

LECTURE¹

RETOUR A L'ESSENTIEL

Quels fondements philosophiques pour l'ostéopathie aujourd'hui ?

par HENRI O. LOUWETTE, D.O.
Membre titulaire de la S.C.A.B.

*« Si l'observateur, placé dans une barque, suit le fil de l'eau,
on peut bien dire qu'il descend avec le courant vers son avenir,
mais l'avenir, ce sont les paysages nouveaux qui l'attendent à l'estuaire,
et le cours du temps, ce n'est plus le ruisseau lui-même :
c'est le déroulement des paysages pour l'observateur en mouvement. »*

Maurice Merleau-Ponty(1)

Parfois nos souhaits se réalisent. Un des ouvrages de base de l'ostéopathie dans le champ crânien vient d'être réédité en avril 1997 par la Sutherland Cranial Teaching Foundation (2). Nous appelions de nos vœux cet événement dans la conclusion de notre précédente lecture.

L'ouvrage ne nous était pas inconnu, car nous en avions fait une copie lors de notre première visite au musée de Kirksville en juillet 1988; puis nous l'avions perdue, prêtée sans retour. Quelques années plus tard, nous nous étions procuré une autre copie à la bibliothèque du New England College of Osteopathic Medicine.

Plusieurs lectures nous avaient convaincus des similitudes, mais aussi des différences avec la deuxième édition de 1966 (3). Au travers de notre mémoire nous apparaissaient cependant des lacunes, des ajoutes, mais surtout des inadéquations entre les deux volumes.

Ce printemps, lors d'un séjour à Biddeford, nous avons eu l'occasion de réaliser une lecture « en parallèle » des deux éditions donnant ainsi corps à ce que notre mémoire et notre intuition nous avaient amenés à pressentir. Nous sommes allés de surprise en étonnement, puis au fur et à mesure de nos lectures comparées, nous avons dû nous rendre à l'évidence, la deuxième édition était une version expurgée, autocensurée, vidée de son essentiel, de son contenu énergétique et spirituel.

¹ Procéder à une republication d'un article rédigé il y a 25 ans, présente toujours le risque de paraître obsolète soit dans sa forme soit sur le fond. Il nous a cependant semblé important de la réaliser, car son témoignage constitue une partie intégrante de l'évolution de l'ostéopathie et me permet également un arrêt sur image de mon propre parcours. J'y ai inclus la traduction française des exemples cités et repris de la publication en 2000 aux éditions Sully d' Ostéopathie dans le champ crânien, Édition Originale ISBN 2-911074-26-2.

Quinze années séparent les deux publications, pendant lesquelles surviendront des événements majeurs : la création de la Sutherland Cranial Teaching Foundation (1953), et la disparition de W.G. Sutherland (1954).

Survient aussi une nette mise à distance par rapport au « concept bioénergétique » (4), celui-ci ayant été développé par certains « table trainers » qui insistent sur le fait :

« Qu'ils pouvaient palper le mouvement crânien sans toucher le crâne, par l'intermédiaire du champ énergétique entourant le corps » (5).

D'autres membres du groupe d'enseignement S.C.T.F. se virent reprocher l'usage d'un langage considéré comme trop métaphysique eu égard aux fondements anatomo-physiologiques de la médecine ostéopathique.

Le courant de pensée de l'époque n'était guère favorable à une telle approche diagnostique et thérapeutique et il s'en suivit un déclin de l'ostéopathie dans le champ crânien.

Des collègues se fermèrent complètement à son enseignement pendant de nombreuses années.

À l'intérieur même de la petite communauté « crânienne », différentes interprétations de l'enseignement de W.G. Sutherland se développèrent, Approche Membranaire opposée à Approche Fluidique; opposition d'autant plus dérisoire que Sutherland avait enseigné ces deux abords, usant de l'un comme de l'autre ou les combinant.

Cette divergence allait totalement à l'encontre de l'évolution de la pensée du maître (6, 2).

Il ne semble faire aucun doute que l'ensemble de ces circonstances, allié à d'autres événements politiques (5) ait contribué à la révision de la deuxième édition d' « Osteopathy in the Cranial Field ».

Nous n'avons aucunement l'intention de réaliser une étude comparée complète des deux versions de l'ouvrage de H.I. Magoun; tout au plus pouvons-nous attirer l'attention vers ce qui nous semble être une base de réflexion sur l'évolution de l'ostéopathie et peut-être plus particulièrement son approche « énergétique », à partir de son application dans le champ crânien. Par énergétique, nous entendons l'étude de ce qui paraît avoir une *énergie innée* : le Mystère de la Vie; mais aussi l'étude de ses dysfonctions, de l'apparition des maladies ou de la genèse de celles-ci. C'est dans cette voie que s'était engagé W.G. Sutherland.

» La base de la science est l'observation » (7) et le vrai chercheur ne limite pas son champ d'investigation à la seule matérialité du corps, il investit aussi la recherche de l'être essentiel. Il y a peu, au début de XIXe siècle, qui vit la naissance de « l'ère matérialiste », Auguste Comte tentera d'organiser les bases scientifiques de la société moderne.

Son concept influencera considérablement l'évolution du corps social et il en résultera malheureusement des dérives qui sépareront ainsi le corps de l'esprit et de l'âme.

