

## LA CRANIOPUNCTURE

par André PERRET

**Résumé.** — Nous avons découvert la crâniopuncture à l'Institut de Médecine Traditionnelle de Kunming. L'implantation d'aiguilles d'acupuncture dans la zone de clivage entre le scalp et les os du crâne se fait en fonction de deux théories : les fonctions du cortex cérébral sous-jacent et la cartographie des points d'acupuncture. La crâniopuncture permet d'obtenir des résultats étonnants dans les séquelles de traumatismes crâniens, l'hystérie, l'épilepsie, par exemple. Cette pathologie est plus fréquente à l'hôpital ou dans les centres de rééducatons. En cabinet, l'utilisation de la crâniopuncture des patients présentant des douleurs sciatiques ou des cervicalgies démontrent son efficacité dans des tableaux algiques résistants à d'autres traitements. Cependant, les douleurs liées à la répétition des stimulations crâniennes au niveau du cuir chevelu, le nombre important des séances, quelques effets secondaires, notamment chez les personnes âgées, limitent son usage dans l'activité quotidienne libérale.

**Summary.** — Craniopuncture is a technique recently developed in China. The map of the points used is a combination of two theories : — that of the cerebral zones of the underlying cortex (13 zones) and that of the paths of the acupunctural meridians (4 zones). The main symptoms are : — cephalgia with an arterial origin, cerebral vascular attacks, results of cranial traumatismes, infantile cerebral dyaphasia, hysteria, epilepsy... Some cases taken from an acupunctural practice lead the author to discuss, taking into account the gravity of the courses of treatment and the various disadvantages linked to the repeated seances, the idea of reserving the use of this technique, with its undeniable, even surprining, recults, to re-education or anti-pain centres.

This article is a summary of a lecture given to the members of the French School of Acupuncture at the Institute of Traditional Medicine of Kunming, Yunnan, in 1988 during the first E.F.A. study trip to China.

### Introduction

En août 1988, l'École Française d'Acupuncture organisait un premier voyage d'étude en Chine, à Kunming, chef-lieu de la province du Yunnan. Nous y avons reçu un accueil très chaleureux. Chaque après-midi durant les

Dr André Perret — Bayonne.

deux semaines de stage (le matin étant consacré aux consultations), les enseignants de l'Institut de Médecine Traditionnelle du Yunnan nous ont proposé des exposés de grande qualité, en particulier sur la crâniopuncture, qui fut pour la plupart d'entre nous une véritable découverte.

Le texte suivant reprend l'intégralité du cours tel qu'il nous a été présenté, puis quatre ans plus tard, une réflexion, appuyée sur des cas cliniques, sur l'intérêt et les limites de cette méthode en cabinet libéral.

## 1<sup>ère</sup> PARTIE

### LA CRANIOPUNCTURE

dans le traitement des maladies du système nerveux central.

Cours du Docteur Yan, Kunming (Yunnan).

#### I — Définition

La crâniopuncture correspond à deux théories :

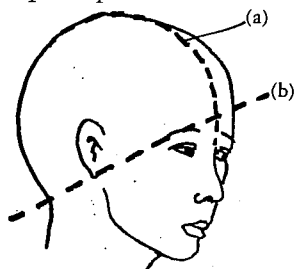
1 — Le choix du point sur le cuir chevelu dépend de la fonction du cortex cérébral sous-jacent.

2 — Le choix du point sur le cuir chevelu dépend du trajet et des points des méridiens parcourant la tête.

En fait ces deux théories ont des points communs :

#### II — 1<sup>ère</sup> théorie : fonction du cortex sous-jacent

Dans toute la Chine on utilise cette théorie pour la pratique. Le traitement est pratiqué selon 13 zones de stimulation : la topographie de ces zones se fait en fonction des repères anatomiques de la tête et 2 lignes virtuelles principales :

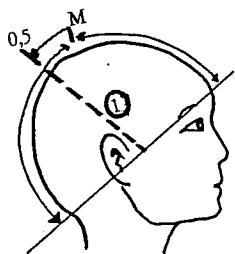


(a) La ligne médiane antéro-postérieure partant entre les 2 sourcils jusqu'à la fosse occipitale.

(b) La ligne sourcilo-occipitale (du sommet des sourcils à l'occiput).

## 1 — Zone motrice

Projection de l'aire motrice antérieure corticale sur le cuir chevelu.



