

de drukkingsveranderingen in den thorax worden geregistreerd. Terwijl nu het dier rustig ademde, werd plotseling lucht ingeblazen in de trachea, en deze daarna gesloten gehouden. Constant bleek dat ook na het ophouden van de inblazing de drukking in de borstholte bleef stijgen, dan korten tijd dezelfde bleef, om daarna trapsgewijze weêr te dalen. Zoodra de trachea geopend werd daalde de drukking snel en diep. Men ziet ook terstond na de inblazing de ribben dalen en de buikspieren zich samentrekken. Deze verschijnselen worden ook nog waargenomen als de groote hersenen verwijderd zijn, maar niet meer na doorsnijding van beide vagi. Men mag dus aannemen dat zoowel door de uitrekking als door het samenvallen van het longweefsel een prikkel gegeven is, die door den vagus wordt overgebracht naar het ademhalingscentrum in het verlengde merg, en dat er dus wel degelijk een reguleering van de ademhalingsbewegingen door den toestand der longen zelven bestaat.

Dat anderen tot een ander resultaat kwamen schrijft LANGENDORFF vooral daaraan toe dat zij de dieren in diepe chloralnarcose hadden gebracht, waardoor ook de voor de ademhaling dienende nerveuse centraalorganen in een toestand van voeding komen.

C. A. PEKELHARING.

**ATROPIN BIJ MORPHINVERGIFTIGING.** — Een gezond kind van 14 dagen gebruikte bij ongeluk 10 milligr. morphin. hydrochlor. en vertoonde een paar uur later alle verschijnselen van hevige intoxicatie, sterke myose, verlangzaamde onregelmatige ademhaling en pols, coma met collapsverschijnselen, cyanose, doch geen convulsies. De diagnose werd juist gesteld; kunstmatige ademhaling met excitantia in ruime mate en met volharding aangewend, brachten reeds na enkele uren belangrijke verbetering en na ongeveer 16 uren volkomen herstel aan *zonder dat atropine werd aangewend.*

Al is dan ook in lateren tijd de meening, dat er een wederkeerig antagonisme tusschen morphin en atropin zou bestaan van verschillende zijden bestreden, toch geven die bestrijders, o. a. KOSSBACH, nog den raad in hevige gevallen, waar, trots excitantia, hart- en ademhalingsfunctie steeds zwakker worden en de dood dreigt te volgen, nog eene atropin-injectie te beproeven. Het medegedeelde *was* een hevig geval, de ademhaling was zeer verlangzaamd en oppervlakkig, de pols zeer onregelmatig en aan de art. radialis niet te voelen, de paralytische toestand der medulla oblongata zoo ontwikkeld, dat niettegenstaande de cyanose geen convulsies optraden; hier bestond dus werkelijk periculum mortis. Zou nu hier eene atropin-injectie geïndiceerd zijn geweest en zou, indien die geschied was, toch genezing gevolgd zijn? Mij komt dit zeer onwaarschijnlijk voor en is de gevolgde genezing deels aan het niet toedienen van atropin, deels aan de consequentie te danken, waarmede kunstmatige ademhaling en excitantia werden aangewend. Dat men als bij het begin eener morphin-vergiftiging de pols door prikkeling der remmingsapparaten verlangzaamd is deze door atropin kan opheffen is een physiologisch merkwaardig feit, dat voor de therapie geene waarde bezit, want die verlangzaamde hartslag bedreigt het leven niet; levensgevaar volgt van de zijde van het hart slechts waar dit paralytisch dreigt stil te staan en

dit zal door atropin eer bevorderd dan tegengewerkt worden. Nu moge atropin het ademhalingscentrum prikkelen, toch is het onwaarschijnlijk dat het dit doen zal waar dit centrum door morphin is geparalyseerd, terwijl de proefneming zoo gevaarlijk is dat men in ieder opzicht aan de ongevaarlijke kunstmatige respiratie de voorkeur moet geven. Het medegedeelde ziektegeval (WERTHEIMBER, *Archiv f. klinische Medicin*) motiveert dus praktisch den raad om zich juist in hevige gevallen van morphin-vergiftiging, van de toediening van atropin te onthouden.

A. P. F.

**DE BEHANDELING DER PRURIGO MET HET PILOCARPINUM** werd door Prof. SIMON te Breslau in verschillende gevallen met een gunstig gevolg toegepast. Het feit, dat door opwekking der zweetafscheiding vaak menig huidlijden kan gewijzigd en althans de kwellende jeuk tot bedaren kan gebracht worden, bragt SIMON op het denkbeeld het genoemde middel toe te passen. De gebruikswijze was ongeveer de volgende: bij volwassenen werd dagelijks eene subcutane injectie van 1 gram eener 2 pCt. sterke oplossing van murias pilocarpini verrigt of de jaborandi als syrupus Jaborandi (3 deelen folia jab. met 15 deelen kokend aq. destill. geïnfundeerd en in het filtraat 18 deelen suiker opgelost) in de hoeveelheid van 2—3 eetlepels pro dosi toegediend, terwijl bij grootere kinderen twee, bij kleinere 1 paplepel der beschreven stroop op eenmaal gegeven werd. Steeds werd de patiënt onmiddellijk daarop in een wollen deken gehuld en 3—4 uren daarin gelaten. De bekende physiologische werking van het pylocarpinum was bij prurigolijders geheel dezelfde als bij andere patiënten. De onaangenaamste werking was de speekseldrijvende. De syrupus jaborandi werd in de hier opgegeven dosering doorgaans goed verdragen. Het microscopisch onderzoek leerde de uitvoeringsbuisjes der zweetklieren bij prurigolijders doorgaans als door epidermisophoopingingen afgesloten, kennen en de verklaring ligt voor de hand, dat, wanneer de vis a tergo der zweetklieren door sudorifera verhoogd is, de gelegenheid voor het zweet om naar de oppervlakte door te breken, gunstiger wordt. Door het snelle ophouden van den jeuk wordt de huid spoediger leniger en de prurigineuse eruptie beperkt. In vele gevallen was de genezing na 14 dagen, in anderen na 3—4 weken verkregen. Daar, waar de hier beschreven therapie met eene plaatselijke behandeling (inwrijving met teer of ol. Rusci) verbonden werd was het resultaat opvallend gunstiger dan vroeger bij de uitsluitende toepassing der plaatselijke behandeling. Men kan, zoo zegt SIMON, den lijder op den dag laten zweeten en des nachts met teerzalf insmeren of in den voormiddag laten transpireren, 'savonds met ol. Rusci bestrijken en dan 1—2 uren in het laauwe bad brengen. "Wir Können, zoo eindigt hij, dieses combinirte Verfahren als das am schnellsten zum Ziel führende am meisten empfehlen".

Dr. J. HANLO.