L'application de ces idées aux sciences médicales limitera ainsi la compréhension de l'homme malade à son seul corps et à ses dysfonctions.

L'être humain perd ainsi sa place dans l'univers : « entre Ciel et Sol » (8). Il devient une simple machine, séparée de son esprit et de son âme, dont nous prétendons embrasser les mécanismes à travers l'étude de la biologie, la physiologie, la pathologie; réduisant ainsi l'entendement des maladies et de leurs modes d'apparition à l'action d'agents pathogènes, quelquefois en y incluant

les influences socio-familiales, frôlant ainsi l'aspect psycho-somatique de certaines dysfonctions; aucune place n'étant laissée à l'aspect bioénergétique, au « Souffle de Vie ».

Pour bien comprendre le contenu de la première édition du livre de H.I. Magoun, il est nécessaire de revenir à la pensée de W.G. Sutherland et la meilleure façon de procéder est assurément une lecture approfondie de «Contribution of Thought» (9,10) et de «Teaching in the science of osteopathy». (11) Elle nous révéla le long chemin emprunté par le maître :

- du général au particulier
- de l'extérieur à l'intérieur
- de la mécanique au biologique
- de l'instrument à la main
- du laboratoire au vécu intérieur
- du grossier au subtil
- de la substance à l'essence.

Chemin d'une vie consacrée à la vie

Devons-nous renoncer à notre sens critique en ignorant et refusant la démarche de l'homme qui s'élève, qui transcende la matière pour s'interroger sur Le Mystère ?

Reconnaître le « *Souffle de Vie* » ne nie aucunement sa manifestation.

L'existence physique de l'homme suffit-elle pour rejeter son essence métaphysique ?

« L'homme moderne peut difficilement avoir une vision exhaustive de son univers sans résorber les dualités corps-esprit, âme-matière, visible-invisible, ou même animé-inanimé. » (12)

Il s'est écoulé quarante-cinq ans entre la première édition et sa réimpression dans sa forme originale, la seule approuvée par W.G. Sutherland.

Compilée et éditée par feu Harold I. Magoun Sr, D.O., à partir d'un manuel écrit par Howard et Rebecca Lippincott (13), un essai du Dr Paul Kimberly (14), des entretiens avec le Dr Sutherland concernant son concept enseigné entre 1939 et 1950, ainsi que la propre expérience du Dr Magoun, combinée à celle de ses collègues.

L'édition de ce texte original est le résultat d'un « Travail d'amour – une tentative de payer l'obligation de soulager la douleur... »(2).

L'influence de W.G. Sutherland apparaît aisément « entre les lignes » de ce texte.

Les concepts sont présentés dans un style assuré, direct, et il contient des informations, des illustrations et des citations non reprises dans les éditions de 1966 et de 1976 (3).

Bien que la deuxième édition fut à même d'améliorer les quelques erreurs découvertes dans la première, la saveur de l'enseignement du Dr Sutherland est bien plus forte dans l'originale.

Comme texte pédagogique, il sera le distingué compagnon de : Teaching in the Science of Osteopathy (11), Contribution of Thought (10), The Cranial Bowl (15), et la deuxième édition d'Osteopathy in the Cranial Field (3), donnant de nouveaux aperçus aux considérations anatomiques et améliorant sa propre perspective sur le concept, comme étant un tout.

Comme document historique, il rapporte avec plus de profondeur les idées contenues dans le travail de W.G. Sutherland, ainsi que les ont discutées ceux qui ont continué à enseigner son œuvre après sa mort.

Abordons maintenant les lectures comparées, avec un regard phénoménologique, tel qu'elles apparaissent. Nous n'avons pas l'intention d'être exhaustif dans ce développement, mais les quelques exemples choisis, nous l'espérons, stimuleront la curiosité, la recherche et la réflexion.

Les exemples sont au nombre de dix, et numérotés comme tel.

Dans les exemples **1**, **2** et **3**, nous avons repris des citations de W.G. Sutherland qui ont disparu dans la deuxième édition.

Les exemples **4**, **5** et **6**, semblent avoir été écrits par Sutherland lui-même et sont d'une extrême richesse et d'une très grande précision pour l'utilisation de la fluctuation du liquide céphalo-rachidien et de la Puissance de celui-ci.

L'exemple **7** nous montre combien on peut utiliser à la fois l'approche membranaire et fluïdique.

Dans les exemples **8**, **9** et **10**, nous exposons les deux versions en parallèle.

Nous avons souligné les passages les plus importants à nos yeux en les mettant *en gras et en italique*.

Enfin c'est volontairement que nous vous livrons ces textes dans leur version originale anglaise, car c'est la seule disponible actuellement.

