

Sped. in abbon. postale - Gruppo III
(Pubblicazione mensile)

RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI
SOCIETA' ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ANNO XI

N. 2

FEBBRAIO 1956

DIRETTORE

UMBERTO SARAVAL

Primario Stomatologo Osped. Civile
VENEZIA

⊕

COMITATO DI REDAZIONE

A. ARLOTTA (Milano)
N. L. CALARESE (Napoli)
L. CASOTTI (Torino)
E. GRANDI (Trieste)
O. HOFFER (Milano)
G. MACCAFERRI (Parma)
L. MARZIANI (Roma)
P. L. MASI (Firenze)
L. RUSCONI (Parma)
F. RUSPA (Torino)
F. VICHI (Firenze)

⊕

AMMINISTRATORE

UGO ROTELLI

Calle Ballotte 4866 - Telef. 22-928
VENEZIA

In questo numero:

**studio morfologico ed anatomo-chirurgico
del n. faciale;**

**rapporti fra le fosfomonoesterasi alcaline
del siero e delle cisti dei mascellari;**

**osservazioni stomatologiche su individui
in periodo di senescenza e di senilità;**

**aspetti medico-legali degli impianti allo-
plastici a sostegno di protesi dentale;**

contributo storico;

libri nuovi;

rassegna della stampa;

sommarii di periodici;

congressi, convegni e conferenze;

notiziario;

necrologi.

AMMINISTRAZIONE: U. Rotelli, Venezia, Calle Ballotte 4866

ISTITUTO DI CLINICA ODONTOIATRICA E PROTESI DENTALE
DELL'UNIVERSITA' DI GENOVA

Direttore: Prof. J. BRIASCO

Aspetti medico-legali di una terapia nuova: impianti alloplastici a sostegno di protesi dentale

(Comunicazione al IV Congresso Internazionale di Medicina Legale e di Medicina Sociale
Genova, Ottobre 1955, ed al II Convegno Lombardo-Ticinese di Cultura Stomatologica,
Campione d'Italia, Novembre 1955)

Dott. CHIARINI G. C.

Ass. Vol. al Reparto Chirurgico
(dirigente: Prof. V. Mela)

« Quando si gioca con la scienza una sorta di vertigine può colpire colui che dirige il gioco; egli perde il senso dell'umano ».

Con queste parole di R. SAVATIER inizieremo a trattare di un argomento che, seppure interessante, presenta aspetti ancora così poco chiari da farci soffermare un attimo a riordinare la nostra mente, sebbene siamo a volte sospinti là ove non dovremmo dall'ansia della ricerca, dalla devozione verso la tecnica, dalla dedizione alla medicina.

E' oggetto del nostro studio una terapia nuova: gli impianti alloplastici a sostegno di protesi dentale. A rigor di termini, questa non è una terapia nuova e chi voglia ricercare i dati storici di questo intervento troverà che il tentativo risale ad epoche remotissime. Infatti troppo allettante è la sostituzione dei denti perduti mediante gli innesti nel tessuto osseo di elementi artificiali; per cui, a distanze più o meno ravvicinate, si leggono lavori di Stomatologi che, a mezzo di tecnicismi diversi, cercano di affrontare questo problema. Non quindi di terapia nuova in senso assoluto si può parlare, ma di impulso che gli impianti alloplastici hanno avuto in questi anni del dopoguerra tanto da assumere caratteristiche divulgative e quindi sociali da far sì che una tale terapia venga considerata come intervento nuovo, sottoposto quindi al vaglio degli aspetti medico-legali che può presentare.

E' qui necessario fare il punto su questi impianti alloplastici ed a tal uopo ci serviremo di quanto è stato detto e scritto da molti AA. che sostengono un tale intervento.

Gli impianti dentali possono venir classificati in:

- | | | | |
|------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| 1) Impianti dentali naturali | } | a) a completo sviluppo | |
| | | b) di germi dentali | |
| 2) Impianti artificiali | } | secondo il materiale usato | in porcellana |
| | | | in metallo |
| | | | in acrilico |
| | } | secondo la tecnica | sottomuscoperiostei |
| | | | intraossei (endomascellari) |

Mentre gli impianti dentali naturali rappresentano casi sporadici per la limitazione delle indicazioni, gli impianti artificiali rappresentano l'argomento di cui ci interessiamo e sono di gran lunga più numerosi, mentre hanno destato appunto in questi ultimi anni un interesse sempre maggiore da parte degli Stomatologi e dei pazienti.

