

# Congres F.D.I. — Londen 1952

**Sectie: De totale prothese**

Referent: *F. J. Tempel*

De organisatoren van dit congres mogen met grote voldoening op hun werk terugzien. De bureaux voor inschrijving, inlichtingen e.d. werkten uitstekend, en aan de aanvangstijden, zoals die in het programma vermeld stonden, werd stipt de hand geheuden. Wel was het soms moeilijk om de tafeldemonstraties goed te volgen, speciaal wanneer daarvoor grote belangstelling bleek te bestaan. De tijdsduur van deze tafeldemonstraties werd meestal niet aangegeven, zodat het tijdstip van een eventuele herhaling niet bekend was, en hierdoor ontstond dan node-loos tijdverlies.

Het grote voordeel van deze grote internationale congressen is wel dat de belangstellende een zeer goede indruk krijgt van wat er alom in de wereld in het middelpunt van de tandheelkundige belangstelling staat en men heeft de gelegenheid om een vergelijking te trekken tussen de prestaties van het buitenland en het eigen land. Telkens weer blijkt, wanneer men thuis is, dat het zien van het werk van anderen een stimulans vormt tot verandering en verbetering van eigen methoden.

Het onderwerp „de totale prothese” is gedurende dit congres zeer uitvoerig behandeld. Door middel van tafeldemonstraties, films, voordrachten, televisie en tentoonstellingen werden allerlei methoden en opvattingen toegelicht. De hoeveelheid die er geboden werd, was echter zo groot, dat ik voor een verslag een keuze moet maken uit deze verscheidenheid, zodat ik de demonstraties, die geen nieuws boden, buiten verdere beschouwing zal laten.

Hier en daar bleken er misvattingen over de theoretische grondslagen van de prothetiek te bestaan, waardoor een aangegeven methode achteraf minder waardevol bleek te zijn. Toch zal ik enkele van deze voordrachten beschrijven, want er zijn onder de lezers van dit verslag mogelijk collegae, die door correcties de opzet van die methoden toch tot hun recht kunnen doen komen.

Na de bespreking van de demonstraties en films zal dan tenslotte een verslag volgen van de voordrachten en discussies, die in de grote zaal van de Royal Festival Hall gehouden zijn.

Boyle H. H. Swansea

*Complete Dentures*

Boyle baseert zijn techniek op de gedachte dat de bewegingsbanen van de knobbels van de elementen van de onderkaak in een vlak liggen, dat gedeeltelijk een bolvorm, gedeeltelijk een ellipsoïde vorm bezit (een wijziging dus van de theorie van Villain, Ref.).

Ten behoeve van deze techniek gebruikt hij metalen platen die in dit speciale vlak gebogen zijn.

Na het bepalen van de verticale relatie met behulp van wasbeetplaten brengt hij deze metalen platen aan op het occlusievlak, „evenwijdig” aan het Camperse vlak. In een speciale articulator worden de elementen tegen deze spherocylindrische plaat opgesteld. De film demonstreert een prothese die bij de propaline beweging het phenomeen van Christensen duidelijk vertoont.

Brewer A. A. U.S.A. (Airforce)

*Complete Dentures*

Na een voorlopige afdruk met stents wordt met gips een nieuwe afdruk genomen. Op de modellen met behulp van deze gipsafdrukken verkregen, worden lepels van kunststof gemaakt. De randen van deze, dus nauwkeurig passende,

lepel worden ingekort en met stents opnieuw opgebouwd. Volgens deze methode denkt Br. afdrucken te verkrijgen waarbij op de processus alveolaris geen druk uitgeoefend wordt, terwijl de randen daarentegen door compressie-afdruk gevormd zijn. Volgens Br. zou dan door de prothese op het onderliggend weefsel een stimulerende invloed uitgeoefend worden door een „pompende” beweging, die de prothese tijdens de kauwfunctie zou maken.