1. FOREWORD

Considering the cerebrospinal fluid theoretically as a human "*electric battery*," abnormal changes in the normal rhythm of its fluctuation would derange the ampere balance of the "*nerve force*" or "*electrical juice*," penetrating, flowing or being transmitted along the nerve fibers. The electrician refers to the electrical force of the wire as "*juice*" and Doctor Still has mentioned "*nerve force*" in his lectures. (p. v)

1. PROLOGUE

Si l'on envisage le liquide céphalo-rachidien théoriquement comme une "*pile électrique*" humaine, des changements anormaux du rythme habituel de sa fluctuation dérangerait l'équilibre d'ampères de la "*force nerveuse*" ou du "*jus électrique*", lors de sa pénétration, de son écoulement ou de sa transmission le long des fibres nerveuses. L'électricien fait référence à la force électrique du fil comme du "*jus*" et le Docteur Still a mentionné la "*force nerveuse*" pendant ses cours. (p. 11)

2. PREFACE

Probably the most fundamental approach to pathology is to be found in the fact that *cranial osteopathy can be a vital factor in the movement and hence the chemistry of fluids in direct relation to the central nervous system.* (p. xii)

2. PRÉFACE

L'approche la plus fondamentale de la pathologie réside probablement dans le fait que *l'ostéopathie crânienne peut être un facteur essentiel dans le mouvement et donc dans la chimie des liquides en relation directe avec le système nerveux central.* (p. 20)

3. CHAPTER I

THE PRIMARY RESPIRATORY MECHANISM

Introduction "*The Life Principle*"

Hence that motion must be **GUIDED AND DIRECTED BY A SUPREME BEING**. There must be a channeling of the *Universal Intelligence* down to the individual cell or organism. Otherwise all would be chaos. (p. 15)

DR. W. G. SUTHERLAND CONCURS IN THIS VIEW. * He feels that the cerebrospinal fluid receives and is endowed with "*the breath of life.*" As long as life exists this highest known element is the abiding place of that mysterious *spark* which cannot be explained but is none the less present. (p. 15)

Dr. Sutherland variously describes this invisible element as the "*fluid within a fluid,*" "*the liquid-light,*" "*the 'juice' in the electric battery*" or "*the sheet lightning in the cloud.*" (p. 16)

3. CHAPÎTRE I

LE MECANISME RESPIRATOIRE PRIMAIRE

I. Introduction - Le Principe de Vie

Donc, ce mouvement doit être **GUIDÉ ET DIRIGÉ PAR UN ÊTRE SUPRÊME**. *L'Intelligence Universelle* doit être canalisée vers chaque organisme ou cellule individuelle. Sinon, tout serait chaos. (p. 43)

LE DR. W.G. SUTHERLAND CONVERGE DANS CE SENS.

Il perçoit que le liquide céphalo-rachidien reçoit et est habité par le "*souffle de vie*". Aussi longtemps que la vie existe, ce plus grand élément connu est lieu constant de cette mystérieuse *étincelle*, que l'on ne peut expliquer mais qui est néanmoins présente. (p. 43)

Le Dr. Sutherland décrit cet élément invisible par de très nombreuses analogies comme “*un fluide dans un fluide*”, “*la lumière liquide*”, “*le ‘jus’ dans la batterie électrique*” ou “*le rideau lumineux émergeant du nuage*”. (p. 44)

4. CHAPTER III

Diagnosis by Using the Potency of the CSF

THIS POTENCY IS THE AGENCY USED IN LESION DIAGNOSIS (and correction). *It produces a fluctuant movement or transference of energy* within the skull which is specific, selective and which can be focused on the lesion for diagnosis (or correction) *by the proper application of the operator's hands*. It is not the same phenomenon as the transference of pressure equally in all directions in a fluid which we learn about in hydrodynamics. (p. 59)

THE FLUID RESPONSE WITH A NORMAL ARTICULATION will be a very gentle, barely perceptible impulse with no evidence of resistance. *It may be compared to waves rolling quietly up a smooth sandy beach*. (p. 60)

THE RESPONSE IN A LESIONED ARTICULATION is quite different. Lesioning produces a change in the molecular structure of the tissues involved, increasing their resistance to the transmission of the potency. Hence the receiving fingers will be aware of a distinct beat or resistance factor, which will be roughly proportionate in its intensity to the degree of lesioning of the articulation. Such a fluid shock confirms the diagnosis of a lesioned area, whether *it be merely a hesitancy in the wave as it strikes a minor obstruction or the profound repercussion of a rock-bound coast*. (pp. 60-61)

4. CHAPÎTRE III

CETTE PUISSANCE EST UTILISEE LORS DU DIAGNOSTIC DES LESIONS (et de leur correction). *Elle produit un mouvement fluctuant ou un transfert d'énergie* au sein du crâne, qui est spécifique, sélectif et qui peut être centré sur la lésion *par l'application adéquate des mains de l'opérateur* en vue du diagnostic (ou de la correction). Il ne s'agit pas d'un phénomène semblable au transfert de pression égale d'un fluide dans toutes les directions, tel que celui que nous apprenons en hydrodynamique. (p. 90)

AVEC UNE ARTICULATION NORMALE, LA REPOSE DU LIQUIDE se manifestera par une impulsion très légère, presque imperceptible, sans signe de résistance. *On peut la comparer à des vagues qui roulent doucement sur une plage lisse*. (p. 91)

LA REPOSE EN CAS D'ARTICULATION LESÉE EST TRES DIFFÉRENTE. La lésion provoque un changement de la structure moléculaire des tissus concernés, augmentant leur résistance à la transmission de la puissance. Ainsi, les doigts percevront un rythme distinct ou un facteur de résistance, plus ou moins proportionnel en intensité au degré de lésion de l'articulation. Un tel choc liquide confirme le diagnostic de la zone lésée, *qu'il s'agisse de*

l'hésitation de la vague qui se heurte à un obstacle mineur ou de sa répercussion profonde sur une côte pleine de rochers. (p. 91)