Il CIRIELLO, pur descrivendo tecniche molto perfezionate di *impianti endomascellari* nella sua correlazione al Congresso Nazionale di Stomatologia nel 1954, concludeva che « in ogni caso, il punto debole si deve ravvisare nella risposta dei tessuti organici circostanti: riassorbimento più o meno completo della radice naturale, fissazione troppo lassa o addirittura espulsione del pilastro artificiale ». Anche il MARZIANI, nella relazione al medesimo congresso, affermava che in linea di massima non si sono mai avuti buoni esiti con le innumerevoli varianti degli impianti endoossei. Quanto agli *impianti sottomuco-periostei*, noi non entreremo dettagliatamente in merito alle tecniche più diverse con le quali si praticano questi interventi; tuttavia, per chiarire l'argomento, diremo che tali tecniche si possono ricondurre a tre tipi fondamentali:

1) Impianto che, oltre alla struttura sottomuco-periosteale, si serve di viti per infibulazione, per transfissione ecc., onde aumentare la ritenzione;

2) Impianto che, per la ritenzione, estende moltissimo la sottostruttura metallica senza servirsi di nessun altro accorgimento;

3) Impianto che affida la ritenzione della sottostruttura metallica al cerchiaggio perimandibolare.

Quanto alla prima tecnica, essa soggiace agli stessi inconvenienti citati dal CIRIELLO e dal MARZIANI per gli impianti endomascellari.

La seconda tecnica appoggia l'impianto sottomuco-periosteico senza nessun'altra ritenzione che quella offerta dalle eventuali fibre connettivali, che nel tentativo di una riparazione dovrebbero invadere la maglia della sottostruttura. La terza tecnica non ritiene sufficiente questa sola ritenzione e procede al cerchiaggio perimandibolare.

Naturalmente il meno lesivo di questi interventi è quello praticato con la seconda tecnica, ma anche essa si presta a numerose riserve di ordine biologico che vengono considerate e interpretate in modo non sempre risolutivo dai vari AA. e dallo stesso MARZIANI. Questo A. infatti afferma che « tra osso ed impianto si forma, quando quest'ultimo sia costruito « lege artis », un tessuto che ha tutte le caratteristiche di un normale connettivo atto ad estrinsecare la sua funzione di resistenza alla trazione, come è dimostrato dalla ricchezza di fasci collageni »; ma se tutto questo è ammissibile e possibile in un impianto che non abbia a subire nessuna sollecitazione funzionale, non pare sufficiente per la ritenzione di una sottostruttura metallica soggetta ad una attività masticatoria che è, praticamente, continua. Il connettivo, infatti, tende sì ad invadere con tralci fibrosi la rete della sottostruttura, ma sotto stimolo funzionale di pressione e trazione (ammesso che siano trascurabili le forze di lateralità) non può che comportarsi come un tessuto di granulazione la cui funzione biologica preminente è quella di espellere.

Un punto importante da chiarire è quello dei pilastri che fuoriescono dalla sottostruttura metallica attraverso la mucosa. Da tale soluzione di continuo della mucosa, vero « locus minoris resistentiae », non ostante pareri diversi in proposito, per la mancanza dell'attacco epiteliale funzionante come barriera difensiva, così come si verifica secondo le leggi della parodontologia, si possono diffondere facilmente processi infettivi.

Per quanto concerne la ricerca sperimentale su cui dovrebbe basarsi il fondamento biologico degli impianti, il MARZIANI stesso dice: « le ricerche sin'ora compiute giungono a conclusioni drastiche sulla base di sperimentazioni condotte su pochi animali mediante reticoli, lastre, perni, ecc. I loro risultati sono perciò privi di valore assoluto non essendo stati adeguatamente considerati i fattori biologici e tecnici necessari ». PALAZZI afferma che essendo necessario ap-

profondire la questione dei rapporti fra sottostruttura ed osso e fra sottostruttura e tessuti mucosi che la sovrastano, le difficoltà sono notevoli poichè per un esame corretto si dovrebbe arrivare ad ottenere una sezione la quale interessasse, dall'alto al basso, mucosa, periostio, sottostruttura, osso.

Ciò si può ottenere, forse, con preparati ad usura, tecnica questa che non ci consta essere stata adottata da quanti hanno studiato istologicamente le reazioni dovute ad impianti alloplastici a scopo protesico.