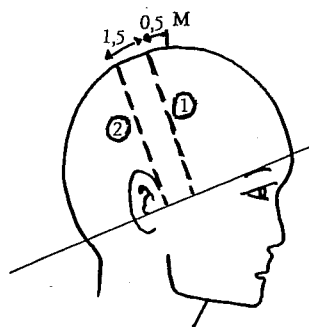
Le point supérieur se trouve à 0,5 cm en arrière du point médian sur la ligne (a),  
le point inférieur est le point de croisement de la tempe et de la ligne (b).

Cette nouvelle ligne (1) se divise en 5 parties :

- 1/5 supérieur : motricité du membre inférieur et du tronc (parésie, paralysie controlatérale)
- 2/5 moyens : motricité du membre supérieur (pour paralysie, parésie controlatérale)
- 2/5 inférieurs : motricité de la face (aphasie motrice, sialorrhée, troubles de la parole).

## 2 — Zone de sensibilité

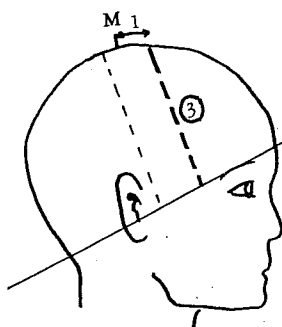
Projection de la zone postérieure sensitive corticale. Elle est formée par une ligne (2) parallèle à la ligne motrice, 1,5 cm en arrière. La subdivision est la même.



- 1/5 supérieur : pour le traitement des douleurs lombaires et du membre inférieur opposé, pour les engourdissements et les sensations anormales, mais aussi pour les douleurs de la nuque, du cou et de la tête.
- 2/5 moyens : pour le même type de douleurs ou sensations du membre supérieur controlatéral.
- 2/5 inférieurs : pour la paralysie faciale, migraines, névralgies du trijumeau, odontalgies, douleurs articulaires de la mâchoire, toujours controlatérales.

## 3 — Zone de contrôle des mouvements choréiques

Formée par une ligne (3) parallèle à la ligne (1) et 1,5 cm en avant d'elle (ou 1 cm en avant du point médian).



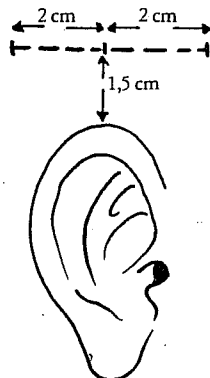
Note : Les variations en fonction de la grosseur de la tête sont très faibles.

Elle permet de traiter :

- la chorée,
- les syndrômes d'engourdissement, les tremblements.

Quand la maladie est unilatérale, on pique à l'opposé. Si elle est bilatérale, on pique des 2 côtés.

## 4 — Zone de l'audition

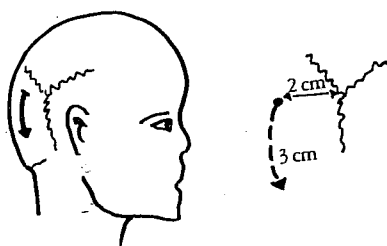


Localisation : ligne (4)

Le point de départ de la ligne se trouve à 1,5 cm au-dessus du sommet du pavillon de l'oreille, la ligne se prolonge de 2 cm en avant et 2 cm en arrière.

Traitement : elle permet de traiter toujours controlatéralement : les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les troubles d'audition (origine centrale).

## 5 — Zone de phonation



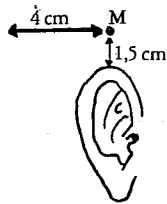
La 1<sup>ère</sup> zone était constituée par les 2/5 inférieurs de la zone motrice (aphasie motrice)

Une 2<sup>ème</sup> zone formée par 1 ligne partant d'un point situé 2 cm en arrière de la jonction pariéto-occipito-temporale et se prolongeant 3 cm en arrière parallèlement à la ligne médiane.

La 1<sup>ère</sup> zone permettant de traiter l'aphasie de Wernicke,

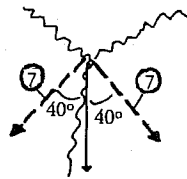
La 2<sup>ème</sup> zone permettant de traiter l'aphasie de Broca.

6 — 3<sup>ème</sup> zone de phonation



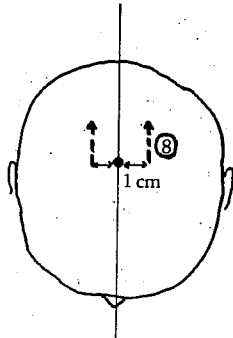
formée par 1 ligne partant du point médian de la zone d'audition que l'on déplace 4 cm en arrière, elle permet le traitement de l'aphasie sensorielle.