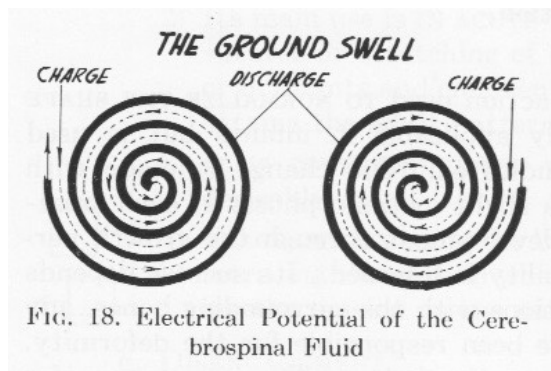
5. CHAPTER IV

III. Directing the Potency of the Cerebrospinal Fluid

DEFINITION: What is meant by directing the tide of fluctuant motion?

DR. SUTHERLAND DESCRIBES THE POTENCY of the cerebrospinal fluid as *an electrical potentiel which is constantly charging and discharging throughout its substance and sphere of influence*. Anatomical research has not disclosed just how far this influence extends but therapeutic evidence from Dr. Still on down would seem to indicate that perineural and perivascular channels are far-reaching and that the connection with the lymphatic system is rather definite. (p. 72) (Figure 18)

DIAGRAMMATICALLY The potential may be represented somewhat in this fashion :



MODUS OPERANDI.

1. Using the appropriate method (exaggeration, direct action, disengagement, opposite physiological motion or molding) the involved BONES ARE GENTLY DIRECTED TOWARDS THE POINT OF BALANCED MEMBRANOUS TENSION or articular release.

a. Be sure to LET THE FLUID FLUCTUATION CARRY THEM to the point of balanced membranous tension.

b. HOLD THEM there with the lightest possible touch until they stop moving. This will be a varying but appreciable interval of time.

2. Having secured balanced membranous tension in the involved tissues the CEREBROSPINAL FLUID is directed from the appropriate point. As in diagnosis this TRANSFERENCE OF ENERGY IS INITIATED by a light finger touch applied to the contralateral pole of the skull and directed toward the lesion area. Caudal reinforcement (foot or sacrum) is also used. Four phases of action apparently

a. The *fluctuant wave* moves in and works up to a peak. There is CONFUSION IN THE FLUCTUATION until it finds its own fulcrum. This confusion will be greater with the more severe lesions and the surging of the cerebrospinal fluid is proportionate to the degree of fixation.

b. The second phase is the quieting of the *fluctuant wave*. The fluid settles down to its still point or fulcrum, adjusts to the point of balance of the membranes and the **CORRECTION TAKES PLACE**. In this "*moment of stillness*" the potency of the cerebrospinal fluid manifests itself. When the lesion corrects, it will be evident to the palpating fingers that the beat has gradually subsided, the lesioned tissues softened and the resistance melted away. There is a change from imbalance to balance that is definitely perceptible. The mechanism has been set in motion by the operator with a definite goal in mind. Time has been allowed for it to operate. It has continued to move until the balance established by the operator's positioning has become stable. Then the motion ceases and the operator feels only the continued but altered fluctuation of the cerebrospinal fluid.

It might be added that this *innate intelligence* of the cerebrospinal fluid has been correcting cranial lesions since the time of Adam. It is by far the best way.

c. In the third phase, **THE FLUID WAVE WELLS UP AGAIN** in a full, long, even cadence *like waves rolling unobstructed up a sloping beach*. These waves seem even, general and equal bilaterally. Restriction has disappeared from the picture completely.

d. In the last phase, the operator senses a completeness of fluctuant action, **WITH THE TIDE AT THE FULL**. The fluid motion has quieted down *to a short, rhythmical, balanced lapping of the waves which is barely perceptible*. It simulates the effect of compression of the fourth ventricle. Then the hands are gently released and the patient is instructed to remain quiet for a time. (pp. 73-74)

*"And the currents cease to run;
And the sea and the marsh are one.
How still the plains of the waters be!
The tide is in his ecstasy;
The tide is at his highest height;
And it is night." LANIER.*

5. CHAPÎTRE IV

Diriger la puissance du liquide céphalo-rachidien

DÉFINITION: Que veut-on dire par diriger la Marée du mouvement fluctuant?

LE DR. SUTHERLAND DÉCRIT LA PUISSANCE du liquide céphalo-rachidien *comme un potentiel électrique qui se charge et se décharge constamment à travers sa substance et sa sphère d'influence*. La recherche anatomique n'a pas démontré jusqu'où s'étend cette influence mais des preuves thérapeutiques révélées par le Dr. Still et les auteurs qui ont suivi semblent

indiquer que les canaux péri-neuraux et péri-vasculaires s'étendent loin et que la connexion avec le système lymphatique est relativement définie. (p. 102) (Figure 18)

MODUS OPERANDI

1. En utilisant la méthode appropriée (exagération, action directe, désengagement, opposition au mouvement physiologique ou modelage), LES OS CONCERNES SONT DOUCEMENT DIRIGES VERS LE POINT D'EQUILIBRE DE TENSION MEMBRANAIRE ou de libération articulaire.

