

Augusto Raymundo de Souza Brito LOPES PONTES



14

DA MOLDAGEM NA CONSTRUÇÃO DAS DENTADURAS COMPLETAS

Tese de concurso à Docência
Livro de Prótese [redacted], na
Escola de Odontologia, Anexa à
Faculdade de Medicina da Bahia



EMPRESA GRAFICA
ERA NOVA LTDA.
BAHIA



INTRODUÇÃO

Não é comum, no mundo odontológico brasileiro, a especialização em qualquer das áreas em que se divide o campo destinado à atividade do Cirurgião-Dentista. Isso é consequência do meio e, também, dos poucos proventos com que os profissionais da ciência de *FAUCHARD* são remunerados.

O fato é mais observado nas capitais do Norte do País e, principalmente, nas cidades do Interior. O Odontologista é, então, obrigado, nesses centros sociais, a exercer conjuntamente a clínica, a prótese, a cirurgia, etc. É fácil de perceber quanto custará ao profissional, assim sobrecarregado de trabalho, o emprêgo de técnicas de difícil e demorada execução.

A moldagem das dentaduras completas, — por exemplo, quando feita com todo o rigorismo dessas técnicas, como a de *FOURNET* e *TULLER* —, exige horas e horas de trabalho beneditino.

Nós mesmos muito dispêndio de tempo havemos tido com o uso dessas técnicas que, às vezes, só na correção da moldeira, requerem três e mais horas de trabalho minucioso e fatigante.

Cogitando, então, numa solução para remediar tanto sacrifício de tempo, parece-nos haver-mo-la encontrado, mercê de uma técnica eclética que representa o fruto de nossas observações pessoais, colhidas no exercício da Prótese em nosso consultório e nos serviços do professor *AUGUSTO LOPES PONTES*, na Escola de Odontologia Anexa à Faculdade de Medicina da Bahia, de cuja cadeira de Prótese [redacted] temos a honra de ser Assistente.

A técnica, que mais adiante passaremos a expor, tem por fim obter, com a maior exatidão possível e no menor espaço de tempo, a moldagem do meio bucal.

Aníma-nos a divulgá-la a aceitação com que foi acolhida no seio do 2.^o Congresso Odontológico Brasileiro, realizado, em Outubro de 1940, no Rio de Janeiro, certame em que tivemos ensejo de descrevê-la e aplicá-la como demonstrador científico, pela Bahia.

+
G/6.2
P81

HISTÓRICO

A história da moldagem, na Prótese Dentária, data, apenas, de perto de dois séculos.

Ha quem atribúa, embora não lhe vejamos razões para isso, a prioridade do uso da cêra a *MATIAS PURMAN* (1684), dentista em Breslau.

Em França, a primeira referência ao uso da cêra como material de moldagem é atribuída a *DUBOIS DE CHEMANT*, em uma publicação científica no ano de 1776.

PFAFF, Cirurgião-Dentista de Frederico o Grande, da Prússia, parece, porem, ter sido o primeiro profissional que usou a cêra para a moldagem das arcadas (1753).

Graças aos moldes conseguidos com cêra, *PFAFF* construía modelos de gesso para a confecção de seus trabalhos protéticos.

DELABARRE cita mesmo que *PFAFF*, para evitar distorções da moldagem, costumava fazê-la em duas porções que depois reunia para levantar o modelo.

E' para admirar, que, naquela época, *FAUCHARD*, com tanta razão cognominado o *Pai da Odontologia*, usasse desenhos em papel ou medidas feitas a compasso para confeccionar suas peças protéticas.

A princípio, a cêra era levada à bôca com o auxílio dos dedos do profissional. Deve-se a *DELABARRE* a idéia das moldeiras. Em 1820, êle recomendou o uso de um receptáculo para neste ser acondicionada a cêra e transportada à bôca.

As primeiras moldeiras, com características das moldeiras modernas, devem-se, porém, a *MAURY* (1842) e *ROGERS* (1845).

Quanto às substâncias e aos materiais para moldagem, a cêra e a guta-percha fôram as únicas usadas até 1843. Os moldes conseguidos, porém, com qualquer dessas substâncias ou materiais, eram muito pouco fiéis, devido à excessiva plasticidade das mesmas.

Por essa época, e depois de uma série de fracassos, na construção de uma dentadura dupla completa, com moldagem em cêra, *DUNNING*, cirurgião-dentista norte-americano, usou, em desespero de causa, e pela vez primeira, o gêsso como material para a moldagem. Obteve um êxito integral. Entusiasmado, participou sua descoberta a *WESCOTT*, seu colega, seu sócio e professor em Dentisteria. *WESCOTT* vai mais adiante que *DUNNING*. Investiga as propriedades de gêsso e difunde o seu conhecimento por meio de publicações e demonstrações práticas.

Um novo material, preparado para a moldagem, surge, em 1858, sob o nome de *Pasta de Hind*.

Moldes muito nítidos são obtidos com o mesmo, graças à sua plasticidade. Essa pasta, que mais tarde passou a ser chamada *Stent* e depois *Godiva*, apresentava, no entanto, certas desvantagens no seu emprêgo. Dentre essas, avultava a da distorção, principalmente na moldagem das arcadas total ou parcialmente providas de unidades dentárias.

O seu uso estaria relegado ao passado se não fôsem o extraordinário poder de observação e os trabalhos dos irmãos *PETER* e *JACOB GREENE* que, com a sua maravilhosa técnica das moldagens sucessivas, crearam, em 1890, a moldagem funcional.

Todos os tipos de moldagem funcional hoje existentes, até mesmo o da moldagem fracionada de *KENNEDY*, fôram, em nossa opinião, inspirados pelos ensinamentos dos irmãos *GREENE*.

+
G/6.2
P81

E' avultado o número de técnicas de moldagem que apareceram depois da dos irmãos americanos: a de *SUPPLEE*, *TENCH*, *WOOD CLAPP*, *STANSBERRY*, *HIGHT*, *HALL*, *CAMPBELL*, *COELHO E SOUZA*, *KENNEDY*, *QUINTARELLI*, *KELLY*, etc.

E' de inteira justiça destacar aqui o impulso dado à Arte Dentária no Brasil, especialmente neste capítulo da Prótese de Dentaduras Completas, pelo insigne e venerando mestre *COELHO E SOUZA*. O vulto de seus serviços à Odontologia Pátria é de tal ordem que basta para fazê-lo cognominar o *Pai da Odontologia Brasileira*.

Na Bahia, foi pioneiro da moldagem funcional o atual titular da Cadeira de Prótese [REDACTED] de nossa gloriosa e tradicional Faculdade.

Os estudos e as pesquisas em torno da moldagem não se detiveram, porém, com o advento da godiva e da moldagem funcional.

Cuidou-se de melhorar os materiais já existentes. Com o fito de obviar certas desvantagens do gesso, juntaram-se-lhe fécula de batata e outras substâncias que o tornaram mais facil de destacar do modêlo e o fizeram mais suportavel aos pacientes.

A godiva sofreu algumas alterações. A sua composição e o seu poder de compressibilidade dos tecidos variam de acôrdo com os tipos que se apresentam no mercado e suas respectivas finalidades. São do conhecimento de todos as godivas: vermelhas de *KERR* e de *DRESH*, de pequena compressibilidade; a *Exata*, de *WHITE*, para moldagens sucessivas; a *Preta*, tambem de *WHITE* e a *Duro*, de grande compressibilidade, para a técnica de moldagem em fases distintas; e a *Godiva Elástica*, a mais moderna dentre elas, empregada para a moldagem que se destine à confecção de aparelhos parciais.

Antes do aparecimento da godiva elástica, a *Casa De Tray* lançou, em 1926, no mercado odontológico, o *Dentocol*. Este produto é um hidrocolóide, à base de agar-agar, e, em sua composição, entram, ainda, fibras de borracha, corantes, odorizantes, etc.

Além do *Dentocol*, pouco usado em nosso meio, existem muitos outros hidrocolóides como sejam: a *Substância Elástica de WHITE* a de *KERR*, o *Deelastic*, o *Novo Dentocol*, o *Surgimold*, etc., etc.

Diante de tão grande soma de materiais para moldagem é justo pensar que haja um número não menor de aplicações e técnicas de moldagem. De fato, desde a modesta incrustação até a construção de uma dentadura superior com ou sem abóbada, ou a de uma dentadura inferior, o emprêgo dos materiais de moldar é o mais variado possível e a técnica para a sua utilização é a mais sensível e precisa.

Na construção das incrustações, coroas e pontes, é muito conhecida a perfeição, segurança e facilidade de execução destas peças quando se emprega o método da moldagem indireta.

Na feitura das dentaduras parciais são notórias as vantagens e facilidades conseguidas quando se usa o hidrocolóide como composição de moldagem e, melhor ainda, quando se empregam o gesso, a godiva e o hidrocolóide adotando-se a técnica da moldagem mixta de *ROACH*, *DROEGKAMP* e outros, ou se usa apenas a godiva, de acôrdo com a primorosa técnica da moldagem fracionada que teve em *KENNEDY* o seu melhor propagador.

Na construção das completas, uma das técnicas de moldagem mais em voga é a de *SIDNEY C. FOURNET* e *CHARLES SHEPARD TULLER*, para dentaduras inferiores.

Mas já se nota certa tendência dos profissionais de maior projeção em voltar à técnica dos irmãos *GREENE* e, o que é mais interessante, a cêra e a guta, durante muitos anos desprezadas, novamente se empregam para a moldagem das completas.

SPRENG, *GYSI* e mais alguns preconizam, no particular, o uso da guta, enquanto que *EVERETT*, *ROACH*, *APFELBAUM*, *PONROY* e outros, no estrangeiro, e *ALOISIO GONÇALVES*, entre nós, recomendam o emprêgo da cêra.

+
G/16.?
P81

DEFINIÇÃO E OBJETO

AUGUSTO COELHO E SOUZA, em seu livro *Coroas e Fontes*, edição de 1929, diz, no Capítulo 33, "chama-se moldar, tirar a impressão de um objeto por meio de uma substância plástica".

F. MARTINIER, em sua *Clinique De Prothèse Dentaire*, diz que a tomada de impressão "é uma operação que tem por fim moldar as partes sobre as quais deve repousar o aparelho, assim como as partes vizinhas", e aduz que moldar "é obter em vazio os relêvos de um modelo e, aí, vaziar-se uma substância susceptível, após endurecimento, de reproduzir exatamente este modelo".

EDOUARD FRITEAU, no 3.º tomo do seu *Manuel Du Candidat Aux Examens De Chirurgien-Dentiste*, chama à moldagem *impressão* e define-a: "tomar a impressão é produzir em ôco, numa substância apropriada, o contôrno, a forma geral da arcada dentária e das partes circumvizinhas".

Para *LEGER DOREZ*, "impressão é a cópia em ôco deixada por um objeto qualquer sobre uma substância plástica, e a tomada de impressão é a ação que consiste em imprimir um objeto sobre uma substância que, a princípio branda e plástica, guarda do mesmo, depois de endurecida, uma impressão mais ou menos precisa".

Para *GEORGE WOOD CLAPP*, "o objeto da tomada de impressão é assegurar modelos com os quais se façam dentaduras que possuam relativa estabilidade em todas as posições

da bôca, eficiência na fonação e mastigação, e confôrto para o paciente”.

SAIZAR, em seu livro *Prótesis A Placa*, chama a moldagem de tomada de impressão e a define como a “cópia em negativo da bôca”.

