont en baisse d'impédance ; ils peuvent être piqués (tableau III).

En revanche, les points en relation avec l'extrémité noire seront contrôlés en détection électrique.

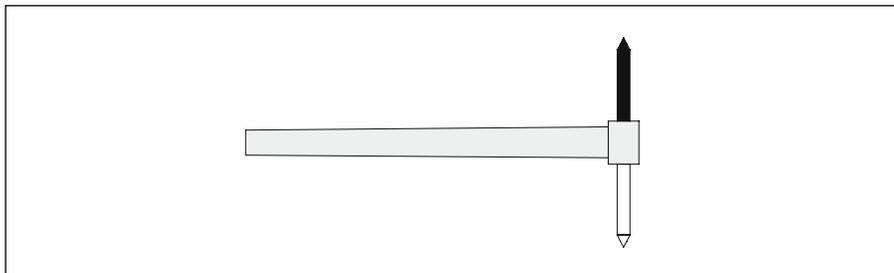


Fig. 10 - Le bâtonnet détecteur noir-blanc.

Intérêt des stimulations fréquentielles (9, 16, 18, 19)

L'éclairage fréquentiel de la peau du lapin a été étudié dans les années 1980 par Menezo et Santini (INSA de Lyon) sur des idées originales de Paul et Raphaël Nogier.

Par rapport aux animaux témoins, on observe une *hausse* du taux circulant des catécholamines, trois minutes après un éclairage de 300 W rythmé à 9 Hertz pendant deux minutes (24).

Tableau III - Bilan de l'approche du bâtonnet noir-blanc d'un point auriculaire : tests à l'aide du RAC.

Valeur (noir ou blanc)	Vérification en détection électrique	Signification	Soins à apporter
Blanc	Baisse d'impédance	Anormal Pathologie	ASP, aiguille Fréquences (laser)
Noir	Hausse d'impédance	Baisse de vitalité défense, terrain	Aiguille posée en apnée inspiratoire
Noir	Baisse d'impédance	Pathologie, foyer (ex. cicatrice)	ASP, aiguille Fréquences (laser)

Les fréquences de Nogier (9, 16, 18, 19)

Dans les années 1970, Paul Nogier a noté que la peau réagit à des lumières fréquentielles. Il a également décrit les diverses zones plages de l'oreille (fig. 11) et du corps (18).

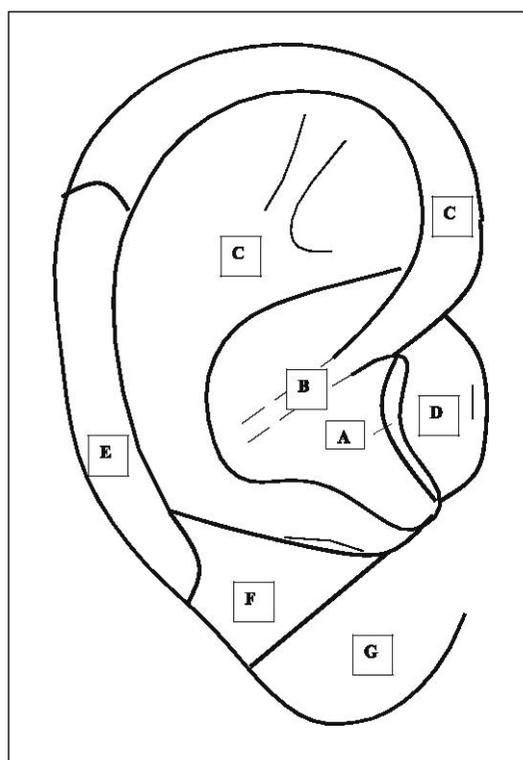


Fig. 11 - Correspondance des fréquences sur le pavillon auriculaire.

Ayant découvert le rythme de ces fréquences, il leur a attribué une lettre de code, pour des raisons pratiques : A (2,28 Hz), B (4,56 Hz), C (9,125 Hz), D (18,25 Hz), E (36,5 Hz), F (73 Hz), G (146 Hz).