- a. Assurez-vous de LAISSER LA FLUCTUATION DU LIQUIDE LES PORTER vers le point d'équilibre de tension membranaire.
- b. MAINTENEZ-LES là avec le toucher le plus léger possible jusqu'à ce qu'ils cessent de bouger. Cela va prendre un temps variable mais appréciable.

2. Après avoir obtenu une tension membranaire équilibrée dans les tissus concernés, LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN est dirigé à partir du point approprié.

Comme dans le diagnostic, (voir Chapitre III) CE TRANSFERT D'ENERGIE EST INITIE par un toucher léger du doigt appliqué au pôle contro-latéral du crâne et dirigé vers la région lésée. Le renforcement caudal (pied ou sacrum) peut aussi être utilisé. Quatre phases d'action suivent apparemment:

- a. *La fluctuation de la vague* avance et se développe jusqu'à un pic. IL Y A UNE CONFUSION DE LA FLUCTUATION jusqu'à ce qu'elle trouve son propre point d'appui. Cette confusion sera plus grande pour les lésions plus sévères et le flot du liquide céphalo-rachidien est proportionné au degré de fixation.

- b. La seconde phase est l'apaisement *de la fluctuation de la vague*. Le liquide se dépose à son point d'immobilité, de tranquillité ou point d'appui, s'ajuste au point d'équilibre des membranes et *LA CORRECTION S'EFFECTUE*. Dans ce « *moment d'immobilité* », la puissance du liquide céphalo-rachidien se manifeste. Lorsque la lésion se corrige, il sera évident pour les doigts qui palpent que le battement s'est progressivement calmé, les tissus endommagés se sont assouplis et la résistance a disparu. Il y a un passage du déséquilibre vers l'équilibre qui est définitivement perceptible. Le mécanisme a été mis en mouvement par l'opérateur ayant un but défini à l'esprit. On lui a donné le temps d'opérer. Il a continué à se mouvoir jusqu'à ce que l'équilibre s'établisse par la stabilisation du positionnement de l'opérateur. Alors le mouvement cesse et l'opérateur ne sent plus que la fluctuation continue mais altérée du liquide céphalo-rachidien.

On peut ajouter que cette *Intelligence innée* du liquide céphalo-rachidien corrige les lésions crâniennes depuis la nuit des temps. C'est de loin le meilleur moyen.

- c. Dans la troisième phase, *LA VAGUE DE LIQUIDE MONTE À NOUVEAU* à une cadence pleine, longue et unie, *comme des vagues qui roulent sans obstacle sur une plage en pente douce*. Ces vagues semblent régulières, générales et bilatéralement égales. La restriction a complètement disparu du tableau.

- d. Dans la dernière phase, l'opérateur ressent un état de complétude de l'action fluctuante, *AVEC LA MAREE A SON COMBLE*. Le mouvement du liquide s'est réduit *en un clapotis de courtes vagues, rythmé et équilibré, à peine perceptible*. Cela simule l'effet de compression du quatrième ventricule. Ensuite, on enlève doucement les mains et le patient est

invité à rester calme pour un moment. (pp. 103-104)

« *Et le courant cesse de courir ;
Et la mer et le marécage font un.
Que les plaines de l'eau sont calmes !
La marée est dans son extase ;
La marée est à son point le plus haut ;
Et il fait nuit. »*

Lanier.

6. CHAPTER V

Special Technic Influencing the CSF Fluctuation

II. Anteroposterior Fluctuation. (longitudinal)

A. RETARDATIVE (Fourth ventricle compression)

1. FROM THE OCCIPUT

a. DEFINITION (Quoted from Dr. Sutherland)

"The synonymic term, bulb* compression, was originated by members of the profession, through the author's mention of the sphygmomanometer bulb to illustrate the functional mechanism of the fourth ventricle as a compressible agency utilized in normal fluctuation of the cerebrospinal fluid. The lateral and third ventricle also function as compressible agencies and are accessible to the skilled fingers of cranial technicians. The adaptation may be made to the posterior angles of the parietal bones, the mastoid processes of the temporals or both the temporal and occipital as a unit. However, the compression is usually applied specifically upon the lower area of the occipital bone, just medial to the lateral angles. The physiological centers ... have their location in the floor of the fourth ventricle, thus indicating the fourth as a favorable area for compression.

The intent of bulb* compression is to retain retardative fluctuations of the cerebrospinal fluid to the degree of brief rhythmical periods in respiration. When that degree is attained an immediate interchange occurs throughout the fluids of the system, as well as relaxation of the tissues of the spinal column."