EDWIN H. MAUK, no capítulo III do *Tratado De Prótese Dentária* de CHARLES TURNER e L. PIERCE ANTHONY, afirma que a moldagem pôde definir-se como a “reprodução negativa da qual se obtem um positivo ou vazado”.

HANS TÜRKHEIM, na versão espanhola de VILÁ Y TORRENT, do seu livro *Manual de Prótesis Clínica* diz que “a tomada de impressão se faz por meio de uma substância branda que mais tarde se endurece ou se consolida em maior ou menor escala, obtendo-se, assim, um negativo ou, seja, uma reprodução em ôco de uma parte da mandíbula ou de toda ela, incluindo-se os dentes, o processo alveolar e as regiões ósseas imediatas recobertas de mucosa”.

ALBERT LELAND LE GRO define impressão como sendo “a reprodução negativa de qualquer objeto, parte ou superfície, obtida por diversos métodos de aplicar a êles um dos materiais plásticos de diferentes classes que se consolidam por cristalização ou se endurecem por outro processo, de tal forma que se possa obter dêle uma reprodução positiva”.

HART J. GOSLEE, na tradução de J. VILÁ Y TORRENT de sua *Teoria Y Pratica De La Técnica de Coronas Y Puentes Odontológicos*, escreve que “impressão é o intermediário entre o original e sua reprodução”. “E’ o meio de transferir não sómente o fundamento mesmo como, também, as várias partes do trabalho em processo de construção”.

PEDRO B. GOMES DE FREITAS, em seu *Resumo de Prótese Dentária*, dá à moldagem o nome de *impressão* e define-a como “resultado da compressão de um material plástico sobre uma superfície determinada”.

Diante do exposto, torna-se evidente a confusão reinante na nomenclatura protética para definir o que seja o ato de reproduzir o meio bucal.

+
G/16.2
P81

Chama-se indistintamente esta operação de *moldagem*, tomada de *molde*, *molde*, *molde negativo*, tomada de *impressão*, *moldagem negativa* e, ainda e simplesmente, *moldar*.

Outro tanto se verifica relativamente às expressões: — *molde positivo*, *vazado*, *positivo*, *modelo*, *modelagem*, *moldagem positiva*, etc.

Com o intuito de evitarmos essa confusão oriunda do emprego de diferentes palavras, — que teem várias acepções e servem para designar as mesmas cousas neste capítulo da Prótese—, a clareza didática leva-nos a adotar uma só terminologia para maior facilidade de interpretação e melhor individualização dos assuntos que nele se tratam.

Destarte é que empregamos os termos *moldagem*, *molde*, *modelagem* e *modelo*.

MOLDAGEM — Chamamos moldagem, em Prótese Dentária, ao ato de copiar fielmente as arcadas, os dentes, quando estes existem, e demais partes duras e moles da boca com o auxílio de um ou mais materiais plásticos dispostos em utensílios chamados moldeiras.

MOLDE — E' a própria cópia da boca obtida por meio da *moldagem*.

MODELAGEM — E' o ato de vaziar um material plástico ou termo-plástico no *molde*.

MODELO — E' o resultado obtido com a *modelagem*.

A *moldagem*, para corresponder ao fim a que se destina, deve proporcionar um molde com requisitos que permitam vaziar nele um material que, depois de endurecido, o reproduza fielmente.

A *moldagem* nos permite o ensejo de limitar com segurança a extensão das peças protéticas, como acontece especialmente na moldagem das dentaduras completas.

Ainda com o auxílio da moldagem teremos maior facilidade de escolher os modos de fixação dos trabalhos, uma vez que ela nos favorece o estudo das condições do meio bucal.

Com a moldagem, visamos, também, obter modelos de estudo para a resolução de casos difíceis, modelos para docu-

mentação de trabalhos e organização de fichários e demonstruários em consultórios, hospitais, penitenciárias e manicômios.

Por último, citaremos a mais moderna aplicação da *moldagem* na Prótese Dentária: a dos registos pré-extração. Estes registos são usados toda vez que, por força de condições patológicas, se faça necessária a extração de um grande número ou mesmo da totalidade dos dentes e a sua substituição.

A sua utilidade é manifesta, porquanto facilita a disposição natural dos dentes artificiais e a restauração a mais exata possível da expressão facial do paciente.

A *moldagem* é uma das fases mais importantes da construção de um trabalho protético e grande parte do êxito deste está quasi na dependência direta da *moldagem*. Ha até, a respeito, um aforismo: — sem bôa *moldagem* não póde haver bom *modelo* e sem bom *modelo* não póde haver um bom trabalho protético.

†
0/6.2
P81

Tipos de moldagem — Principios em que se baseiam
— Características individuais do maxilar e do
mandibular — Psicologia do paciente

TIPOS DE MOLDAGEM

Na confecção das dentaduras completas existem duas espécies de moldagem: a *anatômica* e a *funcional*.

A *anatômica* visa, apenas, obter a cópia exata das arcadas, seu relêvo, etc. Ela se faz com os tecidos da boca em estado estático.

A *funcional*, como seu próprio nome está a dizer, visa moldar os tecidos da boca como se estivessem em plena função, afim de que, depois da peça concluída, o dinamismo muscular não consiga deslocá-la.

A *funcional* pôde ser dividida em dois tipos: *moldagem sob pressão arbitrária*, em que a compressão dos tecidos é feita pelo profissional, e *moldagem sob pressão mastigatória*, em que a compressão é produzida pelo cliente.

A *moldagem sob pressão arbitrária* merece a preferência de autores como GREENE, COELHO E SOUZA, STANSBERRY, CAMPBELL, HALL, PENDLETON, HIGHT e muitos outros.

Inclinam-se pela *moldagem sob pressão mastigatória* nomes como os de SUPLEE, que a creou, TENCH, que ampliou e melhorou a técnica, WOOD CLAPP, WADSWORTH, FRIPP, HENDERSON, FRAHM e outros mais.

Nós preferimos o primeiro tipo de moldagem funcional, pelo menos até onde nos leva a soma atual de nossos conhecimentos teóricos e, principalmente, práticos.

De acôrdo com o número dos materiais empregados na moldagem sob pressão arbitrária, a mesma pôde ser *simples*, *mista* e *múltipla*.

Simples, quando se emprega apenas um material.

Mista, quando se usa, sucessivamente, mais de um material.

Múltipla, quando se emprega mais de um material em duas fases distintas. Á primeira fase, chamamos *moldagem primária* e à segunda, *moldagem final*.

Adotamos, exclusivamente, a *moldagem funcional múltipla, sob pressão arbitrária*.

PRINCÍPIOS EM QUE SE BASEIAM

Os princípios fundamentais que regem os diferentes tipos de moldagem para a construção das dentaduras completas estão na dependência dos que regem a segurança da dentadura já terminada.

A moldagem anatômica baseia-se em dois princípios de segurança protética das dentaduras completas: o da *pressão atmosférica*, proporcionada pela *camara de sucção*, e o da *adesão por contacto*, produzida pela *atração molecular*.

A *camara de sucção* é esculpida no modelo ou adaptada ao mesmo, afim de ser reproduzida na base da dentadura. Pelos muitos inconvenientes que acarreta, inclusive prejuizos para a saúde da mucosa e, até do paciente, êsse meio de retenção de dentadura está caindo em desuso.

Com a moldagem anatômica, o princípio da *adesão por contacto* é prejudicado pelo dinamismo muscular da bôca. Isso

T
G/16.2
P81

fez relegar-se a moldagem anatômica a um plano tão sem importância que, hoje em dia, até mesmo para a construção de peças protéticas parciais o seu uso é muito restrito.

Da observação dos inconvenientes apresentados pela moldagem anatômica surgiu a moldagem funcional, que, bem pode dizer-se, teve sua origem na técnica da moldagem sucessiva dos irmãos *GREENE*.

A moldagem funcional, além dos requisitos que apontamos quando linhas acima o definimos, tem como princípio mecânico primordial: o da *adesão por contacto*.

Alguns autores, embora fortemente contestados, afirmam que a pressão atmosférica desempenha papel preponderante no mecanismo da adesão da dentadura construída pelo sistema de moldagem funcional.

Esse tipo de moldagem baseia-se ainda em vários outros princípios importantes. Assim é que, para ser perfeita, ela deve reproduzir o relêvo e demais acidentes das bases naturais, onde repousarão as peças artificiais, a situação dos tecidos em seu pleno dinamismo, deixando livres todas as inserções musculares e os freios, e, também, obter a desejada adesão pela compressão uniforme dos tecidos, afim de evitar transtornos à saúde do meio bucal.

Precisa, ainda, copiar uma superfície útil tão extensa quanto possível, ter um perfeito contôrno e selado periférico, e estender-se para trás até à porção móvel do paladar, quando superior, e até à fossa retroalveolar e ao espaço retromolar, quando inferior.

SAIZAR, em sua obra já citada, procurando fixar os princípios para que uma moldagem funcional possa ser considerada perfeita, diz que ela "consiste, em termos gerais, em obter uma impressão tal que reúna as características da dentadura corretamente terminada, quer dizer:

"a) — Que se estenda a toda superfície aproveitável do maxilar e exclusivamente a ela para poder controlar sua retenção e estabilidade".

“b) — Que tenha uma impressão ou recorte muscular corretamente feito, de modo que, durante os movimentos naturais dos lábios, do soalho e das bochechas, os freios e as inserções musculares não a desloquem”.

“c) — Que possua uma adaptação periférica tal que, durante os movimentos naturais, o ar não possa penetrar debaixo da chapa”.

“d) — Que comprima, o necessário, os tecidos brandos depressíveis, de modo que, ao funcionar a chapa, não cedam êles sinão muito pouco, o que facilitará grandemente a estabilidade da mesma e, por conseguinte, a mastigação”.

“e) — Que não comprima as zonas por onde passam vasos grossos e troncos nervosos sob a mucosa, o que poderia acarretar uma atrofia do maxilar em prazo mais ou menos curto”.

Tecendo considerações sobre a extensão das peças protéticas, SAIZAR, no que se refere à superfície maxilar aproveitável ou zona chapeável, estabelece, ainda, alguns outros princípios sobre a extensão dos aparelhos:

“A — A adesão, primeiro elemento de retenção das dentaduras completas, é proporcional à superfície coberta”.

“B — A ação da pressão atmosférica (segundo e mais poderoso elemento de retenção e importantíssimo elemento de estabilidade das dentaduras completas) é, também, proporcional à superfície coberta”.

“C — Se os bordos da chapa terminam em tecido brando, o selado periférico, — quer dizer, a adaptação dos bordos da chapa de modo que não permitam a entrada do ar, — pode fazer-se muito mais ajustado”.

“D — Por outra parte, se o bordo periférico de uma chapa restringe os movimentos de algum freio ou as contrações de algum músculo, quando o freio ou o músculo se movem, a chapa propenderá a deslocar-se, e, ademais, haverá tendência a se produzirem escoriações no ponto de roçamento”.

+
016.2
P81

Para *LAFARGA*, as características do maxilar são:

“1.^a — paladares mais frequentes: — a parte central da abóbada palatina é completamente dura e os rebordos alveolares são brandos;

“2.^a — o menos frequente: a parte central branda, os rebordos são duros;

“3.^a — toda a abóbada palatina e os rebordos são duros”

LAFARGA se apoia nessa classificação para justificar sua escolha da moldagem mista com godiva e gesso, afirmando que esse tipo de moldagem tem vantagens sobre os em que se emprega, exclusivamente, um desses dois materiais.