Un punto cui si è voluto dare particolare importanza per la efficienza di questi impianti, è la scelta dei metalli. Il MARZIANI riferisce di fatti di osteolisi a livello di viti e di filo per legature e cerchiaggi, fenomeni di intolleranza dei tessuti a placche e a nastri, con flogosi, suppurazioni ecc. la cui interpretazione viene riportata alla natura del metallo, a fatti isoelettrici, a condizioni biomeccaniche dell'impianto. Il metallo, indiscutibilmente, gioca un ruolo importante; ma nessun metallo, ne fanno fede gli studi più attendibili degli ortopedici che hanno una esperienza datata ormai da molti anni, può dirsi perfettamente inerte nell'organismo.

Rilevato così il problema biologico locale, dobbiamo ora prendere in considerazione quello che sarà il problema biologico generale, in quanto, ammesso che un impianto possa persistere anche un certo tempo in sito, l'organismo può anche non rimanere inerte di fronte a questo « stimolo focale », di per sè elettrochimicamente tossico, meccanicamente mal tollerato, facilmente settico.

Sulla tolleranza delle endoprotesi ci riferiamo per ovvie ragioni all'esperienza che ne hanno gli ortopedici ed al riguardo si è ritenuto opportuno rivedere l'opinione che questi specialisti hanno di tali materiali, come li usano, le indicazioni che li inducono ad usarli. Il DELITALA, nella conferenza introduttiva al tema di relazione al Congresso di Venezia del 1954, dimostra le numerose indicazioni di tali impianti nella sua specialità ed afferma: « tutti ben riusciti? Non direi: alcuni rappresentano tentativi, altri sono errati nella indicazione » e più oltre: « da un punto di vista generale si deve preferire quando appena sia possibile il trapianto osseo, etero, omo, autoplastico a qualsiasi corpo estraneo, perchè l'osso vive, cresce, muore, colla parte che lo ospita. Non vi è dubbio che le endoprotesi rappresentino un mezzo di cura di grande valore ed efficacia. Sta nella

abilità, nella esperienza del chirurgo il saper trarre tutti i possibili vantaggi, senza che la tecnica, per nuova, ardita, efficace che sia, tradisca i principi della fisiologia e della clinica ».

All'esperienza di un grande ortopedico come il DELITALA fanno eco gli studi di numerosi altri. Lo STRATA ha approfondito il problema sulla reattività dei tessuti ai corpi metallici, concludendo che anche per metalli considerati ben tollerati perchè non danno fenomeni clinici di sofferenza dei tessuti, non può essere esclusa, per quanto lieve e lenta, una azione necrotizzante. Ciò è confermato dai preparati dell'A. che hanno messo in evidenza zone necrotiche proprio su di un tessuto di riparazione nella zona di contatto con le superfici metalliche. Lo STRATA conclude dicendo: « posta la indicazione del mezzo metallico è sempre consigliabile, a risultato ottenuto, nei casi in cui ciò sia possibile, la rimozione ».

Un altro ortopedico, l'ASCOLI M. nella relazione al XXXV Congresso della Soc. Italiana di Ort. e Traumatologia tenuto a Roma nel 1951, ha riferito i suoi studi effettuati in condizioni tecniche e biologiche perfette, sulla tolleranza ai metalli usati in endoprotesi ortopediche. L'intolleranza secondo tale A. si è dimostrata, di massima, con lo stabilirsi di seni fistolosi che conducevano sul corpo estraneo metallico e che si chiudevano con la asportazione della protesi. Più che i nastri ed i fili, dimostravano intolleranza le placche. Il vitalium era il metallo meglio tollerato. Nei casi specifici l'ASCOLI ha rilevato il 34% di intolleranza per la clavicola e questo in rapporto alla mobilità, senza dubbio, di tale osso. Nel 1954 l'Am. Academy of Orthopedic Surgeons ha formulato un invito per una maggiore cautela per l'impiego di endoprotesi.