Ces rythmes fréquentiels ont aussi une relation physiopathologique :

- A correspond à l'inflammation ;
- B correspond à la nutrition ;
- C correspond au mouvement ;
- D correspond à la coordination entre les hémicorps ;
- E correspond à la douleur, et aux fonctions de la moelle épinière
- F correspond aux phénomènes sous-corticaux et instinctifs ;
- G correspond au cortex cérébral.

Les fréquences des héli-corps (9, 16, 19)

En 1987, Paul Nogier a découvert que, chez un droitier (fig. 12) :

- l'application d'une fréquence de 3,75 Hz (dite FB) sur l'héli-corps droit et sur l'héli-front gauche déclenche le RAC ;
- l'application d'une fréquence de 8,74 Hz (dite FH) sur l'héli-corps gauche et sur l'héli-front droit déclenche le RAC.

Chez le gaucher, c'est l'inverse : 3,75 Hz sur l'héli-corps gauche et sur l'héli-front droit, 8,74 Hz sur l'héli-corps droit et sur l'héli-front gauche.

Tout se passe comme si ces fréquences correspondaient à un hémisphère cérébral !

Sur le pavillon auriculaire, le RAC déclenché par la projection des deux fréquences associées (battement) ou isolées permet de détecter les points les plus pathologiques.

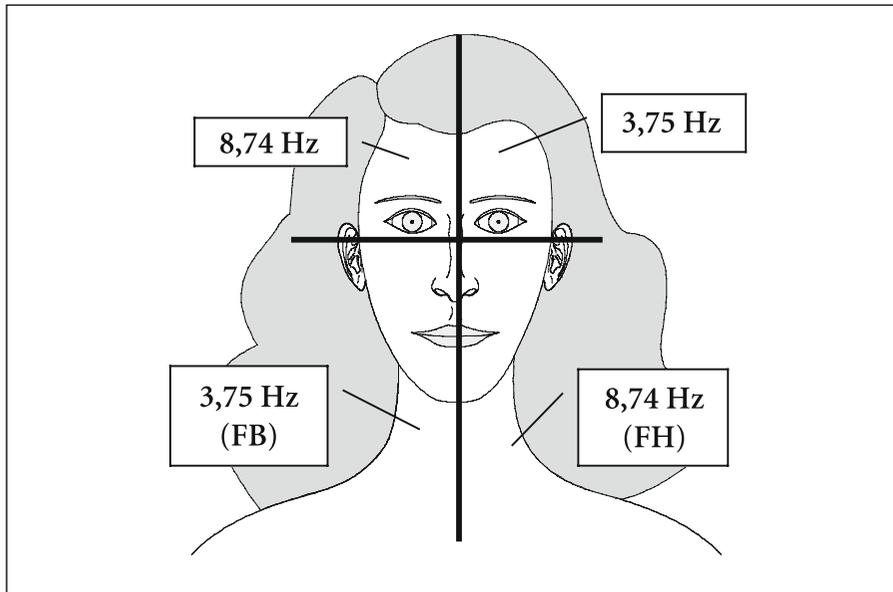


Fig. 12 - Formule normale chez un droitier non contrarié (d'après Raphaël Nogier).

Quelle oreille analyser en priorité ? (tableau IV)

Selon la latéralité du malade

Chez le droitier, on cherchera les organes malades en priorité à l'oreille droite, et les troubles psycho-émotionnels à l'oreille gauche.

Tableau IV - Correspondance entre l'oreille et l'hémi-corps (droitier).

<i>Oreille droite</i>	Recherche prioritaire (somatique) Hémi-corps droit Hémi-face gauche Hémi-face droite (chronique)
<i>Oreille Gauche</i>	Recherche prioritaire (psycho-émotionnel) Hémi-corps gauche Hémi-face droite Hémi-face gauche (chronique)

Oreille et hémi-corps

Un organe peut avoir une correspondance sur les deux oreilles. L'observation enseigne qu'un pavillon auriculaire a des relations préférentielles avec l'hémi-corps du même côté et, dans une certaine mesure, avec l'hémi-face opposée (oreille droite – hémi-corps droit – hémi-face gauche), donc :

- pathologie de l'hémi-corps droit chez le droitier : oreille droite ;
- pathologie de l'hémi-face gauche chez le droitier : oreille droite.