Coustaing P. Parijs

*Full Dentures*

Een zeer uitvoerige beschrijving van de anatomie van de onder- en bovenkaak toonde aan met welke factoren rekening gehouden moet worden, wil men een goede retentie van de prothese verkrijgen. Voor de voorlopige afdruk wordt gips gebruikt. De daarna vervaardigde individuele lepels worden van beetwallen voorzien, en hiermede wordt de verticale relatie bepaald. De onderlepel wordt voor de sublinguale zone uitgebreid met laagsmeltende was. Nadat de mond gedroogd is met verbandgaas worden de definitieve afdrucken met een algiinaat genomen.

Vervolgens wordt de prothese in was gemodelleerd en gepast, de randen worden iets ingekort, en met stents opnieuw opgebouwd.

De prothese wordt thans in kunststof vervaardigd en gecontroleerd. Hierna worden de onder- en bovenprothese met behulp van zinkoxyde-eugenol pasta nog eens gevoerd. Ondanks de ondertitel „a special registration of the temporomandibular joint” was de registratie van de articulatie-bewegingen niet duidelijk aangegeven.

Everett A. E. Londen

*The simulation of gumrecession in artificial Dentures.*

Enkele protheses werden getoond met een imitatie van een onregelmatig front, verlies van de interdendale papil, teruggetrokken tandvles e.d. Voor de gedeelten die niet gevuld of bedekt mochten worden met rose kunststof, was kleurloze kunststof gebruikt, waardoor een goede aesthetische indruk verkregen werd.

Volgens de aangegeven methode wordt de prothese eerst in was opgesteld. In de was wordt aangegeven welke delen niet in de rose kunststof gevat mogen worden. Dan wordt van het front een gipsleutel gemaakt, en het frontgedeelte wordt afzonderlijk in een cuvet met kleurloze kunststof gestopt en gepolymeriseerd. Na het afwerken van dit gedeelte wordt het front met behulp van de gipsleutel weer in de wasprothese gefixeerd en de prothese kan dan verder volgens de gebruikelijke methode in kunststof vervaardigd worden.

Gerson J. Parijs

*Improving stability of upper Dentures.*

Een verbeterde retentie van de bovenprothese zou volgens G. verkregen kunnen worden, door de omslagplooï van de bovenkaak meer craniaalwaarts te verplaatsen. Op het gipsmodel van de bovenkaak radeert hij daartoe de omslagplooï dieper in de gips, waardoor een prothese met langere randen vervaardigd kan worden. Bij de patiënt incideert hij dan de omslagplooï in het vestibulum en plaatst deze prothese. Volgens G. zou reeds na 24 uur de wondgenezing zichtbaar zijn.

Hecht S. S. New York

*Ridge extension of the mandible*

Een film toonde de operatie waarbij de omslagplooï van de onderkaak, en wel speciaal het frontgedeelte, verdiept wordt, om daardoor een betere retentie van de onderprothese te verkrijgen. Na de incisie wordt de buccale slijmvlieslap losgeprepareerd van het periost.

De spieren en het submuceuze weefsel worden geëxideerd, het periost wordt intact gelaten. Het bovengedeelte van de slijmvlieslap wordt aan het periost vastgehecht.

Het onderste gedeelte wordt aan de lip gefixeerd door hechtingen door de lip. Tussen de hechtingen en de huid wordt een rol hydrophielgaas geplaatst. De prothese wordt hierna geplaatst, nadat de randen voorzien zijn van zinkoxyde-eugenolpasta.

De post-operatieve opnamen na 3 dagen vertoonden wat oedeem van de kin-streek. Na 5 dagen werden de hechtingen verwijderd, de kin was hyperaemisch doch er was geen zwelling meer, de operatiewonde was bedekt met fibrineus beslag. Na de 10e dag was de epithelisatie duidelijk zichtbaar en na 30 dagen volledig. Gedurende de wondgenezing werd de prothese meerdere malen van nieuwe zinkoxyde-eugenolpasta voorzien en na de volledige epithelisatie werd de prothese gevoerd en definitief geplaatst. Een temperatuurlijst werd niet getoond.

