

handige kappers, omdat bij het „gelijk knippen op de vingers van het bovenhaar”, zoals de vakterm luidt, de linkerhand de haren stevig vasthoudt en de rechterhand de schaar hanteert. De scherpe „knipharen” vallen dus in meerderheid op de linkerhand; de praktijk wijst echter uit dat er links toch niet meer fistels voorkomen dan rechts.

3. De „kappershand” komt inderdaad bij vrouwen niet voor. Psychologisch merkwaardig is, dat althans in Nederland de vrouw nog steeds niet haar entree in de herenkapsalon heeft gemaakt, hoewel het te verwachten is dat zij minstens zo handig kam, schaar en mes hanteert als de baas in het prachtige verhaal van BORDEWIJK „De zwijgzame knipklant”.

Amersfoort, 17 februari 1963

G. J. N. VLEUGELS
SCHUTTER

FENISTIL

In nummer 49 van de vorige jaargang van dit *Tijdschrift* is op bl. 2510 een ingezonden stuk geplaatst, dat gericht was tegen de door ons gevoerde propaganda voor het preparaat Fenistil.

Wij mogen erop wijzen dat, in tegenstelling tot wat in het ingezonden stuk wordt gesuggereerd, destijds aan apothekhoudende zowel als aan niet-apothekhoudende artsen en specialisten, een brochure met de belangrijkste gegevens over de chemische en farmacologische eigenschappen van Fenistil, met verwijzingen naar verschenen publikaties, is toegestuurd. Op het later uitgezonden propaganda-materiaal stond de samenstelling niet meer vermeld.

Fenistil werd in juni 1962 in Nederland geïntroduceerd; vandaar de omschrijving „een nieuw preparaat”.

Amsterdam, 22 januari 1963 ZYMA-Nederland N.V.

DE ZOGENAAMDE CHRONISCHE AMOEBIASIS

Aan het ingezonden stuk van collega NEEB (1963) heb ik weinig toe te voegen. Ik ben het met hem eens, dat er na herhaalde dysenterie-aanvallen, vooral als deze onvoldoende behandeld zijn, maar ook na parasitologisch herstel, rest-collitides kunnen overblijven. Wij zagen deze vaak bij gepatrieerden uit de kampen. Meestal zijn dit regionale collitides, met als predilectieplaatsen het coecum en het sigmoid.

Naar onze ervaring genezen de „pin-point ulcera”, voorzover wij die bij rectoscopie kunnen controleren, snel en volledig op specifieke therapie.

Literatuur: NEEB, H. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 306.

Rotterdam, 10 februari 1963

A. BONEBAKKER

HET GEBRUIK VAN NEUROLEPTICA IN EEN DOSIS PER DAG

De aantekeningen van collega VERECKEN (1963) bij mijn artikel vragen om een reactie. De omvang van het stuk stempelt het geheel meer tot een praktische mededeling dan tot een oorspronkelijk stuk. De literatuurvermeldingen ontnemen er bovendien alle oorspronkelijkheid aan. Het behelst een praktische suggestie ten aanzien van een op ervaringsfeiten mogelijk geachte toedieningswijze van enkele medicamenten.

Maar niet alleen daarom heb ik me voorlopig onthouden van een nadere toetsing. Want in zekere zin is de gebruikte opstelling te zien als een zuiver experiment. In een zeer complex samenspel van factoren — aard der ziekte, persoonlijke en situatieve verhoudingen, lichamelijke gesteldheid en medicamenteuze behandeling — is slechts één factor veranderd. Om het suggestieve element zoveel mogelijk uit te schakelen, heb ik deze verandering van toedieningswijze bij de patiënten aangekondigd, niet met enthousiaste verhalen

over het laatste nieuws op dit gebied, maar met de opmerking, dat deze werkwijze voor de patiënten en de zusters veel gemakkelijker was. Voor veranderingen in de overdrachtsituatie was ik bij deze gemiddeld tien jaar verpleegde en enkele jaren onder mijn behandeling staande patiënten, niet bang. Ik heb zelfs niet overwogen, of een driemaal daags toegediend medicament als vehiculum voor de overdrachtsrelatie méér of minder effectief is dan een éénmaal-daagse toediening! Het door mij gehanteerde vage begrip „veranderd regime” is dan ook met opzet gekozen. Als men dit wil uitsluiten, moet inderdaad een werkwijze zoals collega VERECKEN aangeeft, worden gevolgd. Maar mijn overtuiging is, dat de dubbel-blinde methode meer oproer zal verwekken in de zo labiele gemeenschap, die een psychiatrisch paviljoen is. Bovendien staat aan deze methode in de weg de bewezen lange nawerking van de besproken medicamenten.

Ter beantwoording van enkele andere reacties maak ik graag nog de volgende opmerkingen en aanvullingen. Mijn ervaringen betreffen de middelen chloorpromazine, reserpine en perfenazine. Op grond van de aangehaalde literatuur zou hetzelfde resultaat te bereiken zijn met veel van de tot nu toe klinisch beproefde fenothiazine-verbindingen. Om onverwachte en ongewenste risico's te vermijden, heb ik mij met opzet beperkt tot de middelen die ik goed kende en heb verder lage doseringen toegepast bij patiënten die het medicament al langer gebruikten, en bij wie zich geen complicaties hadden voorgedaan.

De voorlaatste alinea van mijn artikel heeft door de compacte formulering aanleiding gegeven tot een misverstand. Ik schreef daar over de twee soorten werking die de neuroleptica uitoefenen, en die van middel tot middel verschilt: de slaapverwekkende werking, die zich binnen enkele uren doet voelen en de typisch neuroleptische werking, die zich pas na langere tijd manifesteert en lang na de toediening voortduurt. Aan de eerste werking, de sederende, schreef ik de geobserveerde verlaagde behoefte aan gewone slaapmiddelen toe.

Literatuur: LIT, A. C. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 16. — VERECKEN, J. L. TH. M. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 256.

Zeist, 12 februari 1963

A. C. LIT

AANHOUDEND VERHOOGDE BASALE TEMPERA-TUUR NA GEBRUIK VAN LYNDIOL

Collega J. M. VAN VOORN (1963) vraagt in zijn ingezonden stuk een verklaring van de aanhoudend verhoogde basale temperatuur bij één van zijn patiënten na het orale gebruik van Lyndiol-tabletten als anticonceptivum.

De orale anticonceptionele tabletten bestaan uit een combinatie van een pregestagene en een oestrogene stof. Om een ovulatiëremming en een pseudo-menstruatie te verkrijgen, moet dagelijks één tablet vanaf de 5e tot en met de 24e dag van de (pseudo-)cyclus worden ingenomen.

Waarschijnlijk is het pregestageen uit de pregestageen-oestrogene combinatie-tablet (Lyndiol) de oorzaak van de aanhoudende verhoging van de basale temperatuur. Een gestageen, dus een van de werkzame stoffen van de orale anticonceptie-tabletten, heeft een thermogene werking. Het hangt af van de hoeveelheid en de duur der dosering, van de aard van het gestageen en volgens mij ook van de individuele tolerantie van de patiënte, in welke mate het thermogene effect zich zal openbaren. Bij een dagelijkse intramusculaire applicatie van 10 mg progesteron stijgt de basale temperatuur ongeveer $1\frac{1}{2}^{\circ}$ C. Om met Proluton-depot (17 α -oxyprogesteron-capronaat) een stijging van de ochtendtemperatuur te verkrijgen, moet men al 30 mg dagelijks injecteren of men moet een stootapplicatie van één intramus-