

in de literatuurlijst vermeld. Welke reële gegevens worden verder nog van mij verwacht: over de behandeling van dieren in mijn eigen laboratorium?

Amsterdam, oktober 1980

P. E. VOORHOEVE

Interferon

In hun artikel over het gebruik van interferon spreken zowel VAN DER NOORDAA als SCHOUTEN en BOS (1980) over de geringe beschikbaarheid van dit middel en de moeilijkheden bij de productie ervan in voldoende hoeveelheid.

Gaarne wil ik u wijzen op de publikatie van STRONGFELLOW e.a. (1980) over de interferon-inducers: stoffen, die het lichaam aanzetten tot een grotere productie van interferon. Hun proeven wijzen erop, dat het in de naaste toekomst wellicht mogelijk zal zijn „inducers” te ontwikkelen, die de toepassingsmogelijkheden van interferon aanzienlijk kunnen uitbreiden.

Literatuur: NOORDAA, J. VAN DER (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1650. – SCHOUTEN, T. J. en J. H. BOS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1650. – STRONGFELLOW, O. A. e.a. (1980) *Interferons and interferon inducers: clinical applications.* Marcel Dekkers, New York.

Tilburg, september 1980

M. P. A. M. DE GROOD

In een recent overzicht concludeert KRIM (1980) dat interferon-„inducers” bij de neus wegens toxiciteit en gebrek aan effect voorlopig niet goed toepasbaar zijn. Het induceren van een endogene interferonproductie zal met name bij patiënten die met cytostatica behandeld zijn of worden slecht voorspelbaar zijn.

Mogelijk dat DNA-hybridisatietechnieken, waarvan de eerste resultaten nu beschikbaar komen, meer perspectief bieden.

Literatuur: KRIM, M. (1980) *Blood* 55, 711.

Nijmegen, oktober 1980

T. J. SCHOUTEN

Het hypereosinofiele syndroom

Naar aanleiding van het artikel van collega MUNTENDAM (1980) wil ik graag enkele kanttekeningen plaatsen. In dit artikel zijn de interne symptomen uitgebreid beschreven, maar is slechts vrij summier ingegaan op de bij dit syndroom voorkomende huidafwijkingen. Dit is m.i. jammer, daar deze afwijkingen, naast de interne, een hoofdsymptoom (kunnen) zijn. Dit blijkt o.a. uit het onderzoek van CHUSID (14 patiënten) (CHUSID e.a. 1975). In deze groep had 57% van de patiënten huidsymptomen. KAZMIEROWSKI e.a. (1978) beschreven dezelfde groep, alsmede een nieuwe patiënt. Hiervan hadden 8 patiënten huidsymptomen (53%). Twee hadden klinisch zelfs uitsluitend huidsymptomen (13%). Alleen bij verder onderzoek kwamen echocardiografische afwijkingen aan het licht.

Bij een eigen patiënt zagen wij alleen huidsymptomen. Er waren ook echocardiografisch geen afwijkingen (nog niet eerder beschreven). De huidafwijkingen bij onze patiënt bestonden uit erythemateuze nodi en maculae. Tevens waren er aanvallen van angio-oedeem. In het algemeen worden de huidafwijkingen omschreven als maculopapuleus, „nodular”, en urticarieel (angio-oedeem).

T.a.v. de therapie nog het volgende. Prednison had bij onze patiënt, ondanks het bestaan van angio-oedeem en ondanks een sterk verhoogd IgE (beide volgens de literatuur indicatoren voor het aanslaan van therapie met prednison) onvoldoende resultaat. Voorts merkt collega MUNTENDAM op: „Hoewel het niet zeker is dat vermindering van de eosinofilie in het perifere bloed op zichzelf effect heeft...”. Bij onze patiënt was dit zeker niet zo. Prednison gaf een sterke vermindering van het aantal eosinofiele granulocyten, maar desondanks ontstonden nieuwe huidlaesies, weliswaar in mindere mate dan voor de therapie, maar het proces bleef actief. Bij daling van de prednisonmedicatie onder 70 mg dd. nam de activiteit aanmerkelijk toe.

Literatuur: CHUSID, M. J., D. C. DALE, B. C. WEST e.a. (1975) *Medicine (Baltimore)* 54, 1. – KAZMIEROWSKI, J. A., M. J. CHUSID, J. E. PARILLO e.a. (1978) *Arch. Dem.* 114, 531. – MUNTENDAM, H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1597.

Amsterdam, oktober 1980 H. M. VAN DEN HOOGENBAND

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

De arts en zijn geneeskunst. – In de Verenigde Staten zijn artsen verplicht tot continue scholing. Een groot aantal scholingsinstituten biedt hun de mogelijkheid zich jaarlijks een certificaat te verwerven dat moet dienen om de licentie te verlengen. De waarde van scholing, waarbij het klasgevijs passieve leren op de voorgrond staat, wordt thans betwijfeld. De doelstellingen zijn meestal niet gebaseerd op onderzoek naar de behoeften en sluiten niet goed aan bij de moeilijkheden die de arts dagelijks in de praktijk ervaart; het onderzoek tijdens de praktijkuitoefening werkt bovendien in het algemeen te storend. PH. R. MANNING e.a. van de afdeling post-academiale vorming van de medische faculteit van de Universiteit van Zuid-Californië in Los Angeles (*J. Amer. med. Ass.* (1980) 244, 1112) hebben

langs eenvoudige weg, die directe inmenging tijdens het spreekuur vermijdt, een verrassend inzicht verkregen in de gebreken waarop de scholing kan worden gericht.

Van 44 artsen onderzochten zij van elk 200 recepten, verstrekt aan patiënten, van wie door de arts de leeftijd, het geslacht, het gewicht, de reden van het voorschrift, het tevens gebruiken van andere geneesmiddelen, de overige medische problemen en de datum van het volgende consult werden verstrekt; per patiënt kostte dit 40-50 seconden, welke tijd volgens de onderzoekers kan worden bekort. De receptuur werd beoordeeld door een internist en twee klinische farmacologen. Bij de beschouwing van de 10 per arts meest voorgeschreven geneesmiddelen (top-tien) bleek een sterke onderlinge variatie. Dit noopte tot individuele instructie per arts. Een met redenen omkleed voorstel tot wijziging van de receptuur werd gedaan per geconstateerde afwijking, die tot een van de 7 categorieën behoorde: on-