7 — Zone de coordination



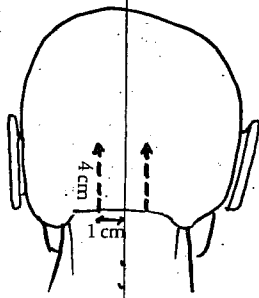
à partir du point de jonction pariéto-occipital on trace une ligne perpendiculaire de 3 cm. La zone est formée par 2 lignes à 40° de cette perpendiculaire. Traitement : apraxie.

8 — Zone de sensibilité motrice du pied



Parallèlement à la ligne médiane et à 1 cm du point médian, la ligne se prolonge 3 cm en arrière. Traitement : douleurs du membre inférieur opposé et engourdissement, paralysie, lumbago aigu (en relation avec le pied) mais aussi la polyurie d'origine corticale, l'énurésie nocturne, le prolapsus utérin.

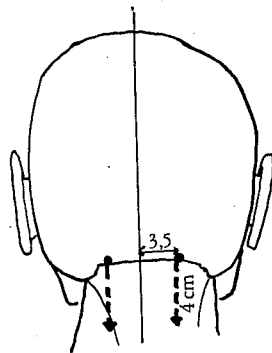
Zone de vision



Localisation : à partir de 2 points à 1 cm de part et d'autre de la ligne médiane et sur la jonction cervico-occipitale, on trace 2 lignes de 4 cm vers le haut et parallèles à la ligne médiane.

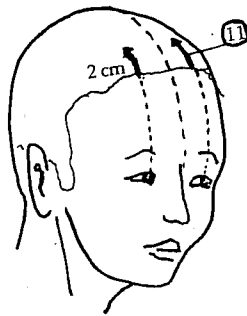
Traitement : troubles de vision d'origine corticale.

## 10 — Zone de l'équilibre



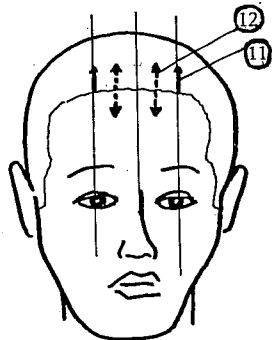
projection des hémisphères cérébelleux.  
Localisation : à 3,5 cm du point médian de jonction cervico-occipital, on trace 2 lignes parallèles vers le bas de 4 cm. Elles se trouvent donc sur le cou.  
Traitement : troubles de l'équilibre d'origine cérébelleuse.

## 11 — Zone oligastrique



Localisation : à 4 travers de doigts au-dessus du sourcil, en remontant de la pupille, le point de départ se trouve à la jonction du cuir chevelu. On trace une ligne de 2 cm de long vers le haut.  
Traitement : gastralgies et troubles de la partie supérieure de l'abdomen.

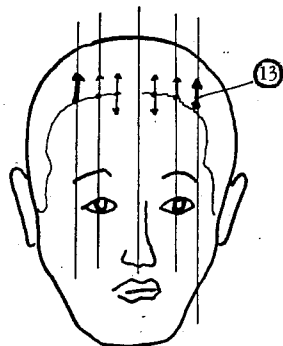
## 12 — Zone de la cage thoracique



Localisation : on prend le point médian entre la ligne médiane et la zone gastrique et on le déplace de 2 cm vers le haut et vers le bas (une ligne de 4 cm au total).

Traitement : douleurs thoraciques, sensation de plénitude de la poitrine, palpitations, déficience coronaire, asthme.

## 13 — Zone uro-génitale



Localisation : 4 travers de doigts au-dessus de l'angle externe de l'œil. A l'angle du front tracer une ligne parallèle à la ligne médiane, vers le haut et de 2 cm de long.

Traitement : métrorrhagies fonctionnelles, leucorrhée, cystites.

Note : La crâniopuncture est utilisée depuis 20 ans en Chine selon cette théorie.

Lors d'un symposium on a pu traiter en public une paralysie qui durait depuis 15 jours et la guérir immédiatement.

Il existe une autre théorie à partir du trajet des méridiens. Cette théorie utilise 14 lignes.

III — 2<sup>ème</sup> théorie

Liée au trajet des méridiens sur le crâne, cette théorie est préférée par les médecins " traditionnels ". On distingue 14 lignes réparties dans quatre zones.

## A — Zone frontale : 4 lignes.

## 1 — Ligne médiane frontale

Sur la ligne médiane, à partir du 24 VG, on trace une ligne d'1 *tsun* vers le bas.

