

ANALYSE : L'auteur expose les impératifs de l'obturation canalair et démontre comment les propriétés de l'oxyde de calcium lourd y apportent une réponse sans réserve.

Thème

L'objectif initial de l'obturation canalair était d'opposer un barrage au risque de réinfection endodontique par reflux du périapex. Mais tout autre en a été la finalité :

Le foyer permanent de l'infection odontique latente est situé non pas dans le périapex (lieu

des tubuli et l'isolement carcéral de leur putridité.

Dépassant l'objectif initial et cette finalité de l'obturation classique, l'obturation nouvelle, non plus mécanique mais par ocalexpansion, conduit à une autre finalité — qui, singulièrement, est la « fin » d'une double utopie — : l'élimination exhaustive de la putridité odontique et l'obturation par remplissage, non seulement des canaux inaccessibles du delta apical, mais aussi des tubuli dentinaires.

J.-C. HESS précise qu'avec la méthode dite « classique », « La guérison dépend **uniquement** de la parfaite qualité en longueur et en volume de l'obturation radiculaire » [2].

Le concept iatomécanique exclusif a été développé dès 1934 par LENTULO de façon magistrale dans une étude (qu'il faut bien qualifier de thèse d'avant-garde) [3] titrée : « d'une conception **uniquement** mécanique du traitement conservateur des dents dépulpées ».

Dans cette conception LENTULO se déclarait « en opposition avec les moyens médicaux chimiques et physiques », et combattait « l'idée d'asepsie opératoire... qui n'a de valeur que dans les débats académiques » ; et surtout l'antisepsie toujours toxique « gardons la dent et supprimons le canal » — poursuivait-il —... en obturant le canal tout bonnement sans faire un seul pansement... obturation totale, massive, sans lacune, et le problème est résolu ».

LENTULO a toutefois rectifié le caractère absolu de sa thèse en disant : « Si j'ajoute que j'aime assez savoir que quelques particules de trioxyméthylène y sont ajoutées, j'espère que vous n'y verrez pas une contradiction avec ce que j'ai dit, il y a un instant ».

Il n'y a pas de contradiction ; il y a au contraire confirmation de la nécessité d'une « obturation totale, massive, sans lacune ». Mais comme, par expérience journalière, on sait : d'une part que la perfection de l'obturation est toujours incertaine, et d'autre part que les espaces lacunaires représentent un risque de réinfection, il faut bien ajouter au matériau d'ob-



Finalité de l'obturation canalair

par Pierre D. BERNARD (*)

de réaction et de défense) mais dans l'espace cryptique (multimicrocavitaire) de l'ectodonte formé par l'ensemble considérable des tubuli.

En effet, le volume intégré de ces tubuli est beaucoup plus vaste (3 à 6 fois plus) que celui de l'espace mono-macro-cavitaire de l'endodonte, c'est-à-dire d'un canal radiculaire ; et la putridité cadavérique de ces tubuli n'avait, jusqu'ici, jamais pu en être éliminée.

La finalité heureuse de la manœuvre de « condensation latérale », lors de l'obturation canalair, a été l'occlusion orificielle

(*) Les opinions dans cet article engagent la seule responsabilité de l'auteur.

Impératif de l'obturation canalair

L'unanimité des auteurs et opérateurs endodontistes s'est faite sur l'affirmation, devenue dogmatique, de la nécessité impérative de l'« obturation » canalair dans les traitements radiculaires pour assurer la pérennité de la guérison.

Depuis longtemps déjà on avait le souci d'un bon remplissage canalair : l'idée — reprise actuellement par SCHILDER — d'utiliser à cet effet la gutta ramollie par la chaleur, date du début du siècle ainsi que le relate LUBETZKI dans son traité de Dentisterie opératoire en 1929 [1].

Quelques auteurs sont allés plus loin et ont considéré que l'action iatomécanique de l'obturation canalair était non seulement nécessaire mais aussi suffisante ; toute action iatromécanique étant superflue ou même nocive.