Analizzato il problema nelle sue linee essenziali e riferita la opinione di molti A.A. sulla possibilità biologica di impianti alloplastici a scopo protesico, non ci resta che tentare di trarre la conclusione riassuntiva di quanto esposto. Allo stato attuale delle nostre conoscenze, gli impianti alloplastici non hanno un fondamento biologico accettabile, quindi le esperienze cliniche riferite da molti A.A. vanno interpretate con molte riserve, mentre i pericoli di insuccesso, a maggiore o minore distanza di tempo, sono notevoli. Gli stessi ortopedici che si servono di tali materiali da molto tempo, trovano giustificato il loro impiego solo quando le indicazioni non consentono

soluzioni migliori, ed anche in tale caso, li considerano di uso temporaneo e preferiscono riservarsi la possibilità di una rimozione della endoprotesi. Da queste premesse emerge quindi un bilancio scientifico negativo per quanto concerne la possibilità biologica di impianti alloplastici e ne consegue un bilancio scientifico che costituisce la base delle considerazioni medico-legali che esporremo in seguito.

* * *

In tema di responsabilità professionale del medico, paiono sempre più utili le precisazioni e la conoscenza degli obblighi che ne regolano la attività. Infatti il concetto di limitazione della potestà del medico risale al tempo in cui nell'ambito della società organizzata si è qualificata una determinata attività il cui scopo era quello di curare gli infermi.

In generale possiamo dire col GRISPIGNI (citato da INTRONA) che, per trattamento medico-chirurgico si deve intendere la modificazione dell'organismo altrui compiuta *secondo le norme della scienza* per migliorare la salute fisica o psichica delle persone. D'altronde nella attuazione di una terapia, il consenso del paziente non giustifica il medico che trascuri il precetto di agire secondo le norme della scienza, sia perchè il consenso del malato è addirittura irrilevante (CARNELUTTI), sia perchè, in base ad un elementare principio giuridico, esso può discriminare solo le lesioni lievissime e lievi, non le gravi o le gravissime, perseguibili di ufficio.

Tuttavia può sussistere in medicina la *incertezza scientifica* che non va intesa come contraria al concetto: « secondo le norme della scienza »; bensì contro tali norme si devono ascrivere quelle terapie che non sono suffragate da serio controllo sperimentale. La limitazione terapeutica che trapela da queste concezioni, non deve interpretarsi come un tarpare le ali ai precursori, un impedire ragionevoli tentativi di progresso, ma deve intendersi come strumento di difesa della persona umana che impone all'esercizio della medicina una limitazione e una dirittura che il medico deve avere e dalla quale non deve derogare.

E' certo che in *materia opinabile*, l'esercente l'arte sanitaria non risponde del male cagionato (CATTABENI). Ma nel caso di impianti

alloplastici a sostegno di protesi dentale, siamo in campo opinabile? Se accettiamo le affermazioni dei sostenitori di un tale intervento può essere che si rimanga in tale campo; ma se ci rifacciamo alle accennate premesse biologiche di questa terapia, il campo è nettamente inopinabile e sfavorevole ad una tale pratica. Ad aggravare la situazione, poi, vi sono anche in questo senso gli estremi della *temerarietà professionale* secondo MANZINI, che si riferisce all'opera del chirurgo il quale, potendo agire in modo facile, ricorre ad operazione insolita ed audace, producendo danno al malato. E' qui che si incontra il confine fra colpa e dolo, fra reato colposo e preterintenzionale, fra temerarietà colpevole e dolo professionale; ed è appunto quel che accade nella terapia di significato sperimentale che non è giustificata dalla mancanza di altri mezzi terapeutici. E' questo il caso degli impianti alloplastici a sostegno di protesi, in quanto con tecniche aggiornate, si possono ottenere buoni risultati protesici, senza correre i gravi rischi legati agli impianti.

AmMESSO che il paziente richieda un tale intervento, il problema potrebbe trasferirsi al campo della chirurgia estetica la cui liceità, una volta opinabile, oggi è indiscussa. Infatti perchè un intervento chirurgico sia lecito dovrebbe essere necessario (BETTIOL); ma, volendo superare questa concezione rigorista e considerare in generale necessario anche l'intervento a scopo estetico, nel corso di tale atto operativo, tuttavia, interviene tra specialista e paziente un rapporto di tipo contrattuale con una obbligazione di risultati. Il medico cioè s'impegna moralmente nel risultato che, se negativo, non giustifica l'intervento praticato. In caso quindi di semplice risultato negativo, anche senza altra conseguenza, la responsabilità civile viene a gravare sull'operatore. Una responsabilità quindi indiscutibile anche per coloro che praticano impianti alloplastici a scopo protesico.

Ci chiederemo: e le endoprotesi ortopediche?