Traitement : maladies mentales, affections du nez et de la gorge.

2 — 1<sup>ère</sup> ligne latérale du front

A partir du 3 VG, on trace une ligne d'1 *tsun* vers le bas.

Traitement : bronchites, troubles pulmonaires, troubles du réchauffeur supérieur.

3— 2<sup>ème</sup> ligne latérale du front

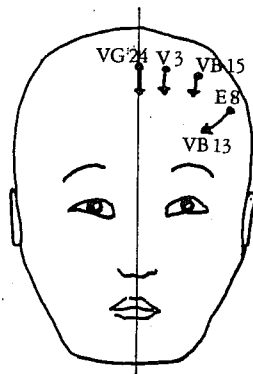
A partir du 15 VB, on trace une ligne d'1 *tsum* vers le bas.

Traitement : maladies du foie, de la rate-pancréas, vésicule biliaire, estomac.

4 — 3<sup>ème</sup> ligne latérale du front

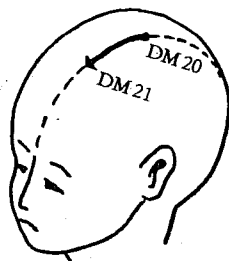
Une ligne tracée de 8 E à 13 VB

Traitement : maladies uro-génitales.



B — Zone pariétale : une ligne

Sur la ligne médiane pariétale (*Don Mai*) on pique du 20 VG jusqu'au 21 VG



Traitement : paralysie, engourdissements, polyurie d'origine centrale, hypertension, céphalées, vertiges.



## C — Zone latérale : 6 lignes

- 1) Ligne oblique antérieure temporale qui va de 21 VG à 6 VB

Cette ligne traverse 3 méridiens, V, VB, VG

Traitement : elle correspond à la zone motrice de la 1<sup>ère</sup> théorie. Les indications sont les mêmes, en divisant cette ligne en 3 zones (le 1/5 supérieur, les 2/5 moyens et les 2/5 inférieurs).

- 2) Ligne oblique postérieure temporale du 20 VG au 7 VB, correspond à la zone sensitive.

- 3) 1<sup>ère</sup> ligne latérale pariétale de 6 VG à 7 V

Traitement : douleurs lombaires et des membres inférieurs.

- 4) 2<sup>ème</sup> ligne latérale pariétale de 17 VB à 2 *tsim* en arrière parallèle à la précédente.

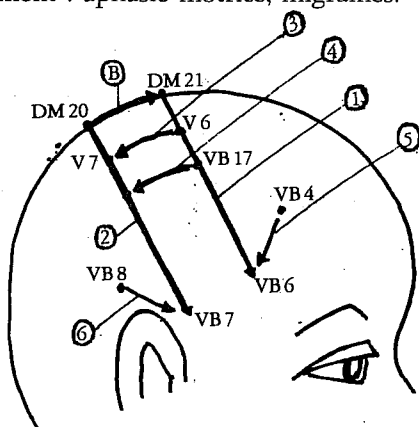
Traitement : douleurs de l'épaule, engourdissement du membre supérieur (controlatéraux).

- 5) Ligne antérieure temporale de 4 VB à 6 VB

Traitement : migraines, surdité, vertiges.

- 6) Ligne temporale postérieure de 8 VB à 7 VB

Traitement : aphasie motrice, migraines.



## D — Zone occipitale : 3 lignes

1) lignes médiane sus-occipitale de 18 VG à 17 VG

Traitement : maladie des yeux, maladies vertébrales lombaires

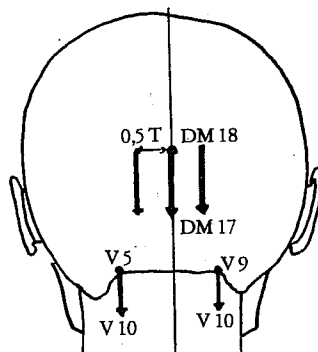
2) ligne latérale sus-occipitale

Ligne de la même longueur et parallèle à la précédente à 0,5 *tsum* de la ligne médiane.

Traitement : maladie des yeux, myopie, douleurs des muscles lombaires.

3) ligne latérale sous-occipitale de 9 V à 10 V

Traitement : déséquilibres d'origine cérébelleuse.



Note : des recherches sont en cours actuellement pour comparer les deux méthodes.