Diante da consistência variada das diversas partes dos maxilares, qualquer dos dois materiais — gesso e godiva — tem simultaneamente um número igual de indicações e contra-indicações. A godiva, sendo um material ótimo para comprimir os tecidos, indicada toda vez que se estiver em face de tecido brando, torna-se contra-indicada perante uma mucosa tensa, resistente. Inversamente sucede com o gesso. Daí o colega platino opinar pelo uso sucessivo dos dois materiais porque, dessa maneira, se atende às várias características dos maxilares.

Em nossa desvaliosa opinião, ha alguns reparos a fazer acêrca das considerações do abalizado mestre portenho.

Julgamos haver *LAFARGA* omitido os casos em que tanto o paladar como os rebordos são brandos. Esses casos são comumente observados em individuos portadores de peças antigas que requerem substitutas e, o mais das vezes, quando essas peças não obedeceram aos comezinhos princípios de construção das completas. Quando assim acontece, se observa frequentemente que o paciente apresenta grande reabsorção do processo alveolar, restando, no lugar do mesmo, apenas tecido mucoso muito flácido, ao tempo em que, na abóbada palatina, o tecido se apresenta descolado, muito móvel, frouxo.

Maior admiração nos causou ainda que o competente e ilustre colega nenhuma referência fizesse às características

+
G16
P8

do mandibular, uma vez que êste, como se sabe, é muito mais difícil de ser moldado que o maxilar.

O eminente mestre *COELHO E SOUZA*, glória da Odontologia Pátria, em seu trabalho *Dentaduras*, do *Manual Odontológico*, além de se referir, com mais amplitude que *LAFARGA*, aos maxilares, ocupa-se, também, embora ligeiramente, do mandibular.

Ao tratar das características do maxilar, o professor *COELHO E SOUZA* não se limita ao estudo das diferentes espécies de mucosa, mas descreve, também, a topografia dos maxilares. Assim é que, sob êste último aspecto, divide os maxilares em três tipos:

- a) de condições exageradas de retenção;
- b) de condições ótimas de retenção;
- c) de condições péssimas de retenção.

No primeiro tipo, o mestre enquadra os maxilares, cuja abóbada ultrapassa, de muito, o nível do fundo vestibular, formado por um rebordo alto em que as tuberosidades se salientam com exuberância. E' um caso que êle qualifica de bom, com restrições.

No segundo tipo, considera os maxilares, cuja abóbada ultrapassa, de leve, o limite traçado pelo fundo do vestibulo e cujas tuberosidades, em geral, se conservam à altura do rebordo sem saliências exageradas. E' um caso que reputa ótimo.

Como pertencentes ao terceiro tipo, classifica os maxilares, cuja abóbada coincide com o limite traçado pelo fundo do vestibulo, em que os processos alveolares e as tuberosidades são quasi inexistentes e, principalmente, quando as verticais da articulação não correspondem às do mandibular. A êsse caso qualifica de péssimo.

Dessa classificação, extrái uma outra, ainda, para os maxilares:

Profundidade da abóbada: média, rasa ou ogival.

Paredes vestibulares: verticais, salientes e reintrantes.
Tuberosidades: salientes.

Quanto à mucosa, o professor *COELHO E SOUZA* a classifica em quatro tipos:

- 1.º — uniformemente dura;
- 2.º — uniformemente flácida;
- 3.º — flácida na abóbada e dura nos rebordos;
- 4.º — dura na abóbada e flácida nos rebordos.

Ao primeiro tipo de mucosa, considera difícil de praticar a moldagem e indica os meios de obviar essa dificuldade pela moldagem sucessiva de *GREENE* (em que é empregada, apenas, a godiva); ao segundo tipo, o mestre classifica de ótimo; ao terceiro, de bom, e ao quarto, de regular sempre apontando os meios de contornar as dificuldades por acaso ocorrentes na moldagem de *GREENE*, preferida por *COELHO E SOUZA* em sua obra *Dentaduras*, editada em 1932. Seja dito de passagem que o professor *SOUZA*, embora não o tenha divulgado a não ser em conferências e cursos, imaginou e emprega um sistema de moldagem eclética feita em duas fases distintas e, na qual, a moldeira individual é construída por um processo original muito interessante.

Estamos de acôrdo com o egrégio mestre no que tange às características dos maxilares, ao nosso vêr, por êle bem definidas.

Apenas temos que acrescentar algo a esse respeito. Queremos referir-nos à zona de *post-damming* ou de dicagem posterior, à forma dos rebordos alveolares e ao aspecto das cristas alveolares.

A zona de dicagem posterior pôde ser:

- a) — larga;
- b) — média;
- c) — fina;
- d) — muito compressível;
- e) — medianamente compressível;
- f) — pouco compressível.

†
G/16.7
P81

Quanto à forma, os rebordos alveolares podem ser:

- a) — cônicos;
- b) — cônicos-invertidos.

As cristas alveolares apresentam-se:

- a) — finas;
- b) — largas;
- c) — arredondadas.

Observaremos, ainda, que essas formas diversas dos rebordos alveolares se podem apresentar, conjuntamente, em alguns casos, nos mesmos maxilares. E, assim, veremos maxilares que, em certa porção, apresentam um rebordo de forma cônica com a crista arredondada (o vértice do cone correspondendo à crista alveolar) (*) enquanto, em outras regiões, os rebordos teem forma cônica-invertida com cristas largas (o vértice do cone correspondendo ao fundo do vestibulo). (**)

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DO MANDIBULAR

O professor *COELHO E SOUZA* refere-se ao mandibular se bem que não tão detalhadamente como faz em relação aos maxilares. No capítulo concernente ao exame do mandibular do desdentado, traduz suas idéias, a este respeito, sob a forma de um esquema.

SAIZAR, embora se detenha em maiores considerações sobre as condições que possa apresentar o mandibular desdentado, não o aprecia do ponto de vista de suas características individuais.

Preenchendo esta lacuna que se nota nos compêndios de uso comum, intentaremos definir as características individuais do mandibular.

(*) Corresponde, na classificação do professor Souza, aos rebordos de paredes vestibulares salientes.

(**) Equivale, na classificação do professor Souza, aos rebordos de paredes vestibulares reintrantes.

Tamanho

Segundo suas proporções, o mandibular pôde ser:

- a) — grande;
- b) — médio;
- c) — pequeno.

Estas características não influem preponderantemente sobre a estabilidade e a segurança do aparelho prôtetico que se tenha de construir, a menos que suas proporções difiram muito das dos maxilares.

Mucosa

Segundo a consistência de sua mucosa, o mandibular pôde ser apreciado sob os seguintes aspectos:

- a) — mucosa uniformemente flácida;
- b) — mucosa uniformemente dura;
- c) — mucosa de consistência variada.

Rebordes

Segundo a altura do rebordo alveolar, o mandibular pode ser:

- a) — de rebordos altos;
- b) — de rebordos médios;
- c) — de rebordos baixos;
- d) — de rebordos com altura irregular;
- e) — de rebordos rasos.

O penultimo caso — alinea *d* — é o mais observado e tem como origem o haverem sido feitas extrações dentárias em épocas espaçadas, fato que não permitiu uma reabsorção mais ou menos uniforme dos tecidos.

+
G/16.3
P81

Relativamente aos rebordos alveolares, o mandibular pôde ser, ainda, encarado segundo a forma que os mesmos rebordos apresentem:

- a) — rebordos cônicos;
- b) — rebordos cônicos-invertidos.

Cristas do mandibular

As cristas do mandibular podem apresentar-se:

- a) — finas;
- b) — largas;
- c) — arredondadas.

Algumas vezes êsses três caracteres se reúnem num mesmo mandibular.

Linhas oblíquas

Podemos, ainda, caracterizar o mandibular de acôrdo com suas linhas oblíquas, interna e externa. Elas podem ser largas ou finas. No primeiro caso, a linha oblíqua, interna ou externa, é facilmente identificável e, no segundo, de difícil identificação.

Fossa retroalveolar. Triângulo retromolar

Outros fatores de grande importância na classificação do mandibular são a direção seguida pela fossa retroalveolar de *NEILL* e a consistência da mucosa que recobre o triângulo retromolar. A fossa retroalveolar pôde ter direção oblíqua (caso mau) ao ângulo mandibular ou mais ou menos paralela ao mesmo ângulo. O triângulo retromolar pôde estar recoberto de mucosa leve, mediana ou extremamente compressível. Ele pôde, ainda, apresentar-se largo, médio e estreito.

Língua
Soalho da boca

Na definição das características do mandibular, a língua ocupa lugar de relêvo. Temos de examiná-la e caracterizá-la de conformidade com seu tamanho, sua mobilidade, seu controle pelo cliente e consoante as modificações produzidas no *statu quo* do soalho da boca pelo seu deslocamento.

A língua pôde ser grande, média e pequena; larga ou estreita; muito móvel, normalmente móvel e pouco móvel. Do controle do paciente sobre a mesma, podemos dizer que êle é bem regular, ou mau.

Durante os movimentos da língua se produzem alterações do soalho da boca. Algumas vezes, quando a língua se projeta para fóra, o soalho da boca se desloca todo com esse movimento, derramando-se pelos rebordos alveolares. Esses casos são particularmente difíceis.

FOURNET e *TULLER* esquematizaram, de forma interessante, as alterações de posição do soalho da boca ocasionadas pela movimentação da língua. Segundo esta movimentação, êles dividem o soalho da boca em alto, médio e baixo.

Discordamos dessa classificação dos propectos especialistas americanos pela impossibilidade de ser determinado com segurança, ou mesmo sem ela, se o soalho é alto, médio ou baixo.

Para melhor precisar essa impossibilidade vamos reproduzir, aquí, o esquema de *FOURNET* e *TULLER*:

"Posição do soalho da boca em relação aos movimentos da língua

- A ————— Língua toda para fóra (Soalho alto)
- B —————
- C —————
- D ————— Língua nos bordos dos incisivos (Soalho médio)
- E —————
- F —————
- G —————
- H ————— Língua toda para trás (Soalho baixo)

+
G/16.3
P81

Segundo os especialistas americanos, os tipos A, D e H são os mais frequentemente encontrados e os outros, B, C, E, F e G são intermediários. Pela leitura desse esquema, torna-se evidente que a classificação é confusa.

Achamos mais lógico e mais claro classificar o soalho da bôca segundo a altura dos rebordos alveolares e conforme a mobilidade que êle apresenta.

Assim, para nós, o soalho da bôca pôde ser:

- a) — profundo;
- b) — médio;
- c) — raso;
- d) — normalmente móvel;
- e) — grandemente móvel.

Freios e músculos

Tambem as inserções de freios e músculos são fatores importantes nessa classificação. Elas pôdem ser:

- a) — altas;
- b) — médias;
- c) — baixas;
- d) — finas;
- e) — largas.

Saliva

A saliva deve ser, tambem, enquadrada no estudo das características do mandibular e do maxilar. Ela influe no mecanismo da adesão da dentadura completa, sobretudo, pelo seu grau de viscosidade. (1)

A saliva deve ser encarada sob dois aspectos: o da consistência e o da quantidade. Segundo a consistência, ela pôde ser flúida ou viscosa. Segundo a quantidade, ela pôde ser escassa, normal ou excessiva. A melhor é a que se apresenta de consistência viscosa e quantidade normal.