La necessità di tali interventi giustifica ampiamente il loro impiego i cui aspetti medico-legali, tuttavia, rivelano un certo interesse. Secondo CAPPA e FONZONE i soggetti portatori di endo-protesi metalliche ortopediche non dovrebbero considerarsi mai guariti in quanto sono possibili aggravamenti a distanza. Infatti tali A.A. riconoscono nel corpo estraneo uno stato potenziale di possibili future intolle-

ranze. FUSI ritiene l'endoprotesi ortopedica un rischio operatorio di media entità che in caso di insuccesso deve lasciare impregiudicata la possibilità di eseguire altri interventi. Quindi anche dal punto di vista ortopedico la situazione delle endoprotesi è tutt'altro che scevra di inconvenienti, talchè possono venir giudicati come non guariti i pazienti portatori di parti metalliche.

Abbiamo esaminato così la situazione biologica degli impianti alloplastici a sostegno di protesi, ed abbiamo potuto concludere che essa è nettamente negativa e che l'indagine sperimentale è insufficiente ed insufficientemente praticata. I risultati clinici vantati da molti A.A., d'altronde, sono limitati soprattutto ad un breve periodo di osservazione e frequentemente ad un numero limitato di casi. Pertanto, ove intervenisse l'insuccesso con danno più o meno grave per il paziente, non potrebbero mancare i riflessi medico-legali di un tale intervento. Infatti abbiamo visto come sia irrilevante il consenso del paziente a sottoporsi ad un tale atto operatorio. Ed abbiamo rilevato come gli impianti alloplastici a sostegno di protesi non possono venire considerati materia opinabile su cui sussistano divergenze di vario ordine, in quanto la sperimentazione è insufficiente e le basi biologiche, come ripetiamo, assolutamente infondate.

Siamo quindi nel campo della temerarietà professionale secondo MANZINI, che si riferisce all'opera del chirurgo il quale potendo agire in modo facile ricorre ad operazione insolita ed audace producendo danno al malato. Seppure siano più confortevoli per i pazienti le protesi ancorate, oggi siamo giunti ad un tale grado di perfezione nella attuazione delle protesi con appoggio totalmente gengivale, che non potremmo abbandonare quest'ultime per correre l'alea di un intervento non certamente complesso, ma verosimilmente negativo ad una più o meno lunga scadenza. Ricorreremo piuttosto alla chirurgia pre-protetica nei casi ove questa sia più indicata. Valgano inoltre nel nostro campo le stesse considerazioni che i medici legali hanno fatto unitamente agli ortopedici a proposito dei portatori di endoprotesi: questi ultimi sono, almeno potenzialmente, dei non guariti in quanto sono possibili aggravamenti a distanza (CAPPA e Coll.). Abbiamo preso in considerazione, altresì, la possibilità di interpretare come intervento estetico l'impianto alloplastico a sostegno di protesi, ma anche in questo senso l'insuccesso porta il chirurgo a risponderne di

fronte al cliente e alla legge, in quanto in materia di interventi estetici, i rapporti fra medico e paziente sono a tipo contrattuale con una obbligatorietà di risultati. Comunque venga esaminato il problema, pertanto, è sempre confermata la responsabilità del medico in caso di insuccesso per impianti alloplastici a sostegno di protesi, sia questo insuccesso immediato o a distanza.

La entità del danno, naturalmente, avrà una importanza fondamentale nella valutazione della responsabilità che potrà essere civile e penale, o soltanto civile in rapporto alla gravità del danno stesso che potrà andare dalla semplice deiscenza della endoprotesi fino alle più gravi osteiti ed osteomieliti, con compromissione più o meno rilevante di tutta la impalcatura ossea, senza contare gli eventuali rapporti fra impianti e malattie generali intercorrenti od anche fra impianti e tumori in sede orale.

Su la scorta di queste premesse di ordine rigidamente scientifico e dottrinale, emerge la finalità di questo mio contributo allo studio degli aspetti medico-legali degli impianti alloplastici a sostegno di protesi dentali, che tende a richiamare lo stomatologo alla necessità di valutare attentamente questi concetti prima di applicare tale terapia per le non lievi conseguenze che possono derivarne, mentre ci auguriamo che attraverso un ulteriore progresso e un più completo e severo studio sperimentale, si possa anche giungere a risolvere il problema degli impianti alloplastici. Ma lo studio sperimentale deve essere alla base di ogni applicazione terapeutica nuova, la cui innocuità deve essere accertata ed indiscussa soprattutto quando altri mezzi consentono di risolvere il problema terapeutico. Concetti questi che abbiamo potuto ascoltare nella relazione tenuta in questo stesso Congresso dal PIÉDELIEVRE, relazione improntata appunto al massimo rispetto della personalità umana negli interventi medico-chirurgici sia diagnostici che terapeutici. Nè, d'altronde, lo scienziato ha il diritto di infrangere questo rispetto con tentativi che, come dice SAVATIER, fanno perdere il senso dell'umano.