## IV — Technique de manipulation

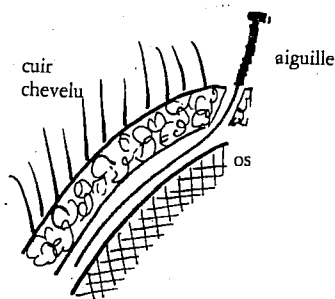
Agir toujours controlatéralement

Choix des aiguilles

n° 28 ou 30, soit un diamètre de 0,30 à 0,35 (c'est-à-dire plus gros que les aiguilles utilisées pour le corps) et de 1,5 à 2 *tsum* de long.

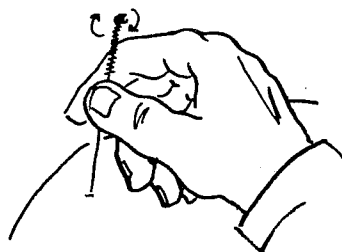
Technique de la piqûre

Il faut introduire l'aiguille très rapidement. Il faut que l'aiguille arrive sous le scalp, dans la zone de clivage où elle sera glissée parallèlement à la peau et sur toute la longueur de la ligne stimulée.



#### Manipulation de l'aiguille

On pratique la torsion de l'aiguille. L'aiguille est tenue entre le bord radial de l'index et le bord cubital du pouce.



Rotation et dérotation répétées très rapidement (200 par minute) pendant 3 minutes.

On laisse l'aiguille en place 10 à 15 minutes et on reprend une nouvelle stimulation de 3 minutes. On renouvelle 3 fois ce cycle ; soit 1 heure de traitement environ.

Pendant que l'aiguille est en place, il faut que le malade essaie les exercices fonctionnels. Pendant le traitement, le malade progresse et peut exécuter des mouvements qui étaient impossibles auparavant.

On peut remplacer cette stimulation manuelle par une stimulation électrique dont la fréquence est de 200 à 300 impulsions par minute et dont l'intensité dépend de la réaction du patient.

### V — Exemples cliniques

#### 1 — Céphalée d'origine artérielle

Technique :

Prendre les 2/5 inférieurs de la zone de sensibilité, on stimule l'aiguille par la méthode de torsion et de vibration ou électriquement à la fréquence de 100 par minute pendant 2 minutes, suivies d'un repos de 5 minutes et on recommence ce cycle pour une séance d'une demi-heure environ.

Résultats :

Des expérimentations cliniques ont été faites : le taux d'efficacité (disparition des douleurs) est de 82 %.

On observe le diagramme de la circulation sanguine cérébrale :

— l'amplitude des ondulations de la circulation sanguine augmente des 2 côtés,

— la vitesse volumétrique de l'entrée du sang augmente (le temps d'accroissement de l'onde diminue)



avec craniopuncture :  $\frac{H2}{T2} > \frac{H1}{T1}$

Donc le remplissage des artères cérébrales augmente, la puissance pulsative de la fourniture sanguine augmente (le débit sanguin augmente). Il y a une diminution de la tension des artères cérébrales.

La circulation cérébrale des 2 côtés tend à s'équilibrer, les mouvements d'énergie et de sang deviennent normaux, les céphalées diminuent ou disparaissent.

## 2 — Accidents vasculaires cérébraux

Technique :

On prend la ligne médiane du vaisseau gouverneur, on pique de 24 VG jusqu'à 1 *tsun* en arrière de 21 VG à 20 VG.

On utilise la dispersion : sens inverse du méridien. On stimule 2 minutes, puis on laisse l'aiguille 1/2 heure et on recommence une fois (séance d'une heure).

### Résultats :

Pour commencer ce traitement, il faut attendre que le malade soit stabilisé, que sa T.A. soit normalisée ; la phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral ne doit pas être traitée par crâniopuncture, il faut attendre que le malade soit conscient.

En général on obtient un bon résultat au bout de 3 séances, le traitement doit être continué 12 séances. Après 6 ou 7 séances, s'il n'y a pas de progrès ce n'est pas la peine de continuer (échec). La crâniopuncture agit sur la thrombose cérébrale. En période aiguë, on fait une séance par jour, puis une séance tous les 2 jours dès amélioration.

### 3 — Séquelles de traumatisme crânien

#### Technique :

On prend la zone motrice. Pour ces malades, il faut une stimulation électrique ; l'aiguille restant en place demi-heure.

### 4 — Dysphasie cérébrale infantile

On utilise la zone motrice et la zone de phonation, tous les 2 jours on change de zone.

Après introduction de l'aiguille, on fait une stimulation électrique pour l'enfant pendant demi-heure.

10 séances, au rythme d'une tous les 2 jours, puis on arrête 7 jours et on recommence.

