

PERFECTIONNEMENT - PERFECTIONNEMENT - PERFECTIONNEMENT

dents - bouche - maxillaires (suite)

Conclusion - perspective

En libérant la spontanéité biologique des contraintes et des blocages iatro-médicamenteux (très en faveur hier encore, quand on ne pouvait se satisfaire que des apparences cliniques et subjectives — et pour le mieux de radiographies-retard) l'Odontologie va pouvoir évoluer dans un cadre non plus seulement « conservateur », mais aussi « régénérateur » de la vitalité... Et c'est là, vraiment, un bel avenir.

THÈMES DES CHAPITRES SUIVANTS

Les thèses exprimées dans ce « prologue » sont développées dans des chapitres en cours de rédaction sur les thèmes suivants :

1. *Données théoriques* — L'odontoblaste ectodermique (d'après iconographies classiques).
2. *Etudes expérimentales* — Régénération et cicatrisation dentinaire (iconographie nouvelle).
3. *Exploitation pratique* — Le code thérapeutique « anti-drogue » (à partir de l'ionophorèse).

ADDENDA TERMINOLOGIQUE

(Justification et mise en cause de vocables dérivés de « iatros »)

Les racines grecques « iatros » = médecin et « iatrouô » = je guéris, ont formé, par préfixations et désinences, des mots d'un usage plus ou moins courants.

Ainsi : pédiatrie = médecine des enfants ; chimiatrie et iatrichimie ont le sens de chimie médicale et chimiothérapie. Il y a aussi : iatrophysique, iatromécanique et même iatromathématique. — Notre propos de ce jour est de nature « iatrolologique ».

L'adjectif « iatrique » est apparu il y a exactement un siècle (1876), dans le premier supplément (16^e volume P, 973) du Grand Dictionnaire Universel de Larousse, avec la signification : « qui se rapporte à l'art du médecin ».

Ainsi, une maladie ou une lésion provoquée par un médicament (par abus ou erreur) ou, de façon plus générale, par une application intempestive de l'art du « iatros » (qui avait vocation de guérir) est une affection iatrique.

La désinence « ose » est d'un usage courant pour former des substantifs, en particulier avec la signification de « maladie provoquée par ». Ainsi, nous avons : parasitose, bacillose, silicose, virose, acidose et autre alcalose... En conformité avec cet usage, toute affection provoquée par un « iatros » (médecin ou dentiste) est logiquement et correctement désignée par « iatrose », et qualifiée par « iatrosique ».

Le nouvel adjectif « iatrogène », utilisé dans ce sens de « provoqué par le iatros » est un barbarisme (que l'on dit d'origine américaine), une véritable aberration sémantique : En effet, de même que « électrogène » signifie « générateur d'électricité » le mot « iatrogène » signifie « générateur de... iatros-médecin ». Et dans ce sens on peut dire que l'enseignement médical est un enseignement iatrogène. A ce titre on voit que toutes les maladies sont iatrogènes, puisque leur étude est la base même de la « formation des médecins ». Mais créer le mot « iatrogène » (inutilement) et lui donner le sens du qualificatif « iatrique » déjà bien défini, c'est comme si, parlant de l'éclairage électrique ou d'un traitement électrique, on affectait de s'exprimer — dans un élan de préciosité ridicule — avec la désinence « gène » ; ce qui donnerait : « éclairage électrogène » et « traitement électrogène ».

PALINGÉNÈSIE

Le processus de régénération des tissus est bien connu, et l'on sait qu'il conduit le plus souvent à une reproduction imparfaite de l'état antérieur : les cicatrices sont vicieuses, atrophiques ou hypertrophiques (chéloïdes) ; le tissu périapical régénéré est seulement « ostéoïde » c'est-à-dire atypique. Quand on observe une intrusion de tissu conjonctif dans un canal pulpectomisé, on le qualifie de « colonisation » pour bien marquer son caractère d'invasion étrangère.

Aujourd'hui nous observons bien plus qu'une conservation vitale, plus qu'une revitalisation de ce qui était malade et plus ou moins mortifié, plus qu'une régénération de tissu disparu, plus qu'une « résurrection » (pour reprendre l'expression d'un expérimentateur qui, devant une nécessité prothétique, à dû procéder à deux pulpectomies successives dans un même canal). Plus que tout cela, ce que nous observons, c'est un retour d'activité fonctionnelle singulièrement rajeunie.

Le terme « palingénésie », ancien et à résonance philosophique, nous paraît le mieux apte à exprimer la notion de ce retour embryogénique à une fonction vitale prédestinée et déterminée par un « site » anatomique précis, tel que le « site » endodontique.