"Bulb* compression makes the cerebrospinal fluid idle like the movement of water in a vibrated glass." (pp. 81-82)

*Now changed to "compression of the fourth ventricle"

6 CHAPÎTRE V

Techniques spéciales influençant la fluctuation du LCR

Fluctuation antéro-postérieure (Longitudinale)

RALENTISSEMENT (compression du quatrième ventricule)

L'APPROCHE PAR L'OCCIPUT

DEFINITION (citation du Dr. Sutherland)

“ Son synonyme, la compression du bulbe*, proviendrait de la référence faite par l’auteur au bulbe du sphygmomanomètre pour illustrer le mécanisme fonctionnel du quatrième ventricule comme agent de compression utilisé par la fluctuation normale du liquide céphalo-rachidien. Le troisième ventricule et le ventricule latéral font également office d’agent de compression et sont accessibles aux doigts expérimentés des techniciens du crâne. L’adaptation peut s’effectuer aux angles postérieurs des os pariétaux, aux processus mastoïdes des temporaux ou au temporal et à l’occipital considérés comme une unité. Toutefois, la compression s’applique en général spécifiquement à la surface inférieure de l’os occipital, juste à la médiane des angles latéraux. Les centres physiologiques... se situent au plancher du quatrième ventricule faisant de celui-ci une zone favorable de compression. *L’objectif de la compression du bulbe* est de maintenir la fluctuation de ralentissement du liquide céphalo-rachidien à un degré de brèves périodes rythmiques de respiration. Lorsque ce degré est atteint, un échange intervient immédiatement par les liquides du système, et on observe également le relâchement des tissus de la colonne vertébrale.*”

“ *La compression du bulbe* permet au liquide céphalo-rachidien d’être au repos, comme le mouvement de l’eau dans un verre qui vibre.* ” (pp. 111-112)

* maintenant remplacé par « compression du quatrième ventricule »

7. CHAPTER VI

F. Compression of the Sphenobasilar Symphysis

d. IN ALL OF THE ABOVE if the compression is so severe that no motion is discoverable, decompress first. Otherwise find the point of balanced membranous tension before decompression. This will involve trying all the possible sphenobasilar lesion positions. ***Then maintain the point of balance, direct the fluid from the midline and await correction by the tide and the pull of the membranes.*** (p. 107)

7. CHAPÎTRE VI

Compression de la symphyse sphéno-basilaire

DANS TOUT CE QUI PRECEDE, si la compression est telle qu’aucun mouvement ne peut être décelé, procédez d’abord à la décompression. Sinon, trouvez le point d’équilibre des membranes de tension avant la décompression. Cela signifie l’essai de toutes les positions de lésion sphéno-basilaire possibles. *Ensuite, maintenez le point d’équilibre, dirigez le liquide à partir de la ligne médiane et attendez que la marée et la traction des membranes rétablissent l’équilibre.* (p. 136)

8. CHAPTER VII

F. Sphenotemporal lesions

1. Sphenosquamous Lesions

Then with a rocking motion of one bone upon the other the membranous tension is balanced and ***the tide is employed in the correction of the lesion as outlined under palpation for position above.*** Compression of the sphenosquamous pivot is THE SPECIFIC LESION USUALLY FOUND IN TRUE MIGRAINE. Dr. Sutherland is authority for the statement that if the temporal is completely released one need never fail in a case of migraine. It will often be necessary to correct the sphenobasilar also, usually in a sidebending rotation lesion position. The great wings may be locked from a childhood trauma and the effort should be made to restore mobility. With trauma to the base, both s-s pivots may be locked in which case release one side at a time. (p. 128, 1st Edition)

Then with a rocking motion of one bone on the other the membranous tension is balanced. ***If fluid direction is needed for any part of the suture,*** the direction should be made as follows: to pterion from the opposite asterion; moving down the vertical portion of the suture to the change in bevel, direct in an arc upward from the opposite asterion to the opposite parietal eminence; from the change in bevel backward along the horizontal portion of the suture, direct in an arc moving forward from the opposite parietal eminence to the frontal eminence. (p. 160, 2^d Edition)

8. CHAPÎTRE VII

Lésion sphéno-squameuse

Ensuite, par un mouvement de balancement d'un os sur l'autre, la tension membranaire s'équilibre et *la marée contribue à la correction de la lésion comme décrit dans la section de palpation de position ci-dessus.* La compression du pivot sphéno-squameux est la LÉSION SPÉCIFIQUE SOUVENT PRÉSENTE DANS LES VRAIS CAS DE MIGRAINE.

Le Dr. Sutherland a affirmé que si le temporal est complètement libéré, il ne faut jamais échouer dans un cas de migraine. Il sera souvent nécessaire de corriger la symphyse sphéno-basilaire également, qui sera généralement en position d'inclinaison latérale – rotation. Les grandes ailes peuvent être bloquées à cause d'un traumatisme survenu pendant l'enfance et il faut s'efforcer de restaurer la mobilité. En cas de traumatisme à la base, les deux pivots s-s peuvent être bloqués. Libérez un côté à la fois. (p. 159)

Puis, par un mouvement de bascule d'un os sur l'autre, la tension membranaire est équilibrée. *Si la direction du fluide est nécessaire pour n'importe quelle partie de la suture,* la direction doit être faite comme suit : vers le ptérior à partir de l'astérior opposé ; en descendant la portion verticale de la suture jusqu'au changement de biseau, diriger en arc de cercle vers le haut à partir de l'astérior opposé vers l'éminence pariétale opposée ; à partir du changement de biseau vers l'arrière le long de la portion horizontale de la suture, diriger en arc de cercle vers l'avant à partir de l'éminence pariétale opposée vers l'éminence frontale. (Notre traduction)