### 5 — Hystérie

On utilise la ligne de 24 VG à 1 *tsun* vers le bas, la ligne de 20 VG à 21 VG.

L'aiguille étant dans le sens du méridien. Il faudra stimuler légèrement mais par contre laisser l'aiguille en place au moins 2 heures par jour.

## VI — Règles à observer dans la pratique

1 — Pendant le traitement, il faut maintenir un taux de stimulation convenable pour éviter le " mal d'aiguille " (douleur).

2 — Traiter avec précaution les malades fébriles ou en inflammation aiguë ou en déficience cardiaque.

3 — Pour les vaisseaux du cuir chevelu qui saignent facilement, il faut, après avoir retiré l'aiguille, presser assez longtemps avec du coton.

#### VII — Questions

Peut-on avoir des résultats par crâniopuncture dans la maladie d'Alzheimer ; dans les troubles psychologiques ?

Difficilement.

Le bégaiement ?

Nous ne l'avons pas utilisé.

L'impuissance masculine ? (problème de traduction possible)

On utilise la zone motrice.

Epilepsie ?

Oui, on utilise la crâniopuncture. Dans ce cas, on agit alternativement sur les zones motrices et sensorielles 1 jour sur 2. Il n'y a pas d'aggravation avec la crâniopuncture, et on peut utiliser la stimulation électrique (en général pendant demi-heure). La stimulation est toujours controlatérale, mais en général, ne viennent pour ce traitement que ceux qui sont des échecs des traitements occidentaux ou traditionnels chinois.

## 2<sup>e</sup> PARTIE

### ÉTUDE DES 5 CAS CLINIQUES EN CABINET LIBÉRAL

Cas n° 1 : S. Nicole, mariée, deux enfants, éducatrice, 36 ans.

Depuis trois mois, elle se plaint d'une douleur progressive, lombaire, irradiant dans le membre inférieur gauche selon un trajet de sciatique S1, de paresthésies de la plante du pied, d'une diminution de la force du membre inférieur. L'examen objective une diminution de la force du releveur du premier orteil, mais le signe de Lassègue n'apparaît qu'à 90°, et la

diminution de sensibilité, diffuse, ne correspond pas à un territoire précis. La douleur est brûlante, avec des paroxysmes nocturnes. Les traitements antérieurs sont sans effet : Coltramyl, Feldène en intramusculaire et per os, kinésithérapie, manipulations vertébrales.

En mars 1990, cinq séances de crâniopuncture permettent une guérison complète en quinze jours.

L'amélioration est progressive dès la première séance. Depuis deux ans il n'y a eu aucune récurrence.

La zone motrice supérieure droite était puncturée par trois aiguilles en contact sous le cuir chevelu, et stimulée électriquement pendant une demi-heure à la fréquence de 200/minute.

Cas n° 2 : Madame C. Dominique, 38 ans, mère de 4 enfants, sans profession.

Depuis 3 ans elle souffre de lombalgies quotidiennes. Elle se plaint de paroxysmes douloureux, nocturnes ou aux changements de position, dans la zone ilio-lombaire droite. Elle refuse de prendre des anti-inflammatoires et les divers traitements entrepris n'ont pas apporté d'amélioration (acupuncture et manipulations vertébrales).

En janvier 1991 : Une première séance de crâniopuncture de la zone sensitive gauche (200/minute), permet une amélioration nette mais fugace. Cinq séances espacées de trois jours, puis trois autres espacées de sept jours ont permis une amélioration progressive et durable. Il persistait un fond de lombalgie supportable mais toutes les douleurs aiguës ou nocturnes avaient disparu. Le traitement a été continué au rythme d'une séance par mois pendant quatre mois et finalement arrêté, l'amélioration étant jugée suffisante.

En octobre 1992, les résultats sont stables.

Cas n° 3 : Madame L. Maïté, 35 ans, 2 enfants, secrétaire médicale.

Après un long passé de sciatalgies gauches, elle est opérée pour la deuxième fois d'une hernie discale L5 S1 en juin 1987. Cette opération lui a permis de reprendre son travail. Pourtant, elle garde une importante

contracture musculaire lombaire, des lombalgies à la marche et en fin de journée. Elle souffre régulièrement de son pied gauche. Il existe une hyperesthésie au contact de la cicatrice. Sur ce fond sensible, il existe de fréquents épisodes hyperalgiques très invalidants et nécessitant des arrêts de travail de plusieurs semaines, malgré les différents traitements (repos, anti-inflammatoires et acupuncture). Lors de ces épisodes, le signe de Lassègue est franc à 30°.