Jaffe V. N. Washington

*Functional full Dentures*

Na met stents voorlopige afdrukken te hebben genomen, worden definitieve afdrukken met gips verkregen met behulp van individuele lepels van zelfhardende kunststof, versterkt met metaal. De onderlepel wordt met ditzelfde metaal extra verzwaaard. Het bepalen van de verticale relatie geschiedt door middel van het vaststellen van de ruststand van de onderkaak, en wordt zo nodig na het opstellen van het bovenfront gecorrigeerd in verband met aesthetische eisen. De centrale oclusie wordt eenvoudig gevonden door de patiënt enkele keren op zachte was te laten dichtbijten met de tong in dorsale positie. Volgens J. zou dit in 99½% van de gevallen een exacte centrale relatie geven.

Hierna wordt de bovenprothese in was opgesteld, waarbij het oclusievlak ongeveer evenwijdig aan het Camperse vlak georiënteerd wordt, en in kunststof afgewerkt.

Nadat de onderbeetplaat voorzien is van een stentswal, verwarmt men deze stents oppervlakkig en verzoekt de patiënt thans om met de reeds vervaardigde bovenprothese en deze beetplaat articulatiebewegingen te maken. In de zachte stents tekenen zich dan de bewegingsbanen van de bovenelementen af en met behulp van de op deze wijze „ingeslepen” onderbeetwal wordt de onderprothese vervaardigd.

(Wanneer het kaakgewricht en het incisiefpunt vastgesteld zijn, dan is het niet juist om het oclusievlak willekeurig aan te nemen.

J. negeert in zijn methode het feit dat het kaakgewricht zich niet uitsluitend als een scharniergewricht gedraagt. Ref.)

Landa J. S. New York.

*A study of the temporo-mandibular joint syndromes and the free way space.*

Aan de hand van een uitvoerige serie röntgenfoto's toonde L. aan dat foto's van het kaakgewricht een onjuist beeld kunnen geven, wanneer de kauwspieren tijdens de opname niet gerelaxeerd zijn. Foto's van het kaakgewricht, zowel in geforceerde als in passieve toestand, geopend of gesloten, gaven een opmerkelijk verschil te zien in de positie van de condylus. Voor een opname bij gesloten mond mag de patiënt niet krampachtig dichtbijten, terwijl een open mond niet gefixeerd mag worden door de patiënt in de frontstreek op iets te laten bijten, b.v. een houten klos. Door deze foutieve handelingen wijkt de beweging van de condylus van het normale af en de foto's zullen daardoor verkeerd geïnterpreteerd worden. L. adviseert om voor foto's van het kaakgewricht bij geopende mond beetplaten te laten vervaardigen. Deze beetplaten moeten van beetwallen worden voorzien, welke verhoogd kunnen worden naarmate een grotere mondopening gewenst wordt. Hierdoor wordt de patiënt in staat gesteld de onderkaak met zeer weinig druk en gelijkmatig tegen de bovenkaak te laten rusten, waardoor de spierspanning geen invloed heeft op de verplaatsing van de condylus. Foto's, met deze

hulpmiddelen toegepast, toonden aan dat de scharnierbeweging van het gewricht groter was en de verplaatsing van de condylus uit de fossa ook later optreedt dan de foto's bij toepassing van de becritiseerde middelen deden verwachten. Een onderzoek naar het gemiddelde van de rustafstand (*free way space*) bij 140 gevallen, wees een waarde van 3,76 mm. uit. Volgens dit onderzoek varieerde deze afstand van plm. 0—8 mm. en zou dan ook niet te gebruiken zijn voor het bepalen van de verticale relatie. Volgens L. wordt het kleppen van de prothese veroorzaakt door een te hoge beet, lispelen ontstaat door een te lage beet en, door met deze verschijnselen rekening te houden, bepaalt hij de verticale relatie bij de patiënt.