Chez les malades chroniques

On observe fréquemment une inversion :

- pathologie chronique de l'hémi-corps droit chez le droitier : oreille gauche ;
- pathologie chronique de l'hémi-face gauche chez le droitier : oreille gauche.

Références

1. Nguyen J (1989) Auriculopuncture - Encycl. Méd. Nat. (Paris, France), Acupuncture et médecine traditionnelle chinoise, II-2, 12-1989, 16 p
2. Romoli M (2003) Agopuntura Auricolare. Utet, Milano. Italie
3. Matucci C (2006) L'inspection de l'oreille en acupuncture auriculaire : corrélations entre les pigmentations mélaniques et les dysmorphies squelettiques. Actes du V^e Symposium international, Lyon
4. Novak A (1983) La lombalgie et le comédon. Revue Auriculo-médecine n° 30 Maisonneuve, Sainte-Ruffine
5. Nogier PFM (1969) Traité d'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
6. Nogier PFM (1977) Introduction pratique à l'auriculothérapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine
7. Bourdiol RJ (1980) Éléments d'auriculothérapie. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
8. Nogier P (1981) Comment soulager les douleurs intolérables ? Revue Auriculo-médecine n° 22 Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
9. Rouxville Y (1994) Index des cours effectués par le Dr Paul Nogier du 27 février 1981 au 9 juillet 1994. Peut être consulté sur www.glem.org
10. Leclerc B (1994) Précis d'auriculothérapie. Leclerc, Nevers
11. Rouxville Y (1995) La détection électrique. Cahiers de biothérapie n° 133, Paris

12. Nogier R (2000) Auriculothérapie 1er degré. Sauramps médical, Montpellier
13. Niboyet JEH (1963) La moindre résistance électrique de surfaces ponctiformes et de trajets cutanés concordant avec les points et méridiens base de l'acupuncture. Thèse de Doctorat ès sciences, Marseille
14. Timochevsky SV (1994) The computer auricular diagnostic data system « Acus ». Annales du I^{er} Symposium international d'auriculothérapie et d'auriculo-médecine. Haug International, Bruxelles
15. Vichniakova I (2000) Le système d'information et de diagnostic auriculaire assisté par ordinateur « Acus » : quatre ans de développement. Actes du III^e symposium international, Lyon
16. Rouxville Y (2000) Acupuncture auriculaire personnalisée. Sauramps médical, Montpellier
17. Terral C, Rabischong P, Dubois JC (2006) Analyse de la fiabilité de l'auriculo-diagnostic par la lecture du programme Body-Scanning F.T. Data Base. Actes du V^e Symposium international, Lyon
18. Nogier PFM (1981) De l'auriculothérapie à l'auriculomédecine. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
19. Nogier R (1993) Introduction pratique à l'auriculomédecine. La photoperception cutanée. Haug international, Bruxelles
20. Magnin P (2006) Approche diagnostique et thérapeutique de la chromoluminescence. Actes du V^e Symposium international. Lyon.
21. Actes d'Alba (2003) Sauramps médical, Montpellier
22. Marignan M, Vulliez C (2000) Le VAS (vascular autonomic signal) enfin élucidé ? Nouvelle méthodologie mathématique de traitement avancé du signal capable de mettre en évidence le phénomène du VAS. Actes du III^e Symposium international, Lyon
23. Van Wijk R, Ackerman J, Van Wijk A (2006) Human biophoton emission and the VAS. Actes du V^e Symposium international. Lyon
24. Nogier R (1981) VAS. Stimulations lumineuses cutanées chez le lapin. Leur influence sur les taux d'amines vasopressives. Revue Auriculo-médecine n° 25. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz
25. Nogier P, Nogier R, Clément G (1984) Recherche d'éventuelles modifications de la transmission d'influx somesthésiques sous l'effet d'une stimulation de la peau chez le lapin vigile. Revue Auriculo-médecine n° 34. Maisonneuve, Moulins-lès-Metz