Le 15 juin 1989, un nouvel épisode de lombosciatalgie gauche aiguë hyperalgique nous conduit à essayer la crâniopuncture de la zone de sensibilité droite supérieure. Trois séances l'améliorent en huit jours. Elle reprend son travail.

Le 24 mars 1990, une nouvelle rechute provoque un nouvel arrêt de travail. Quatre séances en huit jours l'améliorent très nettement.

Octobre 1992 : Nous avons décidé d'utiliser la crâniopuncture pour ces crises paroxystiques de sciatalgie mais, depuis mars 1990, elle ne s'en plaint plus. La fatigue lombaire, bien que diminuée persiste et ne nécessite plus d'arrêt de travail.

Cas n° 4 : Madame A. Lucienne, 58 ans, sans enfant, institutrice en retraite.

Elle souffre régulièrement de lumbagos aigus cédant en quelques jours avec les anti-inflammatoires, les myorelaxants, ou l'acupuncture. L'opération d'une hernie discale L4 L5 en 1976 n'a pu faire disparaître les troubles concernant toute la face externe de la jambe et les 3/4 externes du pied droit (dos et plante du 2<sup>e</sup> au 5<sup>e</sup> orteil).

Il existe dans ce territoire :

- une hypoesthésie très nette à la piquûre,
- une anesthésie presque complète au chaud et au froid,
- des névralgies paroxystiques très violentes parfois nocturnes,
- une disparition de la sensibilité proprioceptive de la cheville et de tout le pied,
- une mobilisation active normale de tous les segments.



Ces séquelles sont très invalidantes pour cette personne très active qui est incapable de connaître la position de son pied sans le regarder et qui ne ressent pratiquement pas le contact de son pied lors de la marche. Son pied traîne, bute, et Madame A. multiplie les chutes. La kinésithérapie prolongée ne lui ayant pas apporté d'amélioration, elle accepte, bien que réticente à cette thérapie, de faire l'essai de la crâniopuncture.

L'essai comprend 6 séances en 15 jours avec stimulation de la zone de sensibilité supérieure gauche. Le bilan après la 6<sup>e</sup> séance montre :

- une sensation du pied plus tonique,
- une récupération de la sensibilité proprioceptive,
- un rétrécissement de la zone d'hypoesthésie du pied qui n'intéresse plus que la zone externe à partir du 4<sup>e</sup> orteil,
- un contact du pied à la marche beaucoup mieux ressenti.

Très surprise et très satisfaite de cette récupération qui lui permet de marcher normalement, elle décide cependant d'arrêter les séances parce que le cuir chevelu devient de plus en plus douloureux à la puncture.

25.07.1992 : Madame A. revient pour un petit lumbago cédant en une séance de manipulation vertébrale. A cette occasion, le bilan local montre que l'amélioration est stable. Elle reste satisfaite.

Cas n° 5 : Madame D., 30 ans, 2 enfants, sans profession.

Elle est suivie régulièrement pour des cervicalgies cédant bien sous acupuncture. Mais une des causes de ces cervicalgies est probablement un problème visuel lié à un kyste vitelliforme de la macula. Cette maladie héréditaire conduit progressivement à la cécité. Son père est devenu aveugle à 45 ans. Pour elle, la diminution de l'acuité visuelle est progressive, évoluant en aggravations aiguës suivies de rémissions avec des séquelles de plus en plus importantes. Une large tache noire centrale couvre son champ visuel. La taille de cette tache pouvant facilement être graduée par l'analyse de son champ visuel, nous décidons d'un protocole précis pour juger de l'action du traitement.

En mai 1989 : Ce protocole comprend 6 séances de crâniopuncture des deux aires oculaires postérieures, sur 15 jours, avec examen du champ visuel par un ophtalmologiste la veille de la première séance et le lendemain de la sixième séance.

Après la 6<sup>e</sup> séance, on constate :

- une amélioration progressive après chaque séance selon la patiente,
- une amélioration très nette du champ visuel : la tache s'est rétrécie jusqu'à la surface qu'elle occupait plusieurs années auparavant.

Malheureusement cette amélioration ne semble pas stable. Le protocole décidé est donc de faire une série de crâniopuncture tous les 3 mois.

Septembre 1989 : 10 séances en 1 mois. Madame D. est très fatiguée après les séances mais les accepte car sa vue s'améliore.

Janvier 1990 : L'effet des précédentes séances a été plus durable (2 mois). 10 séances permettront le même résultat positif. On constate que l'amélioration a surtout lieu dans les 5 premières séances.