Lindblom G. Stockholm.

*A röntgen kinematographic study of the temporo-mandibular joint.*

Door de bewegingen van het kaakgewricht met behulp van röntgenstralen op een film vast te leggen, toonde L. duidelijk aan dat de opening van de onderkaak in de sagittale projectie begint met een scharnierbeweging in het kaakgewricht. Deze scharnierbeweging wordt gevolgd door een verplaatsing van de condylus bij verdere opening. L. verwacht dat hij met behulp van deze film in staat zal zijn de bewegingen van het kaakgewricht verder te analyseren.

Tijdens een demonstratie voor de televisie-camera gaf hij als zijn mening te kennen dat een verandering van de beethoogte toegelaten kan worden, mits dit geschiedt binnen de fase van de scharnierbeweging van het gewricht. Binnen deze fase van de scharnierbeweging is volgens L. aanpassing van het kaakgewricht mogelijk, doch wanneer de beethoogte zodanig veranderd wordt, dat daardoor, behalve een scharnierbeweging, ook een verplaatsing van de condylus ontstaat, dan is deze aanpassing niet meer mogelijk en zijn pathologische verschijnselen in het gewricht het gevolg.

L. vestigde er de aandacht op dat de rustafstand niet een constante waarde heeft, doch bij verschillende mensen wisselt van grootte.

Matthews E. Manchester.

*Full denture construction.*

Nadat voorlopige afdrukken met stents zijn genomen, worden individuele lepels gemaakt. Om voldoende ruimte in deze lepels voor het afdrukmateriaal te verkrijgen, wordt over de gipsmodellen een doek gelegd en over deze doek worden de lepels van base-plate op de modellen gevormd. De definitieve afdrukken worden met gips genomen, nadat de bovenlepel palatinaal van een stop is voorzien.

Met wasbeetplaten wordt de verticale relatie opzettelijk iets te hoog bepaald. Nadat de voorlopige beet in een articulator geplaatst is, worden inslijpwallen van gips/puimsteen (in de verhouding van 2 delen gips op 1 deel puimsteen) vervaardigd. Daarna laat men de patiënt deze wallen op elkaar inslijpen. Hij maakt hierbij geen gebruik van een centraal steunpunt, en moet de platen tijdens het inslijpen met de handen fixeren. Na het inslijpen van deze gipswallen worden de platen aan elkaar gefixeerd door middel van afdruggips in de vestibulairruimte. Het geheel wordt dan overgebracht in een articulator. Voor de opstelling gebruikt M. elementen met een knobbelhelling van 20 graden, waarvan de knobfels occlusaal iets vlak geslepen zijn.

Voor eventueel te verwachten gevoelige plaatsen van de mucosa gebruikt hij weekblijvende kunststof.

Seldin H. M. New York.

*Immediate dentures*

Een film demonstreerde de extractie van het bovenfront, gevolgd door een alveolotomie. De operatie geschiedde onder toediening van lachgasnarcose, waarbij de verschillende voorzorgen tegen aspiratie genomen werden. De prothese

werd hierna geplaatst, nog steeds onder toediening van de narcose, waardoor het gevaar van aspiratie in de laatste phase nog mogelijk was. De indruk van het prothetische resultaat werd mogelijk beïnvloed door de post-operatieve toestand van de patiënt: de verticale relatie scheen te hoog, evenals de onderprothese ten opzichte van het restgebit, terwijl in het front een open beet leek te bestaan.

Silverman M. M. Washington.

*Control of vertical dimension*

Tijdens een tafeldemonstratie gaf S. een beschouwing over zijn methode om de verticale relatie te bepalen bij patiënten, die nog in het bezit zijn van hun meer of minder gedestrueerde gebit. Hij gaat hierbij uit van de gedachte dat de patiënt, bij het uitspreken van sisklanken, een zekere ruimte tussen het onder- en bovenfront nodig heeft. Volgens S. zou deze ruimte voor elk individu een onveranderlijke waarde hebben en met behulp van deze bepaalde afstand kan de verticale relatie vastgelegd worden. Verkleint men deze ruimte, b.v. door een beetverhoging, dan ontstaan te grote belastingen, met als gevolg klachten van de patiënt, paradentale afwijkingen, voortijdige resorptie, kleppen van de prothese, e.d.