(*) Temos observado, em alguns casos, que a falta de adesão da dentadura completa coincide com a ausência de viscosidade da saliva, ou com a ausência total ou quasi total da saliva.

Autores americanos chamam a atenção para alguns raros casos de ausência de saliva e recomendam, quando porventura assim aconteça, se unte com vaselina a base da dentadura.

PSICOLOGIA DO PACIENTE

Entre os graves problemas que podem surgir para o protesista, em casos de dentadura completa, avultam, pela sua importância, o do estado mental do paciente, a sua atitude, a sua adaptação às circunstâncias de deficiência física em que se encontra, seu desejo maior ou menor de reparar o defeito físico e suas variadas reações durante o decorrer do trabalho.

COELHO E SOUZA, desde seus primeiros livros sobre dentaduras, desperta a atenção dos odontólogos para esse aspecto do exercício profissional como preponderante no êxito ou fracasso de todo e qualquer serviço protético.

Especialistas no assunto, principalmente os americanos com seu maravilhoso espírito prático, tem dedicado um especial cuidado a esse espinhosíssimo capítulo da Prótese Dentária.

Desde o momento em que o cliente se apresente, o Dentista tem necessidade de adquirir imediatamente sua confiança.

A vontade do paciente deve ser subordinada à do Dentista, porém, com muito tato, sem lhe deixar perceber que se procura convencê-lo, dando-lhe, pelo contrário, a impressão de que o Dentista é que se está valendo das sugestões do próprio cliente. Casos ha, todavia, em que o Dentista pôde falar livremente com o paciente, dizendo-lhe com franqueza o que o cliente pôde esperar de seus esforços e quanto de êxito os dois virão obter se o profissional contar com a ajuda necessária do paciente.

Para tal se alcançar é necessário conhecer, à primeira vista, qual o tipo de mentalidade a que pertence o cliente. Se o profissional não conseguir de logo identificar a mentalidade

+
6/6.2
P81

do paciente, deve entabolar com o mesmo uma ligeira palestra sobre assuntos que não tenham estreita relação com sua presença no consultório, e, por meio dessa palestra, terá logo noção da atitude mental do cliente.

Os que mais se têm entregue, no estrangeiro, ao estudo da psicologia do desdentado são os norte-americanos *HOUSE* e *CAMPBELL*.

Além deles, destacam-se odontólogos como *LANE*, *RANDALL*, *FOX*, *NEILL*, *DE VAN* e outros. Todos são acordes em afirmar que existem quatro classes de mentalidade nos desdentados completos: a *negativista* ou *antagônica*; a *receptiva* ou *filosófica*; a *histérica* ou *exata* e a *passiva* ou *indiferente*.

FOX dá-se mesmo ao luxo de descrever, com muita propriedade, fino humorismo e aguda observação, aliás, cada um dos tipos de mentalidade. Não o transcrevemos aqui por nos parecer prolixo e impróprio ao escôpo deste nosso trabalho.

Exame do desdentado sob o ponto de vista protético

As fases da construção de uma dentadura têm o mesmo grau de importância no assegurar o preenchimento dos fins a que ela se destina. Por isso, não se poderia dizer que uma é mais importante que a outra, pois todas, igualmente, concorrem para o êxito feliz do trabalho protético.

Daí a necessidade, que se impõe, do exame do meio bucal do desdentado. Uma radiografia não só das arcadas como da articulação têmporo-mandibular poderá completar o exame. Se fôr verificado algum estado patológico, este deverá, então, ser removido.

Preparada, assim, clinicamente a bôca, o profissional está apto a proceder nela ao exame sob o ponto de vista protético.

Este exame deve ser minucioso e feito com o máximo cuidado. Tudo quanto fôr observado, no decurso dele, deve ser lançado em ficha.

+
6/6
P8

Os pontos principais, a merecerem nossa maior atenção, podem ser resumidos no seguinte esquema:

EXAME	Tamanho dos maxilares	{ grande; médio; pequeno.
	Tamanho do mandibular	{ grande; médio; pequeno.
	Forma das arcadas (em relação com a face ou não)	{ triangular; quadrada; ovóide.
	Altura dos rebordos alveolares	{ Altos; médios; baixos; de altura irregular; rasos.
RESIDENTADO	Forma dos rebordos alveolares	{ cônica; cônica-invertida
	Cristas alveolares	{ finas; largas; arredondadas.
SIBO	Inserção dos tecidos moveis	{ alta; média; baixa.
	Zona de dicagem posterior (<i>post-damming</i>)	{ larga; média; fina; muito compressível; medianamente compressível; pouco compressível.
MUNTO DE	Abóbada palatina	{ profunda ou ogival; média; rasa.
MUNTA	Mucosa	{ uniformemente flácida; uniformemente dura; de consistencia variável.
	Fossa retro alveolar	{ Muito, medianamente ou pouco compressível; oblíqua em direção ao ângulo mandibular; mais ou menos paralela ao ângulo mandibular.
PROTÉTICO	Triângulo retromolar	{ largo; médio; estreito; muito compressível; medianamente compressível; pouco compressível.

	Sensibilidade bucal	{ pouco acentuada; normal; exagerada.
EXAME	Língua (segundo o tamanho)	{ grande; média; pequena; larga; estreita.
DO	Língua (segundo a mobilidade)	{ muito móvel; medianamente móvel; pouco móvel.
DESDENTADO	Altura dos lábios em relação aos rebordos alveolares	{ curto; médio; largo.
SOB O	Soalho da boca	{ profundo; médio; raso; normamente móvel; grandemente móvel.
PONTO DE	Dominio muscular	{ bom; regular; mau.
VISTA	Saliva (segundo a consistencia)	{ fluida; viscosa.
	Saliva (segundo a quantidade)	{ escassa; normal; excessiva.
PROTÉTICO	Idade	
	Sexo	
	Antecedentes pessoais	
	Psicologia do paciente	{ céptico; receptivo ou filosófico; histérico; passivo ou indiferente.

+
G/b.
P8

móvel;

Escolha do material para moldagem — Rápidas observações sobre as vantagens e desvantagens dos diversos materiais para moldagem — Escolha da moldeira metálica

ESCOLHA DO MATERIAL PARA MOLDAGEM

Feitos os exames da bôca e de posse das anotações em ficha, o profissional fará a escolha do material que deve ser empregado na moldagem.

Ha quem prefira o *gêsso*; outros, os *hidrocolóides* e outros, a *godiva* e o *gêsso* associados. Ha, ainda, os que escolhem a *pasta para moldagem* na confecção de moldes que se destinam à construção de uma completa.

Não obstante, pensamos que, para se praticar moldagem funcional que preencha todos os requisitos exigidos para a sua perfeição, os materiais que maior número de vantagens reúnem são a *godiva* e a *pasta para moldagem*.

Para justificarmos essa preferência, basta lançarmos uma ligeira vista sobre as vantagens e desvantagens dos materiais mais usados na moldagem funcional.

Gêsso:

O *gêsso* é um sulfato de cálcio semianidro, derivado da desidratação, pelo calor, do *gypso* ou sulfato de cálcio. O manejo do *gêsso* comum exige um grande habilidade do profissional devido à sua semelhança com o *gêsso* para modelagem e à dificuldade de separar o molde do modelo. De início, para sanar essas dificuldades, imaginou-se prepará-lo com soluções aquosas de clorêto de sódio que lhe diminuía a resis-

tência e apressavam o endurecimento e juntaram-se-lhe substâncias como a eosina para distinguí-lo melhor do empregado na modelagem. Com o fito, ainda, de evitar a náusea causada por êle, adicionaram-se-lhe substâncias odorizantes como cravo ou hortelã, o que lhe comunicava, também, um sabor menos desagradavel. Essas precauções, contudo, além de não serem suficientes, acarretavam grande dispêndio de tempo. Creou-se, então, o *gesso* soluvel. Este é um gesso em cuja composição entram a fécula de batata, que lhe empresta essa qualidade, corantes como o carmim ou a eosina e odorizantes como a hortelã.

Está verificado que as suas vantagens na moldagem das completas são importantes, mas não tanto que possam anular as desvantagens que apresenta para esse fim. Assim é que, se o gesso possui a vantagem de não comprimir os tecidos, essa propriedade transforma-se em desvantagem porque não permite a dicagem posterior nem o selado periférico.

Embora mais higienico que a godiva, produz náuseas frequentemente, em que pese aos odorizantes. Não admite a correção de defeitos da moldagem. Fratura-se com facilidade ao ser retirado da bôca, e nem sempre se consegue reunir, com exatidão, os seus fragmentos. Quando empregado sem certos cuidados pôde transpôr a faringe. Devido à sua propriedade de não comprimir os tecidos, o gesso poderia ser usado em nosso sistema eclético de moldagem funcional, se não fôra a facilidade com que se fratura ao ser retirado da bôca. Do exposto conclue-se que o gesso não é um material que possamos indicar para a moldagem funcional na construção de completas.

Hidrocolóides:

Os hidrocolóides, compostos elásticos, têm sua fórmula cuidadosamente guardada pelos seus fabricantes. Tudo o que se sabe deles é que sua substância básica é o agar-agar e que, provavelmente, entram na sua composição fibras de borracha, água, fibras vegetais, corantes e odorizantes. Eles são ávidos d'água e devem ser conservados dentro dela. São muito

+
G/b.
P8

higienicos, mais até que o gesso, pois, além de somente servirem para um paciente, devem ser fervidos durante dez minutos antes de serem empregados.

As únicas vantagens que apresentam, como material para moldagem na construção das completas, são as de não comprimir os tecidos e dar grande luxo de detalhes. A moldagem conseguida com o emprêgo dêles é a, do tipo anatômico e portanto o seu uso não pôde ser indicado na moldagem que ora nos ocupa, que é a funcional.

Pastas para moldagem:

Estas pastas, à base de oxido de zinco e eugenol, cuja composição integral ignoramos, oferecem todas as vantagens do gesso e dos hidrocolóides, sem, por outro lado, apresentarem suas desvantagens. São de facil manejo, não comprimem os tecidos, corrigem uma possível extra-compressão dos mesmos pela godiva quando são usadas pelo sistema de moldagens funcionais, mista ou múltipla. São perfeitamente toleráveis pelos pacientes, proporcionam um luxo quasi inexcedível de detalhes, facilitam a visão de pontos em que ha excessiva compressão e raríssimamente se fraturam. Não devem, no entanto, ser empregadas em separado, exceto em raros casos de rebasagem.

Godiva:

A godiva é um composto à base de resinas. Em sua composição entram, com destaque, o *cauri*, a *creta*, a *laca rúbia*, a *estearina*, o *talco em pó*, *corantes*, etc.

Como este material é de importância básica para a nossa técnica de moldagem funcional, vamos estudar detalhadamente as desvantagens que lhe imputam, aliás, para nós, apparentes, e as vantagens que êle proporciona.

Desvantagens:

- a) *apresenta distorções ao ser retirada.* (Em nossa opinião, isso só se verifica devido a erro de técnica e, portanto, não pôde ser encarado como desvantagem).

- b) *não é higiênica.* (O profissional, usando a mesma godiva em um só paciente, terá resolvido quase tudo quanto se refere à higiene deste produto).
- c) *comprime ou extra-comprime os tecidos.* (Estas supostas desvantagens são eliminadas com o uso de técnicas de moldagem como as de *GREENE* ou as do tipo misto ou múltiplo).