Juillet 1990 : 5 séances en 15 jours. Madame D. a récupéré 3/10<sup>e</sup> à chaque œil depuis un an.

Octobre 1990 : 5 séances en 15 jours.

Chaque série de crâniopuncture provoque une amélioration nette du champ visuel. Celle-ci régresse progressivement mais incomplètement. Au fur et à mesure des séries, le champ visuel s'améliore. Janvier 1991 : Des problèmes familiaux amènent Madame D. à quitter la région.

Remarques :

Dans ces 5 cas cliniques, les autres traitements, longtemps utilisés sans succès, ont continué à l'être sans modification, et volontairement, pendant la période de crâniopuncture. Les améliorations obtenues après crâniopuncture doivent donc être attribuées à cette méthode.

Le choix des patients peut surprendre, les pathologies présentant un caractère plus périphérique (lombosciatique, séquelles d'hernie discales, ...) que central. Néanmoins, il est tentant de penser que l'ancienneté et parfois

une certaine discordance au niveau des troubles présentés, sont la marque d'une participation importante du système nerveux central. C'est ce que semblent confirmer ces résultats.

### Réflexions sur la crâniopuncture

Cette méthode a l'immense avantage d'être bien codifiée. En effet, pour tous les patients souffrant d'une pathologie précise, la zone traitée, la technique de puncture, l'intensité, la fréquence de la stimulation et le nombre de séances sont identiques. Elle ne nécessite par ailleurs aucune formation en médecine traditionnelle chinoise (si l'on s'en tient à la première théorie, qui est aussi la plus utilisée en Chine). Elle permet, selon les études chinoises, d'obtenir d'excellents résultats pour des pathologies parfois lourdes où la médecine occidentale échoue souvent. Ces très beaux résultats, bien que crédibles, sont discutables, du fait du fréquent manque de rigueur méthodologique des expérimentations cliniques chinoises. La crâniopuncture remplit cependant toutes les conditions pour faire des études cliniques randomisées.

Néanmoins, cette technique, est mieux adaptée au milieu hospitalier. Elle présente en effet certains inconvénients qui, dans un cabinet médical, en limitent l'utilisation :

- Les indications sont restrictives puisqu'elle ne s'adresse qu'aux pathologies dans lesquelles la participation du système nerveux central est importante.
- Les séances sont longues, rapprochées et nombreuses.
- La puncture répétitive dans les mêmes zones devient de plus en plus douloureuse au fur et à mesure des séances.
- Certains patients refusent la puncture du cuir chevelu, leur appréhension s'aggrave quand il s'agit de stimulation électrique.
- Chaque séance nécessite une surveillance particulière du patient, donc une plus grande disponibilité du thérapeute.

- Enfin, les effets secondaires constatés au cabinet, bien que bénins, sont pratiquement constants : sensations de lourdeur, d'ébriété ou de sommeil, de fatigue ou de troubles de l'équilibre. Ces réactions fugaces (quelques minutes à quelques heures) sont peu intenses et bien acceptées par l'adulte jeune mais elles posent de réels problèmes aux personnes âgées.

Ces considérations font que le choix de cette méthode au cabinet médical devrait se limiter à des sujets encore jeunes, à tension bien équilibrée, souffrant d'une pathologie suffisamment invalidante, ou douloureuse et résistante aux autres traitements, et pour laquelle la participation du système nerveux central est probable.

Ces restrictions étant faites, l'utilisation de la crâniopuncture n'est pas fréquente, mais les résultats sont très surprenants, comme le montrent les cinq cas cliniques ci-dessus.

### Conclusion

Nous avons découvert la crâniopuncture à l'Institut de Médecine Traditionnelle de Kunming. L'implantation d'aiguilles d'acupuncture dans la zone de clivage entre le scalp et les os du crâne se fait en fonction de deux théories : les fonctions du cortex cérébral sous-jacent et la cartographie des points d'acupuncture. La crâniopuncture permet d'obtenir des résultats étonnants dans les séquelles de traumatismes crâniens, l'hystérie, l'épilepsie, par exemple. Cette pathologie est plus fréquente à l'hôpital ou dans les centres de rééducation. En cabinet, l'utilisation de la crâniopuncture sur des patients présentant des douleurs sciatiques ou des cervicalgies démontrent son efficacité dans des tableaux algiques résistants à d'autres traitements. Cependant, les douleurs liées à la répétition des stimulations crâniennes au niveau du cuir chevelu, le nombre important des séances, quelques effets secondaires, notamment chez les personnes âgées, limitent son usage dans l'activité quotidienne libérale.