Hij laat de patiënt eerst in centrale occlusie dichtbijten en tekent daarna op de onder-incisivi de snijkant van de boven-incisivi af. Dan laat hij de patiënt verschillende sisklanken uitspreken en tekent in die stand de incisale kant van de bovensnijtanden nog eens af. Op deze wijze verkrijgt hij het verschil in afstand, de z.g. „closest speaking space”. Volgens S. moet deze ruimte bij een eventuele prothese of reconstructie nauwkeurig gehandhaafd blijven en beetverhoging is dan ook volgens hem nimmer toegelaten.

Publicaties hierover zijn verschenen in de Dental Digest nr. 57 van 1951, pag. 261—265 en 308—311 en in de Journal of Prosthetic Dentistry, Vol. 2, nr. 2 van Maart 1952, pag. 188—197.

Watt D. M. Edinburgh.

*The bite tray impression technique*

Watt heeft een verzameling afdruklepels ontworpen, die uit twee delen bestaan. De eerste lepel is gevormd als de bekende confectielepel met opstaande randen. Hierin past een tweede lepel, doch zonder randen, terwijl in het oclusale deel ruimte uitgespaard is. In de eerste lepel wordt het oclusale deel gevuld met een mengsel van gips en zand, waarna de tweede lepel ingezet wordt. Na het hard worden van het gips/zand-mengsel is de tweede lepel aan deze gips/zand-wal bevestigd.

Nadat de eerste lepel ingezet is, wordt de tweede lepel met de gips/zand-wal daarin geplaatst en dit geheel gevuld met stents, waarmee een afdruk van de bovenkaak genomen wordt. Met behulp van een hoefijzervormige boog wordt het oclusale vlak van de lepel tijdens het afdrukken evenwijdig van het Camperse vlak georiënteerd. Nadat de afdruk genomen is wordt de eerste lepel verwijderd, zodat een stentsafdruk voorzien van een gips/zand-wal resteert. Deze stentsafdruk wordt uitgekraabd en met zinkoxyde/eugenol pasta wordt dan hiermede een definitieve afdruk genomen.

Volgens hetzelfde systeem wordt een afdruk van de onderkaak genomen, zodat de gips/zand wal hiervan past op die van de bovenkaak.

Na deze behandelingen, die alle tijdens de eerste zitting worden verricht, heeft men afdrukken, voorzien van inslijpwallen, verkregen en de patiënt wordt verzocht deze wallen op elkaar in te slijpen. Na het inslijpen wordt het geheel in een ocludator geplaatst. De prothese wordt thans in was opgesteld en tijdens de tweede zitting gepast. Na het passen en eventuele correcties in de opstelling, wordt de prothese in kunststof vervaardigd en tijdens de derde zitting geplaatst.

## REPORT ON FULL DENTURES

Voor het bespreken van de totale prothese zou Prof. Marqu rite uit Frankrijk optreden als inleider van dit onderwerp. Prof. M. was echter afwezig, wes-halve het résumé van zijn voordracht, dat gepubliceerd was in de *International Dental Journal* van Maart 1952, voorgelezen werd door een Engelse collega. Voor het verslag van de publicatie van Prof. M. mag ik wel verwijzen naar het résumé van coll. Derksen in de *Excerpta Odontologica* in het T. v. T. van Juli 1952, blz. 542.

Als eerste co-referent trad op Dr. Morris J. Thompson, U.S.A., die echter niet inging op de publicatie van Prof. M., doch een geheel op zich zelf staand verslag gaf van een onderzoek naar het nuttig kauwvermogen van al of niet anatomisch gevormde elementen. Het onderzoek wees volgens de gegeven cijfers uit dat de anatomisch gevormde elementen het meest effectief waren.

