

schien moeten worden vertaald met tandenverwoester, of misschien ook met behandelbaar van verwoeste tanden. En anderen zullen prothesen maken, of wel tanden „reguleeren”, of wel ex (d. w. z. uit-)trekken, als de woorden althans goed verstaan zijn. Maar wat moet nu de patiënt beginnen? Is hij tanden kwijt, dan weet hij wel, dat hij bij den prothesemaker terecht moet. Maar hoe kan hij weten, of hij een trekker of een vuller noodig heeft? Hij wordt op deze wijze genoodzaakt, zelf zijn therapie te bepalen, en zal dan weldra ook van dien nood een „deugd” maken en zich verbeelden, dat hij daartoe bevoegd is. De splitsing der tandheelkunde en de gevolgen daarvan zijn een beeld in het klein van de al meer en meer overdreven splitsing in de geheele geneeskunst.

PINKHOF.

INGEZONDEN.

HYPERTHERMIE.

Het komt mij voor, dat collega J. R. KOLLEWIJN een ruime bron voor hyperthermie over het hoofd heeft gezien, n.l. den catarrhus retronasalis chronicus, die bijna geen verschijnselen geeft en nu en dan met lichte temperatuursverheffingen gepaard gaat. Meestal tellen de patiënten de verschijnselen zóó gering, dat zij verzuimen deze mede te deelen, terwijl de onderzoeker ze over het hoofd ziet. Bij het meerendeel mijner gevallen van hyperthermie verdween de temperatuursverhoging tegelijk met de behandeling van den catarrh.

Geldermalsen, 5 September 1919.

F. M. G. DE FEYFER.

OVER SCOLIOSE.

Iemand, die mijn boekje niet gelezen heeft, zou uit de mededeeling van C. DE HAAN in zijn voordracht in de Nederlandsche Vereeniging van Schoolartsen (dit *Tijdschrift*, 1919, II, bldz. 709) omtrent mijn onderzoek besluiten, dat ik uit de toeneming van $2\frac{1}{2}$ pCt. tot het bestaan van schoolinvloed heb besloten. Deze gevolgtrekking zou geheel onjuist zijn. Het lijkt mij daarom gewenscht in het kort mijn onderzoek hier mede te deelen.

Ik vond op de school M. U. L. O. (de meergegoeden) ongeveer 2 pCt. meer scoliosepatiënten, zoowel voor de jongens als voor de meisjes, als op de lagere scholen (de mingevoeden). De meergegoeden zijn gemiddeld in Zaandam 3 à 4 cM. langer. Ook genieten de kinderen van de M. U. L. O. school meer intensief onderwijs, terwijl ook thuis meer van hen wordt geveerd (bijv. pianospelen). Twee factoren zijn dus aanwezig, die het verschil kunnen verklaren: 1^o. verschil in lengtegroei; 2^o. invloed van school en huis.

Voor de lagere scholen vond ik het reeds aangegeven verschil van $2\frac{1}{2}$ pCt. voor de kinderen uit het 4de leerjaar vergeleken met die uit het 1ste leerjaar. De kinderen uit het 4de leerjaar zijn: 1^o. langer dan die uit het 1ste leerjaar; 2^o. hebben meer schadelijken invloed van school en huis; 3^o. zij zijn ouder. Dezen derden factor kunnen wij elimineeren, omdat volgens mijn onderzoek het verschil bestaat tusschen meer en mingevoeden van denzelfden leeftijd. Daarom dienen wij alleen rekening te houden met de factoren 1^o en 2^o. Als de lengtegroei bevorderend werkt op het ontstaan van scoliose, moeten wij verwachten, dat de langere kinderen meer afwijkingen zullen vertoonen. Daarom heb ik de gemiddelde lengte der scoliosepatiëntjes (na eenige aangebrachte correcties, bijv. ook voor de verkorting, die de afwijking als zoodanig moet veroorzaken) vergeleken met die der overigen en vond, dat gemiddeld een scoliotische jongen 37 cM. langer en een scoliotisch meisje 1.7 cM. langer is. Ik vond dit lengteverschil vooral voor de meisjes niet zoo groot om uitsluitend invloed van den lengtegroei aan te nemen. Ik meende, dat schoolinvloed niet was uit te sluiten. Ik erken echter, dat door mij het volstrekte bewijs van den invloed der