Vantagens:

- a) *Comprime os tecidos.* (Sendo a dentadura completa um aparelho muco-sustentado, tem, por isso mesmo, que comprimir os tecidos; é lógico que o material de moldagem também o faça; como, porém, a pressão dada pelo profissional não pôde ser uniforme, pontos existem em que essa pressão, se bem que indicada em outras regiões, se torna nociva; com o emprêgo da técnica de *GREENE*, porém, ou da moldagem mista, essa extra-compressão é afastada; nós preferimos corrigi-la com o uso da pasta para moldagem acondicionada em moldeira individual).
- b) *permite a correção da moldagem.* (Essa vantagem só é apresentada pela godiva e a pasta de moldagem).
- c) *luxo de detalhes.* (Com a técnica de *GREENE*, de *SUPLEE-TENCH* e outros, dá um luxo de detalhes não alcançado por qualquer material).
- d) *maior facilidade de manuseio.* (A godiva se presta a qualquer tipo de moldagem e seu manuseio não exige aparelhamentos ou técnicas complicadas como acontece com o gesso e os hidroclóides).

Do exposto conclue-se que os materiais que escolhemos para a moldagem funcional múltipla são a *godiva* e a *pasta para moldagem*.

†
016.7
P81

Dentre as godivas que o mercado nos apresenta, julgamos melhor a *Preta de S. S. White*, porque reúne, ao nosso vêr, maior número de vantagens para o nosso sistema de moldagem.

Das pastas, a que se nos afigura melhor é a de *Kelly*.

Como hoje em dia, devido às condições anormais que atravessamos, pôde deixar de ser encontrada a pasta *Kelly*, recomendamos, cheios de justificável orgulho patriótico, a *Pasta Polme*, de fabricação nacional, a qual muito pouca diferença apresenta da estrangeira.

Como material auxiliar da moldagem funcional múltipla, usamos a *cêra preta* que acompanha os dentes artificiais. Sua utilidade é proporcionar o selado periférico da moldeira individual.

ESCOLHA DA MOLDEIRA METÁLICA

A escolha da moldeira metálica deve ser feita com cuidado. A sua forma é mistér se aproxime o mais possível da forma da arcada a que se destina e é preciso que se estenda até o limite máximo que tem de abranger na bôca. Este limite é dado, na arcada superior, pelo fundo de saco e pela zona de fixação posterior. Na arcada inferior, o limite é indicado pelo fundo de saco, pelo soalho da bôca, pela extensão da fossa e pela linha mais alta do triângulo retromolar.

Ademais, a moldeira deve possuir capacidade suficiente para receber a godiva em quantidade excessiva.

No caso em que a moldeira por nós escolhida apresente alguma impropriedade, esta será removida pelos meios conhecidos, como sejam: corte com lima ou tesoura ou pedras montadas em mandril, torções por meio dos dedos ou com o auxílio de alicates, etc.

Feita a escolha da moldeira, apropriada esta ao caso e tomados, durante essa adequação, os devidos cuidados higiênicos, depositâmo-la em uma bandeja, cobrimo-la e aí deixâmo-la para tratarmos do aquecimento da godiva. Assim procedemos, porque o aquecimento da godiva é uma operação que requer o cuidado do protesista afim de que não se verifique algum incidente que possa alterar as propriedades do material.

Posição do Cliente na cadeira operatória Regras que fixam a utilização da moldeira

Queremos destacar, propositadamente, neste capítulo, a posição do cliente e as regras do manuseio da moldeira, para, na continuação de nosso trabalho, não sermos mais obrigados a elas nos referirmos. Estas regras teem aplicação em todos os tipos de moldagem até hoje conhecidos.

POSIÇÃO DO CLIENTE NA CADEIRA — ARCADA SUPERIOR

Toda vez que tivermos que praticar a moldagem da arcada superior, o cliente deve sentar-se, o busto ereto, na cadeira levada toda para frente; a cabeça deve estar a uma altura tal que o mento do cliente coincida com o cotovêlo do protesista.

O profissional, nessas ocasiões, colocar-se-á ao lado e um pouco para trás do paciente.

†
G16.7
P81



Fig. n.º 1 — Posição do paciente na cadeira operatória para moldagem da arcada superior

A fotografia acima ilustra a posição correta que se dará ao paciente, na cadeira operatória, para ser executada a moldagem na arcada superior.

ARCADA INFERIOR

Na moldagem da arcada inferior, o paciente deve estar com a cabeça um pouco para trás de maneira que, ao abrir a boca, o plano horizontal da mandíbula esteja paralelo ao plano do chão. A cadeira, para isso, é inclinada um pouco para trás e elevada até permitir que o mento do paciente esteja ao nível do ombro do profissional. Este se colocará um pouco para frente e ao lado do cliente. Desta forma, o protesista terá uma visão direta da arcada, além de proporcionar uma posi-

ção confortável ao paciente. A fotografia abaixo mostra claramente esta posição.

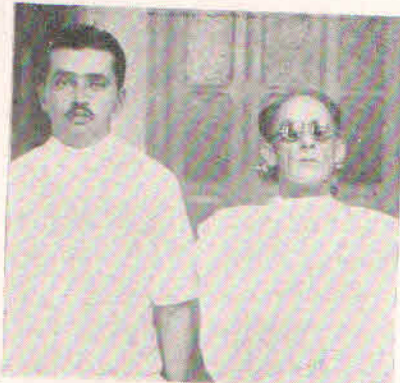


Fig. n.º 2 — Posição do paciente para a moldagem da arcada inferior.

REGRAS PARA O MANUSEIO DA MOLDEIRA ARCADA SUPERIOR

Estando em posição o cliente, o protesista pega da moldeira já preparada, esterilizada e com o material de moldagem nela acondicionado. Para melhor apreender a moldeira, o dedo polegar da mão direita do protesista deve colocar-se na parte superior do cabo, e os dedos indicador, médio e anular põem-se por baixo da moldeira, abrangendo ao mesmo tempo cabo e corpo da moldeira. Em seguida, o protesista coloca-se para trás e ao lado do paciente. Com o braço esquerdo envolve a cabeça do cliente e, com o auxílio do indicador esquerdo ou com um espelho bucal, cujo lado luminoso olha para dentro, afasta a comissura labial esquerda do paciente. A moldeira, então, é levada à boca e o seu flanco afasta a comissura do lado direito.

A moldeira é, a seguir, levada para trás até que o centro de sua goteira coincida com a crista alveolar e de forma que o cabo esteja no mesmo plano que o nariz do cliente. Segue-se, então, a fase da compressão dos tecidos ou a da moldagem

+
016.7
P81

propriamente dita. A moldeira é levada para cima e para trás até que o material se encontre com a arcada e, então, é feita a compressão. Aguarda o protesista o endurecimento do material, mantendo a moldeira em posição com os dedos médio e indicador de cada mão colocados sob o corpo da moldeira. Após o endurecimento do material de moldagem, procede à retirada da moldeira com o material nela acondicionado.

Nesta ação, os movimentos são inversos dos de introdução. A moldeira é puxada para baixo e para frente, o protesista imprime um movimento rotativo à mesma, fazendo com que o flanco afaste a comissura labial esquerda, e retira o todo da boca.



Fig. n.º 3 — Vê-se a maneira de retirar o molde da boca. Notam-se, também, as posições respectivas tomadas pelo paciente e profissional, para ser executada a moldagem da arcada superior.

ARCADA INFERIOR

Na introdução da moldeira para a moldagem da arcada inferior, o profissional coloca-se de frente e um pouco ao lado do paciente. Com o espelho bucal ou com o indicador esquerdo, afasta a comissura labial direita do paciente; apreende a moldeira, vultada para baixo, com o auxílio dos dedos polegar,

médio, indicador e anular; leva a moldeira à boca do cliente e com o flanco da moldeira afasta a comissura labial esquerda; com ligeiro movimento de rotação, centraliza a moldeira; leva a moldeira para trás até que a goteira esteja à mesma altura da crista do mandibular; realiza, então, a compressão, levando a moldeira para baixo e para trás; dispõe os dedos indicador, médio e anular de ambas as mãos sobre o fundo da moldeira e apoia os polegares sobre o mento do paciente para facilitar, assim, a manobra de compressão e para manter firme a moldeira até o endurecimento completo do material. Após o endurecimento, procede a retirada da moldeira com o material nela acondicionado e da seguinte maneira: segura fortemente o cabo; puxa a moldeira para cima; imprime ligeira rotação à moldeira para afastar a comissura labial direita e saca a moldeira.

A figura n. 4 ilustra perfeitamente este procedimento.



Fig. n.º 4 — Vê-se a maneira de retirar a moldeira inferior. Notam-se, também, as posições respectivas tomadas pelo profissional e paciente para ser executada a moldagem da arcada inferior.

+
6/6
P8

MOLDAGEM PRIMÁRIA

Pela nossa técnica não devemos procurar copiar as inserções por meio de repuxamentos dos lábios e das bochechas tanto na moldagem da arcada superior como na inferior, sendo que, nesta última, ainda é necessário evitarmos os movimentos da língua.

ARCADA SUPERIOR

Para moldarmos a arcada superior usamos uma placa e meia a duas ou mesmo duas e meia de godiva preta de *WHITE*. O aquecimento deve atingir, no máximo, 75.º centígrados para a godiva não ficar excessivamente plástica. Estando a godiva aquecida na temperatura ideal, é acondicionada na moldeira e levada à boca do paciente pela forma usual e feita a compressão com energia e continuamente.

E' indispensavel que a godiva seja colocada com excesso, afim de comprimir os tecidos, especialmente os muito móveis, até que estes atinjam o gráu máximo de distensão.

Em consequencia desse fâto, verificamos o seguinte: os tecidos moles distendidos ao máximo, sob a compressão excessiva da godiva, acabam por anular esta compressão e a godiva, então, em virtude de sua propria plasticidade, dobra-se sobre si mesma ao longo dos bordos da moldeira, dando, destarte, com exatidão, o limite da zona chapeavel.

Vemos, neste limite, o requisito mais importante da moldagem na construção das completas. A prática protética nos ensina a reconhecer, no molde, esse limite que perlonga ou circunda a godiva imediatamente abaixo da parte em que ela, começando a se abaular, dobra-se sobre si mesma por efeito da excessiva compressão com que distende, sobretudo, os tecidos muito móveis no ato da moldagem primária.

Precisamos fazer que esse limite, assim identificado, deixe o seu traço no modêlo. Para lograrmos este resultado, empregamos um meio que consiste no seguinte: avivamos no molde esse limite, recobrimdo-o a lapis-tinta ou acentuando-o com o auxílio de um instrumento ponteagudo.

Temos por finalidade, assim procedendo, conseguir que o modelo guarde fielmente os limites dados no molde.

Para traçarmos o limite posterior do molde da arcada superior, empregamos qualquer dos meios conhecidos como seja o assinalamento, a lapis-tinta, da linha de dicagem posterior na boca do paciente, a fim de que se reproduza no molde, etc.

Em geral, preferimos fazê-lo riscando no modelo uma linha reta partindo de uma tuberosidade à outra.

Nos casos de abóbada muito rasa, mandamos que o paciente faça movimentos de deglutição para que sejam estes apanhados pela godiva. Esses movimentos produzem, também, o recurvamento da godiva, e o limite posterior da moldagem se encontra logo para dentro do ponto em que se inicia o recurvamento.