De tweede co-referent, Dr. Pedro Saizar uit Argentinië, had evenwel meer critiek. Hij stelde vast dat de methode van Prof. M. niet voldoende rekening hield met de recente gegevens t.a.v. het articulatieprobleem, terwijl hij er bovendien op wees dat voor elk geval afzonderlijk een diagnose en prognose gesteld dient te worden. Hij betuigde zijn spijt dat hij geen waardering voor deze publicatie kon hebben.

Bij de algemene discussie hield men zich niet steeds aan het gegeven van de inleider, hoewel hierin voldoende aanleiding tot discussie gevonden had kunnen worden. Boyle uit Engeland betoogde dat Wilson reeds geconstateerd had, dat de curve van Spee slechts in 10% van de gevallen door het kaakgewricht loopt, zodat dientengevolge de methode van Prof. M. slechts voor 10% van de patiënten geschikt geacht mag worden. Boyle verwees naar zijn eigen methode, waarbij hij eveneens gebruik maakt van een plaat, waartegen hij de elementen opstelt, doch deze plaat is niet alleen een deel van een boloppervlak (Prof. M. gebruikt een dergelijke plaat), maar heeft bovendien een ellipsoide vorm.

Er werd nog gewezen op een methode om de registratie van de bewegingen van de onderkaak duidelijk te maken door middel van lichtgevende punten, hetwelk een andere collega aanleiding gaf op te merken dat hij deze methode 24 jaar geleden gepubliceerd had, en beter. Coll. Bauer uit München kreeg nog de gelegenheid om door middel van lantaarnplaatjes te laten zien, hoe hij de retentie van de bovenprothese meende te kunnen verbeteren, door v or de polymerisatie van de prothese een aantal groeven in het gipsmodel te raderen, waardoor een soort zuigkamers op de plaat ontstaat.

Hierna werd door Dr. Thompson een samenvatting gegeven, waarbij hij niet inging op de critiek op de publicatie van Prof. M., doch er op wees dat de grondslagen van de prothetiek niet te scheiden zijn van de techniek. Hij had waardering voor het werk van Prof. M., daar deze in zijn methode gebruik maakt heeft van de registraties van de bewegingen van de onderkaak. Met een waarderend woord voor de deelnemers aan de discussie en een kalmerend woord voor de critici sloot hij deze bijeenkomst.

## DISCUSSION ON FULL DENTURES

De volgende morgen opende Dr. E. Wilfred Fish de zitting met de mededeling dat men voor deze bijeenkomst een aantal vooraanstaande docenten, die ook over een ruime praktijkervaring beschikten, had uitgenodigd. Het was de bedoeling dat deze „braintrust” antwoord zou geven op een aantal vragen, waarvan de beantwoording voor de uitoefening van de prothetische praktijk van grote waarde geacht mag worden. Aan deze uitnodiging was gevolg gegeven door: Coustaing, Frankrijk; Gerber, Zwitserland; Matthews, Engeland; Merkeley, Canada; Osborne, Engeland; Thompson, U.S.A.; Bandrup

Wogsnen, Zweden; Brewer, U.S.A. (Airforce), Hillenbrand, U.S.A., terwijl het voorzitterschap berustte bij Dr. E. Wilfred Fish.