RIASSUNTO. — L'A. ha rilevato i riflessi medico legali che interessano gli impianti alloplastici a sostegno di protesi dentale. Questa terapia nuova deve essere valutata anche sotto questo punto di vista, in rapporto all'aspetto biologico del problema. L'A. richiama l'attenzione sul fatto che può derivare una responsabilità civile e penale per le conseguenze dannose che un tale intervento può provocare.

RÉSUMÉ. — L'Auteur a examiné les réflexes médico-légaux, lesquels concernent les implantations alloplastiques à soutien de prothèses dentaires. Cette nouvelle thérapie doit être évaluée aussi sous ce point de vue par rapport à l'aspect biologique du problème. L'Auteur attire l'attention sur le fait qu' une responsabilité civile et pénale peut dériver à cause des conséquences nuisibles qu' une telle intervention peut provoquer.

SUMMARY. — The Author has examined the legal medical reflexes, which concern the alloplastic implantations as a support of dental prothesis.

This new therapy must be valued also under this point of view in relation with the biological aspect of the problem. The Author calls the attention upon the fact, that a civil and penal responsibility might derive on account of the harmful consequences which such an intervention might provoke.

ZUSAMMENFUNG. — Der Verfasser hat die gerichtlich medizinischen Rückwirkungen untersucht, welche die alloplastische Implantate als Stütze von Zahn-Prothesen haben können. Diese neue Therapie muss auch von diesem Standpunkt aus, mit Bezug auf den biologischen Aspekt des Problems, abgeschätzt werden. Der Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, dass eine bürgerliche und strafrechtliche Verantwortlichkeit von den schädlichen Folgen, die ein derartiger Eingriff, hervorrufen könnte, abgeleitet werden kann.

RESUMEN. — El Autor ha examinado las reflexiones médico legales, las cuales concierne las implantaciones aloplásticas a sostén de prótesis dentales. Esta nueva terapia debe ser valorada aún bajo esto punto de vista en relación al aspecto biológico del problema. El Autor llama la atención sobre el facto que puede derivar una rhesponsabilidad civil y penal por las consecuencias danösas que una tal intervenció n puede provocar.

(Dr. G. C. Chiarini, Genova, Via Porta d'Archi 3-12 A).

B I B L I O G R A F I A

- ASCOLI M. - Relaz, XXXVI Congresso Soc. It. Ortop. Traumat. - Roma, 20 Ott., 1951.
BAUDOUI N M. - Ac. Nat. de Med. 25, Nov. 1952.
BAUDOUI N M. - La Presse Med. 1952, 78, pag. 1672.
CAPOZZI C. - Ann. Stom. 1953, n. 1, pag. 25.
CAPPA M., FONZONE B. - Med. Leg. e delle Ass. - Vol. 1; fasc. 1-2; 1953.
CIRIELLO G. - Riv. It. Stom. IX, 9, 1954, pag. 1087.
CIRIELLO G. - Riv. It. Stom. X, 1, 1955, pag. 11.
DELITALA F. - Riv. It. Stom. X, 1, 1955, pag. 1.
FRONGIA L. - Riv. It. Stom., 1947, N. 6, pag. 398.
FUSI F. - Med. Leg. e delle Ass., Vol. III, fasc. II, 1955.
INTRONA F. - La responsabilità professionale. - Padova Ed. CEDAM, 1955.
MARZIANI L. - Riv. It. Stom. IX; 9 bis, 1954, pag. 1211.
PALAZZI S. - Clin. Odontoprotesica, Vol. II, N. 3, 1955.
PIEDELIEVRE R. e coll. - Rel. al IV Congresso Internaz. di Med. Leg. e Med. Soc., Genova, 13, Ott. 1955.
SIMONIN M. C. - Annal. Med. Leg. N. 3, 1953, pag. 181.
STRATA A. - Min. Ort. III: 2, 1952, pag. 147.