Nas abobadas de profundidade média ou ogival, se bem que o limite posterior possa ser relativamente fácil de reconhecer no molde, preferimos fazer a demarcação desse limite, no modelo, pela forma acima descrita.

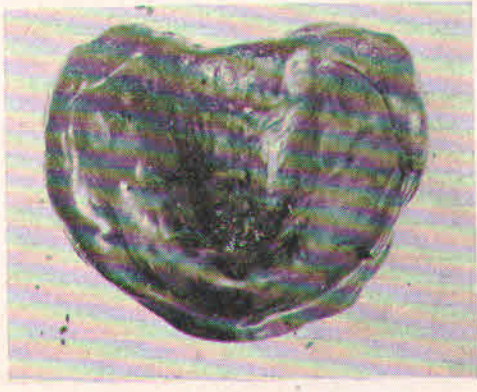


Fig. n.º 5 — Fotografia do molde primário superior sem a demarcação. Percebe-se, pelo seu exame, porém, o limite da zona chapeável se se tiver em mente a posição que acima fizemos.

6/6
PB
+

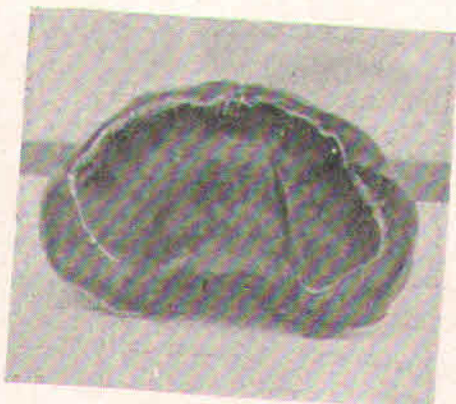


Fig. n.º 6 — Fotografia do molde primário superior já com a demarcação, acentuando o limite da zona chapeável.

Terminada a moldagem, retiramos o molde da boca, es-
treamo-lo e lavamo-lo em água corrente para que se desem-
barace da saliva e, logo após, levantamos o modelo em gesso
pedra.

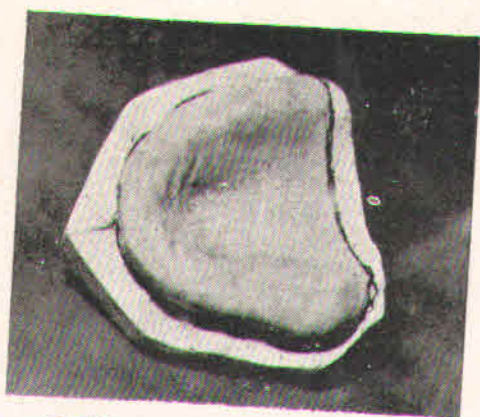


Fig. n. 7 — Modelo superior primário em que se vê a re-
produção da delimitação da zona chapeável
feita no molde.

ARCADA INFERIOR

Para a arcada inferior agimos do mesmo modo que para a superior, distinguindo-se um procedimento do outro, apenas, pela posição do cliente e do profissional.

Ainda aqui é indispensável que o paciente não mova nenhum dos tecidos e que somente a compressão excessiva pela godiva produza a moldagem dos freios e das inserções musculares. A moldagem deve estender-se, o mais possível, para trás, afim de que seja apanhado, em todos os seus detalhes, o ângulo retromolar.

Damos os limites da peça inferior, da mesma forma porque o fazemos para a superior.

No limite posterior, porém, ha maior facilidade de demarcação que no molde superior, porquanto o molde inferior desenha esse limite com flagrante nitidez, formando um perfeito ângulo com as extremidades da moldeira, como se pôde vêr pela figura n.º 9. Nesse ponto é que devemos terminar a peça.



Fig. n. 8 — Molde inferior primário tal como sai da boca do paciente.

†
G/6
P/8

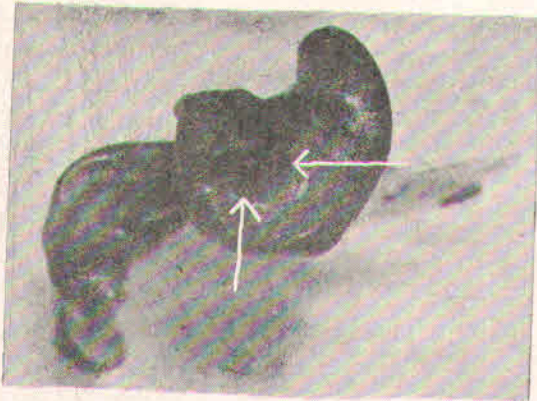


Fig. n.º 9—Molde inferior primário visto por trás. Nota-se o limite posterior perfeitamente delineado.

Terminada a moldagem da arcada inferior, retiramos o molde primário, lavámo-lo em água corrente e enxugámo-lo. Enxuto o molde, procedemos ao seu exame. Se ambos os lados do molde, na sua porção correspondente à fossa de NEILL, apresentarem-se com acentuada divergência, devêmos raspar o molde nesses pontos afim de que se estabeleça entre eles o paralelismo.

Quando essa divergência não fôr muito acentuada, pôde ser utilizada como meio auxiliar de retenção, bastando falsear um desses pontos do molde. (*)

Havendo dado êsse concôrto no molde, tomamos o cuidado de encher o espaço existente entre os ramos internos do molde com uma fôlha, de cêra parafinada recortada ou um

(*) Quando se lança mão desse recurso de estabilidade e segurança, a moldeira, individual deverá ser adaptada ao mandibular em dois movimentos, entrando primeiro o lado não falseado. Do mesmo passo, a dentadura inferior, quando fôr colocada, terá que obedecer a mesma ordem de movimentos que aconselhamos para a referida moldeira individual.

pedaço de cêra das que acompanham os dentes artificiais, tendo a precaução de prender a cêra uns dois milímetros abaixo dos bordos do molde para não deformá-los.

Preenchidos todos êsses requisitos, podemos, então, construir o modelo primário inferior, afim de que sobre êle seja confeccionada a moldeira individual. A' semelhança do superior, o modelo primário inferior deve ser construído em gêsso pedra.

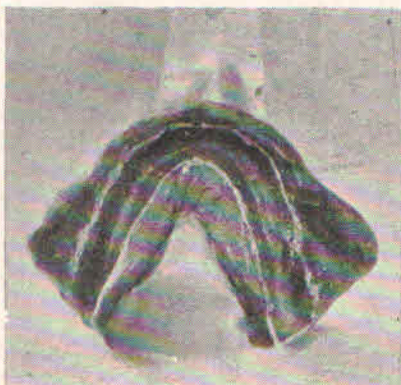


Fig. n. 10 — Molde primário inferior com a demarcação da zona chapeável e preparado para a modelagem.

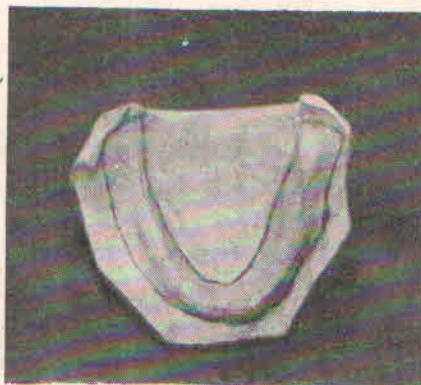


Fig. n. 11 — Modelo primário inferior com a demarcação da zona chapeável reproduzida do molde.

X
G/16
P8

MOLDEIRAS INDIVIDUAIS

Na construção das moldeiras individuais, seguimos um processo que abrevia grandemente o trabalho. Não usamos o modo de construir a moldeira em cêra para depois levá-la à mufla e agir como num caso normal de dentadura de vulcanite. Elaboramos diretamente sobre o modelo a moldeira individual de vulcanite.

Bem verdade que as moldeiras individuais pôdem ser feitas com ideal-base simples reforçada com arame, com ideal-base dupla de *STERLING* e, até, com disco de fonógrafo. Nós preferimos, porém, o uso da vulcanite não só por ser muito mais resistente para qualquer gênero de retoque que se torne necessário, como também por ser de tão fácil construção quanto outro tipo de moldeira individual.

E' o seguinte o modo de confeccionarmos a moldeira individual em vulcanite.

De posse do modelo quer seja superior, quer inferior, cortamos um pedaço de vulcanite que mergulhamos em gasolina. A gasolina ataca o vulcanite, formando um corpo mole de grande viscosidade e que tem as mesmas propriedades da pasta *Michelin* vendida para concêrtos de pneumáticos.

Enquanto aguardamos o completo amolecimento da vulcanite imersa na gasolina, recortamos uma fôlha de vulcanite, ajustamo-la sobre o modelo, seguindo a marca a lapis-tinta reproduzida nêle, afim de que tome a forma que terá a moldeira individual. (*)

Recortada por essa maneira a fôlha de vulcanite das sobras ou, se necessário, de outra folha, fazemos pequenas e estreitas tiras de vulcanite com que reforçaremos as cristas, os bordos e a zona de *post-damming*, quando se trata de moldeira para a arcada superior.

(*) Essa marca é a préviamente traçada no molde e corresponde à zona chapeável.

Por esse tempo, a vulcanite mergulhada na gasolina deve apresentar-se bastante amolecida, pastosa.

Com uma pinça ou com os próprios dedos, apanhamos a vulcanite amolecida, e a esfregamos em toda a superfície do modelo e sobre este aplicamos imediatamente a vulcanite recortada que fica, deste modo, intimamente presa ao gesso do modelo.

Devemos ter todo o cuidado para que os bordos dos recortes da vulcanite se aglutinem, afim de evitar, aí, por ocasião do emuflamento, intromissão de gesso. A união dessas beiras da vulcanite recortada pôde ser conseguida com pequenos golpes de um instrumento próprio para entulhamento da vulcanite ou de uma espátula das de cêra.

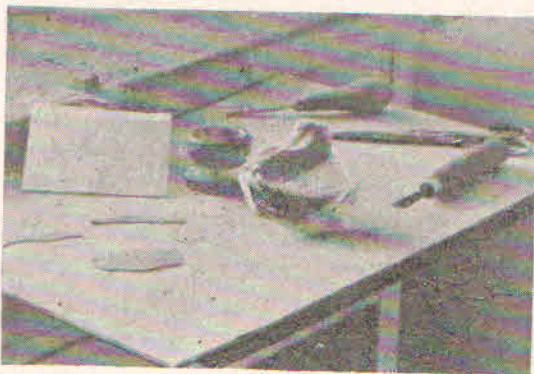


Fig. n.º 12 — Modelo untado com pasta de vulcanite dissolvida em gasolina e com parte dele coberta por vulcanite recortada.

Feito todo o acondicionamento da vulcanite no modelo, reajustamos os bordos, onde eles se apresentem afastados, com nova aplicação da pasta de vulcanite dissolvida. Procedemos, então, ao reforço da moldeira; ao longo da crista, dos bordos e de uma tuberosidade à outra, na região da dicagem posterior, (quando se trate da moldeira superior) colocamos tiras de vulcanite préviamente cortadas e fazemos com que as mesmas



X
G/6
P8

adiram ao todo com o auxílio de instrumentos apropriados a que acima nos referimos.



Fig. n.º 13 — Modelo completamente coberto de vulcanite em que se vê a maneira de se colocar o reforço.