9. CHAPTER VIII

Fronto Sphenoidal or "cant hook"

c. [...] That is, if the great wing is high on the side of the lesion it is advantageous to assist the disengagement by exaggerating external rotation of the frontal on that side and vice versa. If the frontal is displaced to one side in relation to the great wing disengagement assists in replacing the articulation.

d. *Direct the fluid from the opposite parietal eminence or lambdoidal area as well as caudally.* (p. 140, 1st Edition)

If one or both of the greater wings are elevated in the flexion position, exaggerate the lesion by rolling both frontal and sphenoid anteriorly (posteriorly for extension). Maintain the balance for correction with assistance, if needed. With a flexion lesion use deep inhalation. *Fluid impulse may be directed from the opposite parietal eminence.* (p. 171, 2^d Edition)

9. CHAPÎTRE VIII

Fronto-sphénoïdale ou « Le Crochet de Bûcheron »

Cela signifie que si la grande aile est haute du côté de la lésion, il peut être avantageux d'aider le désengagement en exagérant la rotation externe du frontal de ce côté et vice-versa. Si le frontal est déplacé d'un côté par rapport à la grande aile, le désengagement contribue au remplacement de l'articulation.

Dirigez le liquide de l'éminence pariétale opposée ou de la zone lambdoïdale ainsi que caudalement. (p. 171)

Si l'une ou les deux grandes ailes sont élevées en position de flexion, exagérez la lésion en roulant le frontal et le sphénoïde vers l'avant (vers l'arrière pour l'extension). Maintenez l'équilibre pour la correction avec une aide, si nécessaire. En cas de lésion en flexion, utilisez une inhalation profonde. *L'impulsion fluïdique peut être dirigée à partir de l'éminence pariétale opposée.* (Notre traduction)

10. CHAPTER XI

Intraosseous lesion of the occiput

3. Accommodatives changes in the vault (Figure 2)

In the opposite type (extension vault) there is a tendency for the posterior convexity of the interparietal occiput to be reduced with a straighter line between opisthion and lambda. The net result is an elevation of lambda and the adnexa. In addition the lateral angles of the occiput tend to move posteromedially, carrying the mastoid angles of the parietals medially to augment -the extension position of the vault. *However the relative position of the lateral angles to the*

superior angle cannot decide the type of vault independently of the buckling at the sphenobasilar symphysis and condylar part. (p. 202, 1st Edition)

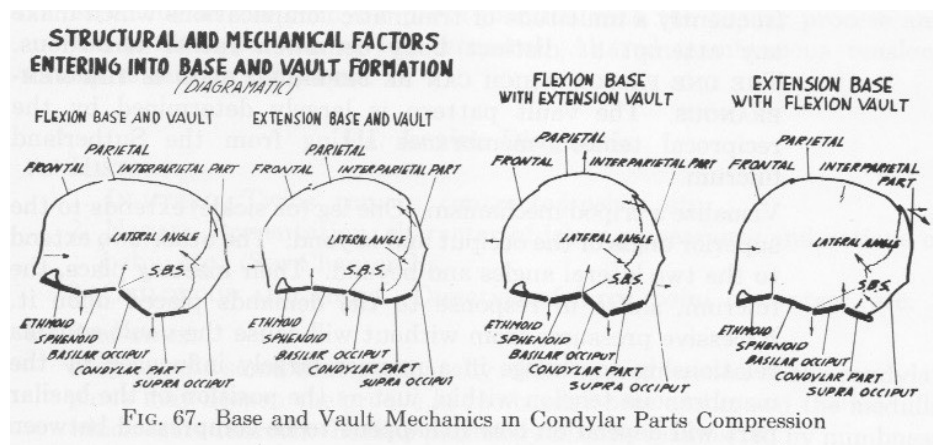


FIG. 67. Base and Vault Mechanics in Condylar Parts Compression

E. TRAUMA TO THE VAULT. In its accommodative function, the vault may conform physiologically to the base, or it may not. Physiologically a flexion vault would accompany a flexion base with the base conforming to the flexed sphenobasilar symphyses but with "bent twigs" there is no fixed rule. The pattern will be determined primarily by the reciprocal tension membranes. *However, "the relative position of the lateral angles to the superior angle cannot decide the type of vault independently of the buckling at the sphenobasilar symphyses and the condylar parts."*⁹² (p. 258, 2^d Edition)

References

⁹². Sutherland, W.G. : Personal communication. (p. 353, 2d Edition)

10. CHAPÎTRE XI

Les lésions intra-osseuses de l'occiput

Les changements d'accommodation de la voûte (Figure 67)

Dans le cas opposé (voûte en extension), la convexité postérieure de l'occiput inter-pariétal a tendance à se réduire avec une ligne plus droite entre l'opisthion et le lambda. Le résultat est une élévation du lambda et des annexes. En outre, les angles latéraux de l'occiput tendent à se déplacer postéro-médianement, entraînant les angles mastoïdiens des pariétaux médianement pour augmenter la position d'extension de la voûte. *Toutefois, la position relative des angles latéraux par rapport à l'angle supérieur ne peut déterminer le type de voûte indépendamment du gauchissement de la symphyse sphéno-basilaire et des parties condyloires.* (p. 235)

