

genoemde traumatische aandoening kan vinden bepaalde bewegingsstoornissen van de vingers: de buiging van eind- en middenkootjes geschiedt gewoon, terwijl die in het metacarpophalangeale gewricht actief onmogelijk blijkt te zijn; de musculi lumbricales en evenzoo de spieren in de muis van den duim verraden hierdoor den toestand van parese, waarin zij verkeeren; de duim kan niet naar den wijsvinger worden gebracht. Deze verlamming komt tot stand, doordat het distale stuk van den radius drukt op den nervus medianus. Bij de gewone polsbreuk ziet men deze verwikkeling zelden, de radius is hier n.l. reeds aanmerkelijk dunner dan op de plaats van de epiphyselij, zoodat de verplaatsing al zeer belangrijk moet zijn, wil de zenuw hier even erg in het gedrang komen als bij de dikkere metaphyse. Wanneer de epiphyse weer op haar normale plaats wordt gebracht, verdwijnt de verlamming vanzelf binnen eenige dagen.

L. HAVINGA.

Herstel van zenuweindapparaten in litteekens. — Naar het herstel van zenuwuiteinden in litteekens stelde P. NASEROFF een onderzoek in. Hij vond, dat deze zenuwuiteinden een groot vermogen tot herstel toonden. Uit de omgeving groeien zenuwvezels in het jonge litteekenweefsel binnen, zij richten zich epitheelwaarts en wel met het einde, dat een groeikegel vertoont. Na drie tot vier weken bereiken deze uiteinden de epitheelcellen. Langzamerhand vormt zich het saamgestelde eindapparaat. In aseptische litteekens verloopt het proces sneller, dan wanneer tengevolge van infectie zich ontstekingsprocessen ontwikkelen, in kleinere vlugger dan in grootere. Hebben de deelen van het lichaam, waar zich de verwonding bevindt, goed ontwikkelde zenuweindapparaten — zooals de vingertop —, dan geschiedt het herstel meer volkomen dan op andere plaatsen. De ontwikkeling van het saamgestelde eindapparaat geschiedt van het einde van de ingroeierende zenuwvezel uit of doordat zenuwvezelen groeien in de ongeschonden gebleven kapsel van het bestaande zenuweindapparaat. Klinisch is het pijngevoel eerder teruggekeerd, dan dat men de zenuweinden onder het epitheel kan aantoonen, het tastgevoel is eerder hersteld dan het pijngevoel. Het pijngevoel kan kwantitatief gewijzigd zijn. Naarmate de getroffen jonger is, gaat het herstel beter, een volledig herstel wordt niet bereikt (VIRCHOW'S *Archiv*, Band 257, H. 3).

J. P. L. HULST.

De stofwisseling bij epilepsie. — De mogelijkheid om door langdurig diep ademen (hyperventilatie) tetanische verschijnselen op te wekken, heeft indirect aanleiding gegeven tot het opstellen van een theorie over de verandering in de stofwisseling bij de tetanie. Hierbij zou nl. een toestand bestaan, die door hyperventilatie kunstmatig opgewekt wordt, nl. een alkalosis. Die theorie wordt lang niet algemeen aanvaard. Afgezien hiervan heeft men nu echter dank zij FOERSTER (zie o.a. *Klin. Wochenschr.* 3, 2269, 1924) naast de hyperventilatie-tetanie ook een hyperventilatie-epilepsie leeren kennen, welke laatste echter niet bij normale personen is op te wekken, maar bij epilepsielijders