Terminada a adaptação e o reforço da moldeira, podemos fazer um pequeno cabo com fio de platinóide recoberto de vulcanite nos pontos em que se prende ao corpo da moldeira individual e de forma tal que o platinóide não dificulte a entrada do modelo na mufla. Concluído esse trabalho, o modelo será molhado e levado à mufla que se enche completamente, vasando o gêsso de uma vez, e, a seguir, prensa-se.

Depois de endurecido o gêsso, a mufla será levada ao vulcanizador e, então, se procederá pela fórmula comum.

Concluída a vulcanização da moldeira individual, damos o acabamento, o polimento e nos aprestamos para o selado periférico e a moldagem final.

A moldeira depois de pronta não deve ter espessura que exceda à de uma fôlha de vulcanite, a não ser nos bordos, ao longo das cristas, e na zona de dicagem posterior. Visamos, com isso, dar o máximo de flexibilidade à moldeira. Da mesma maneira, julgamos que, para auxiliar o mecanismo da adesão, a espessura da dentadura, depois de pronta, deve ser igual à da moldeira acrescida da camada da pasta *Kelly*.



E' necessário não esquecermos que o terreno em que a peça protética vai agir é um terreno móvel, flexível, instável. A base da dentadura, portanto, pensamos, deve possuir também elasticidade e flexibilidade, para não entrar em conflito com as condições do meio.

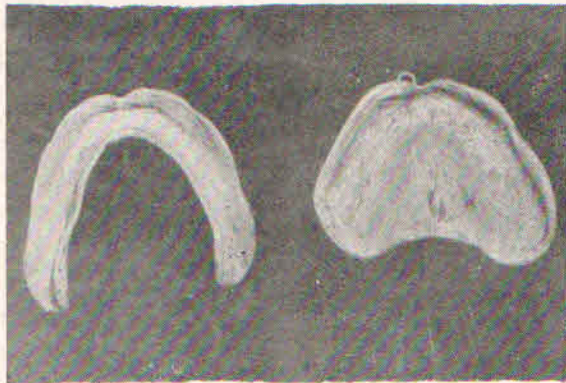


Fig. n.º 14 — Moldeiras individuais concluidas.

+

6/6.
P8

que a
nstablel,
ir tam-
conflito

Ajuste das moldeiras individuais Selado periférico

O ajuste das moldeiras individuais pela nossa técnica eclética, é muito ligeiro. A moldeira, quasi sempre, está dotada de adesão e o ajuste cinge-se à eliminação de algum ponto que esteja magoando o paciente e à revisão do limite posterior das moldeiras.

Na *arcada superior*, procedemos à revisão do limite posterior da moldeira individual, experimentando a moldeira na bôca do cliente e mandando que diga *ah!*. Se a moldeira ultrapassa o ponto em que se move o palato mole, recortamo-la até que fique um pouco mais aquém deste ponto. Em seguida, verificamos se todos os freios e todas as inserções estão tendo passagem livre, após o que a moldeira se encontra apta a sofrer o processo do selado periférico.

Na *arcada inferior*, o limite posterior é exato quando o bordo final da moldagem atinge o extremo limite do triângulo retromolar. Na parte lingual da moldeira, à altura da linha oblíqua interna, deve merecer nosso reparo o fato de que a moldeira, ao entrar e sair da bôca, não incomode o paciente. Controlamos o limite nessa região, mandando o paciente fazer com a língua diversos movimentos, tendo no entanto o cuidado de pedir-lhe que os não faça violenta e demasiadamente, e que os pratique uns após os outros. Como a peça se apresenta sempre com adesão, ela não se desloca. Se, porém, os movimentos da língua não se fazem com tanta amplitude como quando o paciente está sem a moldeira, pedimos ao mesmo que

os repita vagarosamente. Com atenção podemos notar em qual dos movimentos não ha liberdade de ação muscular. Nesse ponto, fazemos recortes ligeiros com a lima e re-colocamos a moldeira na bôca, tornando a experimentar a movimentação muscular, e, se houver necessidade, praticamos novos recortes até que o músculo possa movimentar-se livremente.

Quando acontecer a moldeira individual não ter bôa adesão, recorreremos ao selado periférico afim de a conseguirmos. Uma vez obtida, praticamos conforme as indicações feitas acima, isto é, mandamos o cliente movimentar a língua e observamos a ação muscular. Se houver necessidade, procedemos aos retoques que se imponham para depois executar a moldagem final.

Quando, porém, a moldeira nem mesmo com o selado periférico adira à arcada, é sinal evidente de que a moldagem primária não estava correta e não haverá outro jeito senão voltar ao princípio.

Ha, ainda, a acrescentar, neste capítulo do ajuste da moldeira inferior, que este ajuste é dado no vestibulo mediante a verificação da amplitude dos movimentos dos músculos das bochechas e dos lábios. Mandamos o paciente movimentar as bochechas e os lábios e observamos se ha liberdade de movimentos; se não houver, recortamos a moldeira até que os músculos tenham plena liberdade de ação.

SELADO PERIFÉRICO

Ajustadas as moldeiras, procedemos ao selado periférico das mesmas. Para isso, precisamos de:

um pedaço de cêra preta das que acompanham os dentes artificiais;

a. moldeira individual;

uma lâmpada de alcool com soprador de bôca;

uma espátula para cêra.

A cêra preta deve ser estendida em rôlo com o auxílio dos dedos, esfregando-a de encontro, por exemplo, ao vidro

T
G16
P8

de uma lasea ou da mesa de braço até que, em toda sua extensão, apresente uma espesura de, mais ou menos, três milímetros.

APLICAÇÃO DA CÊRA NA MOLDEIRA INDIVIDUAL SUPERIOR

Na moldeira individual superior, o selado periférico compreende, também, a dicagem posterior. Ele é feito aplicando, nos bordos da moldeira, pelo seu lado interno, o rôlo de cêra em toda a sua periferia, excetuando-se os pontos em que a mucosa seja muito dura e colada ao tecido subjacente.

Na zona de dicagem posterior, procede-se à disposição da cêra de modo como se vê na figura n.º 15.

Os pontos que, na figura, se apresentam com maior quantidade de cêra, correspondem aos pontos mais compressíveis da mucosa e não podem ser desprezados.



Fig. n.º 15 — Disposição da cêra na moldeira superior para ser praticada a dicagem posterior e o selado periférico.

Após a disposição da cêra, pelo modo indicado, colâmo-la na moldeira, aquecendo-a com uma espátula quente. Em seguida, com o soprador de bôca, montado na lâmpada à álcool, incidimos, levemente, a chama da lâmpada sobre a cêra, afim de que esta apresente uma superfície uniforme.

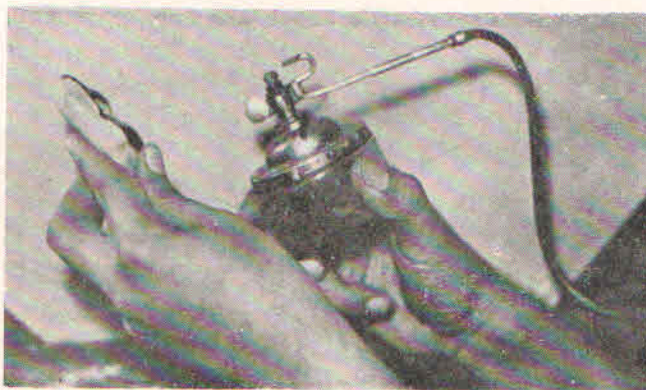


Fig. n. 16 — Maneira de aquecer a cêra do selado periférico com o maçarico de bôca.

Como o aquecimento da cêra é feito com chama fraca, à baixa temperatura, podemos, imediatamente, levar a moldeira à bôca do paciente e comprimí-la de encontro à arcada superior. A compressão tem que ser feita energicamente, porque, assim, conseguimos o extravasamento do excesso de cêra e prevenimos o traumatismo da mucosa pela dentadura com demasiado selado periférico.

O excesso de cêra deve ser removido, a cêra novamente aquecida e levada a moldeira à bôca do cliente. Em seguida, retiramos a moldeira e, verificado que não ha mais excesso de cêra, lavamos a moldeira em água corrente e levamo-la novamente à bôca do paciente. Vamos, então, experimentar a adesão possuida pela moldeira. Ela deve apresentar, após o selado, a mesma adesão que a dentadura terá depois de pronta. Verificamos isso, fazendo com o polegar, sobre as regiões dos premoiares, esforços de tração, e, com o indicador colocado sob o cabo da moldeira, esforços para deslocar a peça. Se ela não se deslocar, ou sómente isto se dêr com grande esforço, a moldeira está pronta para receber a pasta *Kelly* e não se deve insistir nas provas para não deformar qualquer ponto do selado periférico. Se a adesão não se verifica, devemos revisar o ajuste da moldeira e renovar o selado perifé-

†
6/16
P8

rico. Se, ainda assim, a moldeira não aderir é porque o defeito está no molde primário e ha necessidade de voltar ao principio. O molde primário, com certeza, não foi tomado como deveria ser e, por isso, o estabelecimento da zona chapeavel e a própria moldeira não foram executados com exatidão.

Obtido o selado periférico e constatada a perfeita adesão da moldeira, ela deve ser lavada, enxugada e colocada sobre a mesa afim de aguardar o preparo da pasta *Kelly*.

APLICAÇÃO DA CERA NA MOLDEIRA INDIVIDUAL INFERIOR

Na moldeira individual inferior não se pôde fazer o selado periférico em toda a extensão da moldeira. Pelo lado interno da moldeira correspondente à linha oblíqua interna partindo da altura da fossa de *NEILL* até atingir, aproximadamente, à altura dos premolares inferiores, não é aconselhavel colocar a cêra preta, por que essa região não deve ser comprimida em virtude de sua extrema sensibilidade e do perigo de traumatismos posteriores à colocação da dentadura.

A moldeira se apresenta, depois de colocada a cêra, como se vê na figura n. 17. A aplicação da cêra se faz do mesmo modo que na superior. O controle do selado e da adesão é tambem identico ao da superior.



Fig. n.º 17 — Moldeira individual inferior com selado periférico.

Moldagem final com a Pasta Kelly

A moldagem final com a *Pasta Kelly* póde ser feita em ambas a arcadas , em uma só sessão.

De posse das moldeiras preparadas com o selado periférico, resta-nos apenas a colocação da pasta na mesma.

Os apetrechos necessários ao manuseio da pasta são:
uma espátula fina do tipo das de cimento;
uma lâjea de vidro, fina;
um tubo de vaselina esterilizada;
um copo com água.

Colocado o paciente na posição correta na cadeira operatória, untamos-lhe os lábios com vaselina afim de evitar a aderência da pasta sobre estes ao ser introduzida a moldeira.

Depois, misturamos a pasta do modo por que consta das instruções que a acompanham e, com a espátula, espalhamo-la uniformemente na moldeira. Pedimos ao paciente que lave a bôca e levamos, em seguida, a moldeira à bôca do paciente e fazemos, com menos energia que na moldagem primária, a compressão do todo sobre a arcada e mantemos a moldeira

X
G/6.
P8

em posição até que se verifique o completo endurecimento da pasta.

Após, retiramos a moldeira e imergimo-la em um vaso com água, para proceder do mesmo modo com a outra moldeira.