E. TRAUMATISME DE LA VOÛTE. Dans sa fonction d'accommodation, la voûte peut se conformer physiologiquement à la base, ou non. Physiologiquement, une voûte en flexion

accompagnerait une base en flexion, la base se conformant aux symphyses sphéno-basilaires fléchies, mais dans le cas des "rameaux courbés", il n'y a pas de règle fixe. Le modèle sera déterminé principalement par les membranes de tension réciproque. *Cependant, "la position relative des angles latéraux par rapport à l'angle supérieur ne peut pas décider du type de voûte indépendamment de la flexion au niveau des symphyses sphéno-basilaires et des parts condyliennes".*⁹² (Notre traduction)

92. *Sutherland, W.G.* : *Communication personnelle.* (pp. 353 2d Edition Traduit de l'anglais par Julie Saint Pierre & Philippe Druelle)

***Und was in schwankender Erscheinung schwebt,
Befestiget mit dauernden Gedanken.***

GOETHE

Et ce qui flotte sous une apparence incertaine,
fixez-le par des pensées durables.

NDLR : Si les lecteurs en expriment le souhait, nous vous proposerons une traduction dans notre prochain numéro. Nous attendons donc vos réactions à ce sujet.

Références bibliographiques

1. **MERLEAU-PONTY, M. 1983.** *Phénoménologie de la perception*, N.R.F. 1945, TEL Gallimard, p. 471.
2. **MAGOUN, H.I. 1951.** *Osteopathy in the Cranial Field, compiled by The Osteopathic Cranial Association, approved by W.G. Sutherland, D.O., D.Sc. (HON.)*, Kirksville Missouri, The Journal printing Company, First Edition, Second Printing, 1997, SCTF, pp. 107, 109.
3. **MAGOUN, H.I. 1966.** *Osteopathy in the Cranial Field, produced under the auspices of the Sutherland Cranial Teaching Foundation, Teaching Unit of The Cranial Academy*, Kirksville, The Journal Printing Company, 2nd edition, 1976, 3th edition.
4. **BECKER, R.E. 1965.** *Diagnostic Touch: Its Principles and application, Part IV.*, A.A.O. year book, , vol. II, pp. 165-177.
5. **KIMBERLY, P.E. 1987.** *History of cranial osteopathy, A personal perspective*, in *The cranium and its sutures*, Springer Verlag, pp. 59-67.
6. **MITCHELL, F. L. Jr. & SEFFINGER, M. A. 1987.** *The futur of cranial related research*, in *The cranium and its sutures*, , Springer verlag, pp. 90-93.
7. **SIMPSON, G.G. 1963.** *Biology and the nature of science*, p. 81, *Science*, 11 jan., vol. 139, n° 3.550.
8. **LAVIER, J.A. 1973.** *Médecine chinoise médecine totale*, Grasset, pp. 15-24.

9. **SUTHERLAND, W.G. 1967.** *Contribution of Thought*, Assembled and edited by A.S. Sutherland & A.L. Wales, Produced under the auspices of the S.C.T.F.

10 **SUTHERLAND, W.G. 1998.** *Contribution of Thought*, Edited by Adah S. Sutherland & Anne L. Wales, D.O., The Sutherland Cranial Teaching Fondation, 2^d edition, Rudra Press.

11 **SUTHERLAND, W.G. 1990.** *Teaching in the Science of Osteopathy*, Ed. Wales, A.L. S.C.T.F., Rudra Press.

12. **AUTEUR INCONNU. 1982.** *Introduction à la collection "Science et Conscience"*, in **Ewin Schrödinger**, *Ma conception du Monde*, Mercure de France, Le Mail, p. 163.

13 **LIPPINCOTT R.C. & LIPPINCOTT H.A. 1943.** *A Manual of Cranial Technique*, Academy of Applied Osteopathy, 2^d edition 1946, 3th edition 1948.

14 **KIMBERLY PAUL E. 1950.** *Outline of the Cranial Concept*, Copyright, 2^d edition July 1997.

15 **SUTHERLAND, W.G. 1939.** *The Cranial Bowl*, Free Press Company.

OSTEOPATHY IN THE CRANIAL FIELD ***Original Edition***

- compiled by	The Osteopathic Cranial Association
- editor	Harold I. Magoun, A.B., D.O., M.Sc. (Hon.)
- approved by	William Garner Sutherland, D., D.Sc. (Hon.)
- copyright 1951	Harold Ives Magoun, Denver, Colorado
- second printing 1997	Sutherland Cranial Teaching Foundation, Inc.

OSTEOPATHY IN THE CRANIAL FIELD ***2nd Edition***

- produced	under the auspices of the Sutherland Cranial Teaching Foundation Teaching Unit of the Cranial Academy
- editor	Harold I. Magoun, A.B., D.O., F.A.A.O.
- copyright 1966	Harold Ives Magoun, Sr., Denver, Colorado.
- second edition	completely rewritten
- third edition 1976	second printing of the 2 nd Edition

Copyright: Henri O. Louwette, D.O. et Publications SCAB

Première publication in Thinking n°4, décembre 1998, pp. 47-52

Le code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelques procédés que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.