Hoewel het interessant was te horen hoezeer de meningen over de te volgen methoden uiteenliepen, moet gezegd worden dat deze methode van discussie deze ochtend weinig voldoening gaf. Zeer zeker werden er vragen gesteld die voor de practicus van grote betekenis zijn, doch de beantwoording was in het algemeen zeer weinig gefundeerd, zodat de verscheidenheid in antwoord geen houvast bood. Zo werd op de vraag hoe een afdruk genomen moest worden, door de één geantwoord dat hij hiervoor gips gebruikte, de tweede compound, de derde gaf de voorkeur aan zinkoxyde/eugenol, terwijl Thompson de Jelenko-adaptor prefereerde wegens de grotere plastische eigenschappen. Hoewel de tegenwoordig gebruikte methoden meestal bedoeld zijn om compressieloze afdrukken te verkrijgen, werden de tegenstellingen tussen de voorstanders van de afdruk met compressie tegenover die van de afdruk zonder druk, niet genoemd en niet verantwoord. Door Matthews werd vermeld dat hij bij het nemen van de onderafdruk, de mond, na het inbrengen van de afdruklepel, liet sluiten, waardoor hij een afdruk van de gerelaxeerde toestand van de onderkaak verkreeg. Merkeley prefereerde tijdens het afdruk nemen activering van de M. buccinator ten behoeve van de fixatie van de prothese. Gemotiveerd werden deze methoden evenwel niet, ook niet toen er verschillend geantwoord werd op de vraag of men de onderprothese linguaal wel of niet over de linea mylohyoidea zou moeten laten uitstrekken.

Op de vraag of de gebalanceerde oclusie van betekenis was en of men eenvoudige middelen kon aangeven om deze oclusie te bereiken, werd geantwoord dat deze oclusievorm van zeer grote betekenis was. Volgens Matthews en Gerber is een driepunts-contact meestal wel voldoende voor de totale prothese voor onder- en bovenkaak. Ter vereenvoudiging werd door Osborne aanbevolen vlakke kiezen in een scharnier-articulator op te stellen, terwijl de vertegenwoordigers van Zwitserland en Zweden daarentegen knobbelkiezen, in een verstelbare articulator opgesteld, noodzakelijk achtten. Door Matthews werd daarna nog een pleidooi gehouden voor de methode van het inslijpen van gipswallen. Het was hem opgevallen dat niet alle patiënten volgens deze methode behandeld, tot een maaltbeweging te brengen zijn. Daar de ingeslepen curven bij een reeks van patiënten onderling grote verschillen lieten zien, gaf hij aan deze methode verre de voorkeur boven de opstelling in een verstelbare articulator, daar volgens hem de bewegingshoek van de condylus niet steeds nauwkeurig te registreren is.

Bij de opstelling van de totale prothese tegenover een natuurlijk gebit, werd in het algemeen wel waarde gehecht aan een volledig articulatie-contact, omdat bij een eventueel driepunts-contact plaatselijk te grote belastingen optreden.

Bij de immediaatprotheses gaf men de voorkeur aan het opstellen van de elementen overeenkomstig het oorspronkelijke gebit.

Enkele vragen betreffende de invloed van de patiënt op de behandeling, het rebasen van de prothese tijdens het passen van het wasmodel of nadat de prothese geheel klaar is, het gebruiken van smalle elementen om de tong niet te hinderen, het gebruik maken van de mimische musculatuur ter fixatie van de prothese, gaven geen aanleiding tot uitgebreide discussies en wierpen geen nieuwe gezichtspunten op.

Voor het bepalen van de verticale relatie in de praktijk bleek men van mening te zijn dat er in het algemeen een neiging bestaat om de beet te hoog te maken. Als hulpmiddel om een juiste relatie vast te stellen gaf men aan: het bepalen van de normale gezichtscontouren en het instandhouden van de rustafstand. Matthews legde er de nadruk op dat de rustafstand sterk beïnvloed wordt door de

houding van het hoofd van de patiënt. Zij het volgens een willekeurige maatstaf, bepaalt hij daarom de ruststand van de onderkaak, nadat het orbitaalvlak van de patiënt evenwijdig aan het horizontale vlak geplaatst is.

Aan het slot van dit verslag gekomen, betuig ik mijn spijt dat er op dit congres geen Nederlands collega geweest is, die hetgeen er in ons land op het gebied van de totale prothese verricht is, heeft gedemonstreerd. Ik geloof zeker dat wij op dit gebied van de tandheelkunde niet achter staan bij het buitenland.