Se, por acaso, houver exagerada compressão dos tecidos pela cêra do selado periférico, esse fato, quando passar despercebido, durante o controle feito anteriormente, será observado na região correspondente a esses tecidos, visto que, aí, a pasta, objetivando-o, se adelgaça tanto que deixa de recobrir a cêra ou permite entrevê-la através de fina camada. Marcamos, então, com lapis-tinta, o circuito desses pontos de excessiva compressão para que a marca seja reproduzida na dentadura já terminada. Isso tem por fim nos facilitar os retoques que se tornem necessários depois de alguns dias de uso da dentadura pelo paciente.

Concluídas as moldagens, devemos preocupar-nos imediatamente em levantar os modelos afim de prevenir qual-

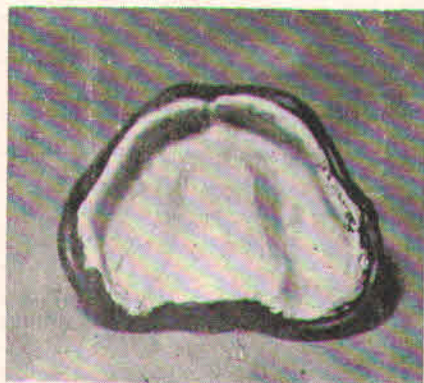


Fig. n.º 18 — Molde superior final, vendo-se o preparo da moldeira para a prática da modelagem. Notam-se, também, pequenas marcas a lapis-tinta em pontos em que ha excessiva compressão.

quer deformação nos moldes. Para evitarmos possíveis alterações dos bordos dos moldes, colocamos, na moldeira superior, a um ou dois milímetros abaixo deles, um rôlo de cêra, das que acompanham os dentes artificiais e, na moldeira inferior, além disso, na parte interna, colocamos uma lâmina da mesma cêra, ainda com o fito de não alterar os bordos do molde.

Depois de preparadas para a modelagem, as moldeiras se apresentam conforme se vê nas figuras ns. 18 e 19.

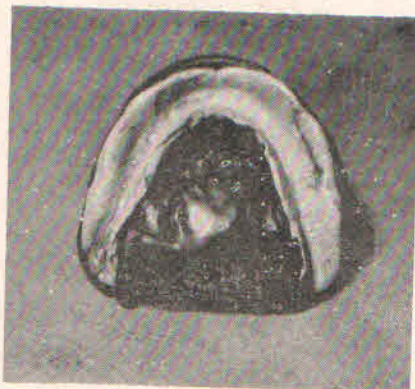


Fig. n.º 19 — Molde inferior final, vendo-se o preparo da moldeira para a prática da modelagem. Notam-se, também, pequenas marcas a lapis-tinta em pontos em que ha excessiva compressão.

†
G/6
P8

CONCLUSÕES

- 1.^a — A nossa técnica eclética permite ao profissional ser exclusivista, porquanto é de tão simples execução que lhe faculta o completo domínio dela.
- 2.^a — Preenche, geralmente, os dois requisitos fundamentais de uma moldagem perfeita: — exato contôrno periférico e rigorosa adaptação superficial.
- 3.^a — Proporciona ao profissional o meio de evitar compressões exageradas.
- 4.^a — Reduz o dispêndio de tempo, o que é agradável ao paciente.
- 5.^a — Póde, se bem que não seja infalível, ser aplicada na generalidade dos casos.

BIBLIOGRAFIA

- MERFINO ETHER** — Moldagem em Prothese Bucco Facial.
- ALBERT LELAND LE GRO** — La Prótesis Dental En Porcelana.
- MERICO BARREIRA** — Prothese Dentaria.
- MERICO PEIXOTO** — Noções de Prothese Dentaria.
- MIGUEL O. PISACO Y OSCAR M. ALDECÓA** — La Pratica Del Metodo Indiréto En Odontologia.
- AUGUSTO COELHO E SOUZA** — Coróas e Pontes. (edições de 1929 e 1938).
- AUGUSTO COELHO E SOUZA** — Dentaduras. (edição de (1932).
- AUGUSTO COELHO E SOUZA** — Estabilidade das Dentaduras Duplas (Revista de Odontologia, Vol. I nos. I, II e III).
- AUGUSTO COELHO E SOUZA** — Moldar a Bôca (**Brasil Odontológico**, ns. 11 e 12 do Ano VIII).
- AUGUSTO LOPES PONTES** — A técnica de **Green**. Suas vantagens. — Da moldagem e modelagem, na Protese Dentaria. — Estado comparativo das diversas técnicas de moldagem. — Dentaduras Duplas — Em tórno das completas. — (Conferências e lições).
- BRASÍLIO CARPENTIERE** — Dentaduras Sem a Parte Palatina (**Boletim Odontológico Da Associação Central Brasileira de Cirurgiões Dentistas**, n.º 42 do Ano XII).
- CARLOS ALDROVANDI** — Dentaduras Sem Abobada Palatina.
- FRANÇOIS A. HARRIS ET PH. H. AUSTEN** — Traité Théorique Et Pratique de L'Art Du Dentiste (Traduit de L'Anglais sur la deuxième édition par le Dr. E. Andrieu).
- CHARLES R. TURNER e L. PIERCE ANTHONY** — Tratado de Prótesis Dental (Edição Espanhola).
- CHRISTIAN BRUHN E CARL PARTSCH** — La Escuela Odontológica Alemanha — Tomo 3.º — Prótesis Odontológica.

- D. D. ATKINSON — Modo de tomar Impressões pelo processo Greene (Extraído de *Dental Cosmos* para a *Revista Odontologica Brasileira* — Fasc. X, ano V, Vol. III).
- DURVAL DE PAIVA — Do Histórico da Prothese Dentaria. (*Odontologia Internacional* n.º 2 do Ano II).
- E. ANDRIEU — *Traité De Prothèse Buccale Et De Mécanique Dentaire*.
- E. CHAREZIEUX — *La Prothèse Dentaire Indispensable*.
- EDOUARD FRITEAU — *Manuel Du Candidat Aux Examens De Chirurgien Dentiste (Volume de Prótese)*.
- ELBERT BRITTEN OWEN — O Methodo em Prothese — (Traduzido de *Dental Summary* para a *Revista Odontologica Brasileira*, n.º 2 — Vol. VI do Fasc. II, por O. de S.)
- EUGENE W. SKINNER — *The Science Of Dental Materials*.
- FREDERIK F. MOLT — *Preparation Of The Mouth For Dentures (The Dental Magazine — Abril, 1926)*.
- GEORGE WOOD CLAPP — *Prosthetic Articulation*.
- GUILVERMO A. BIZZOZERO — *Dentaduras Completas Inferiores. Técnica de Fournet y Tuller*.
- HANS TÜRKHEIM — *Manual De Prótesis Clínica*.
- HART J. GOSLEE — *Teoria Y Prática De La Técnica De Coronas e Puentes Odontológicos*.
- HERMAN P. HURLONG — *Impresiones Seccionales Y Vaciado En Una Sola Pieza De Chapas Parciales Sistema Roach — (Revista Dental, n.º III do Ano XIII)*.
- HORTON D. KIMBALL — GESSO (Estudo das propriedades do gesso e do efeito das variações de sua manipulação) — Traduzido para *Resenha Mensal*, ns. 113-114, Fevereiro e Março de 1935.
- ITALO A. BRACCO — *Toma De Impresiones Para Dentaduras Completas Con La Composicion De Modelar (Trabajo Presentado Para Optar Al Profesorado Suplente De La Catedra De Prótesis Dental)*.
- JACOB W. GREENE — *New Method Plate Work*.

†
G/6.
P8

- A. VIEIRA SALGADO — Tratado Pratico De Prothese Dentaria.
- JOSE MARIA QUIROGA — La Técnica De Fournet y Tuller.
- L. A. HAWKES — Chapas Completas Sin Paladar — Transcrito de Ora Higiene por La Tribuna Odontologica, de Março de 1932 — n.º 3, do ano XVI.
- LEE WALTER DOXTATER — Full And Partial Denture Prosthesis.
- LEE WALTER DOXTATER — Dentaduras Completas Y Parciales (Tradução de Ricardo César Guardo e colaboração de José Maria Quiroga).
- LEGER — DOREZ — Traité de Prothèse Dentaire.
- MAURICE WISNER — Prothèse Dentaire.
- OTHELO GONÇALVES — Aperfeiçoamento das Sucções Nas Dentaduras Superiores (Boletim Odontológico Da Associação Central Brasileira De Cirurgiões-Dentistas — N.º 38, do Ano XI).
- PAUL MARTINIER E GEORGE VILLAIN — Prothèse (edições francesa e hespanhola).
- PAUL MARTINIER — Clinique De Prothèse Dentaire.
- PEDRO DE FREITAS — Prothese Dentaria.
- PEDRO SAIZAR — Prótesis a Placa (2.ª e 3.ª edições)
- PENDLETON — Técnica de Moldagem (Folheto de S. S. White Mfg. Co. Of Brazil).
- FREISWERCK-CHOMPRET — Atlas-Manuel de Prothèse Dentaire Et Buccale.
- FREISWERCK-CABALLERO — Atlas Y Tratado De Prótesis Dental Y Bucal.
- RAYMOND K. HYDE — Interpretação Da Técnica De Impressões Inferiores Fournet — Tuller.
- R. DE PEREIRA E MAIA — Metalurgia. Prothese e Mecânica Dentaria.
- RICHARD AUGUSTO CRESPI — Prótesis Parcial Movable. Sistema Del Dr. Roach.
- RICARDO AUGUSTO CRESPI — Impresiones a "bóca cerrada" La Tribuna Odontológica, n.º 5, ano XVI, Março de 1932).

RIOBERTO BLANCO — Algunos de Los Principios Básicos para Obtner El Máximum De Estabilidad En Las Dentaduras Inferiores Completas, Según La Técnica Maravillosa De Los Dres. Fournet Y Tuller. (*La Tribuna Odontológica*, n.º 3 do Ano XXIII, Março de 1939).

RIGOBERTO BLANCO — Dentaduras Inferiores Completas, Sistema de Fournet-Tulier — Conferencia lida, em Maio de 1939, na Associação Odontológica Argentina e publicada em *La Tribuna Odontológica*, n.º 6, do ano XXII e no *Brasil Odontológico*, Ano XVI, n.º 1 do Vol. XVI de Julho de 1939.

RUPERT E. HALL — Técnica de moldagem (Folheto de S. S. White Mfg. Co. Of Brazil: *Publicações Didáticas* n. 4).

RUPERT E. HALL — Retenção Das Dentaduras Completas (Traduzido da *Dental Review* por O. de S. para *Revista Odontológica Brasileira*, ns. 3 e 4 do Vol. VI, Ano VII).

RUSSEL W. TENCH — Cinco Pontos Essenciais Para O Bom Exito Nos Trabalhos De Chapa Completa (Tradução de R. Lassance Cunha para *Brasil Odontológico*, Março de 1935 — Vol. 1, n. 9 e seguintes)

S. S. WHITE DENTAL MFG. CO. OF BRAZIL — Moldagem por seções. Moldagem sob pressão mastigatória, etc. (Folheto: *Publicações Didáticas*).

S. S. WHITE DENTAL MFG. CO. BRAZIL — Godivas. Química, propriedades — *Resenha Mensal* n.º 114, Março de 1935.

THE ALMAGAMATED DENTAL — Dentocoll — Uma Materia De Impressão Elástica (Prospecto).

VICTOR A. SEARS — "Charlas Protésicas". (*Progreso Dental — Edição Latino-Americana*, ns. 3, 4, 5, 6, 7 e 8 do ano II, Fevereiro a Agosto de 1935).

+
GH
PS