PERFECTIONNEMENT - PERFECTIONNEMENT - PERFECTIONNEMENT

Ensuite, parce que les ions « OH » liés au calcium (OH-Ca-OH), bien que toujours destructeurs de la matière organique mortifiée, sont paradoxalement conservateurs de la matière organique vivante... Bien mieux, ils en stimulent l'activité biologique par le processus suivant :

Au niveau des tissus règne un équilibre « O₂—CO₂ » rigoureusement constant. Or l'hydroxyde de calcium absorbe avec avidité le CO₂ et perturbe ainsi cet équilibre. Celui-ci se rétablit tout naturellement par une augmentation de l'activité vitale de base qui constitue le « métabolisme-basal ».

Cette suractivité biologique provoquée peut alors se manifester non seulement par une régénération notablement plus rapide des tissus osseux périapicaux, mais aussi par une singulière régénération des tissus pulpo-dentinaires.

La « revitalisation » endodontique est un phénomène spectaculaire, aux conséquences assez inattendues : dans un canal infecté, puis vidé de son contenu cadavérique, et délibérément élargi, des tissus vivants réapparaissent, au rythme « accéléré » d'une activité embryonnaire (comme dans le phénomène de cicatrisation). La « réincarnation » endodontique (au sens chirurgical du terme) est le fait d'une néo-pulpe prodigieusement fonctionnelle et junévile, puisqu'elle produit une « dentinification » (en quelques jours) qui remplit totalement le canal.

Ce phénomène hors du commun entre cependant, et parfaitement, dans la procédure odontogénique générale, si l'on considère les faits suivants :

L'activité dentinogène de la pulpe est intense pendant la période de formation et de croissance de la dent. Puis elle diminue progressivement avec l'âge.

La formation de dentine se poursuit dans une dent adulte, mais de plus en plus lentement (suivant une décroissance exponentielle). Il en résulte une réduction des cavités endodontiques. Dans sa « tour d'ivoire », dont les murs s'épaississent, et l'enserment de plus en plus, la pulpe s'atrophie par résorption de sa masse conjonctive.

Au niveau des canaux, la formation de dentine est limitée à l'enveloppe des éléments tronculaires (nerfs-artères-veines), dont les tissus très différenciés sont moins résorbables que le parenchyme conjonctif.

La formation du « delta apical », qui n'apparaît que dans les dents adultes, peut résulter du processus suivant : le tissu conjonctif résorbable, qui entoure et sépare chaque élément de l'ensemble vasculo-nerveux, est progressivement remplacé par de la dentine. Il peut donc se former autant de canaux secondaires qu'il y a d'éléments fasciculaires séparés ; mais il ne peut y avoir disparition canalairale totale.

Dans une pulpe « régénérée » — embryonnaire comme tout tissu en croissance — la vascularisation est exclusivement « capillaire », c'est-à-dire sans éléments tronculaires (reliquats du pédicule de la volumineuse primo-pulpe folliculaire).

Autour du bourgeon conjonctif, qui progresse vers l'intérieur des cavités endodontiques, une couche d'odontoblastes est générée (ou induite) — comme lors de la croissance radiculaire — par le « bourrelet ectodermique » périforaminal (gaine de Hertwig), ou par les vestiges ectodermiques — toujours présents — de l'édification dentaire (« débris épithéliaux » de Malassez).

Ce « doublé » conjonctivo-odontoblastique est fonctionnel : il élabore de la dentine en suivant le déterminisme génétique propre au « site » endodontique. Mais ici le contexte est nouveau : il n'y a plus de ralentis-

sement d'activité par une pulpe sénile ; et il n'y a plus de limitation spatiale par une massa tronculaire.

Complètement libérée de cette double contrainte, la dentinification s'étend alors (et très rapidement) à la totalité des cavités endodontiques résiduelles.

Ainsi, le comblement des cavités endodontiques — tant recherché en thérapeutique — n'est plus une médiocre obturation artificielle par un « bourrage » compressif plus ou moins bien contrôlé : c'est un « chef-d'œuvre » biologique... ou tout simplement, nous pouvons considérer que ce n'est en définitive que la poursuite naturelle — jusqu'à son terme — de l'œuvre inachevée de la pulpe de première génération.

Mais — et de même que la rapidité de la régénération osseuse périapicale — la revitalisation endodontique par une pulpe de seconde génération nous oblige à réviser notre code thérapeutique traditionnel, qui était dirigé par un concept « morticole », avec son cortège de dévitalisations, nécroses, mortifications et autres momifications.

En effet, ces phénomènes de nature « palingénésique » ne peuvent se manifester que dans un contexte impérativement « anti-drogue ». En particulier, toute substance étrangère au milieu dentaire (à quelques exceptions près) introduite à un moment quelconque dans la dent, pollue les parois canalaires, au point de faire perdre définitivement au « site » endodontique sa fonction inductive du processus pulpo-dentinogène.

Si ce processus — au demeurant bien naturel — nous paraît prodigieux, c'est parce qu'il n'avait jamais été observé — et ne pouvait l'être — dans le cadre de nos thérapies endodontiques classiques. Il ne pourra devenir « panacée » qu'au prix d'une mutation radicale de nos concepts iatropharmaceutiques.