

Bij het artikel van prof.dr. F. SCHWARZ (1982) over multipele endocrinopathieën wil ik graag een kleine correctie en aanvulling geven. Bij de bespreking van de glucagon producerende pancreastumoren merkt de auteur op dat de bijbehorende huidafwijkingen gunstig reageren op zink. Dit is evenwel niet juist. Bij het glucagonomasyndroom is het plasma-zinkgehalte normaal of iets verlaagd (o.a. BINNICK e.a. 1977; SHUPACK e.a. 1978; SWENSON e.a. 1978; HOITSMA e.a. 1979; KAHAN e.a. 1979). Door verscheidene auteurs is melding gemaakt van het niet reageren van de huidafwijkingen op orale toediening van zink (BINNICK e.a. 1977; HOITSMA e.a. 1979). Wel is een gunstige invloed gemeld van het toedienen van aminozuren. Diverse aminozuren zijn verlaagd in het serum, echter niet volgens een eenduidig kenmerkend patroon (SHUPACK e.a. 1978; NORTON e.a. 1979; LUBETZKI e.a. 1980). Van belang is in dit verband een experiment van Norton e.a. bij een 47-jarige patiënt met het glucagonoma-syndroom met al 8 jaar bestaande huidafwijkingen bij een inoperabel pancreascarcinoom. De plasma-aminozuren waren verlaagd tot ca. 45% van de normale waarden, de zinkspiegel was iets verlaagd. De patiënt kreeg 3 dagen intraveneuze toediening van een aminozuuroplossing waarop de huidafwijkingen iets verminderden. Daarna kreeg hij uitsluitend parenterale voeding gedurende 3 dagen zonder toediening van zink, waarop de rash snel verdween. 14 van de 17 aminozuren bereikten normale of bovennormale plasmaspiegels. Staken van de parenterale voeding gaf een recidief van de huidafwijkingen binnen 2 dagen. Na hernieuwde toediening van parenterale voeding verdween de rash weer snel.

LUBETZKI e.a. (1980) gaven ook een, weliswaar perifeer, infuus met aminozuren, evenwel zonder effect. Wellicht was de dosering hier te laag. Een dramatische verbetering van de huidafwijkingen werd ook bereikt door SOHIER e.a. (1980) die 2 patiënten behandelden met somatostatine intraveneus. De klinische verbetering hierop hield verscheidene weken aan. Voorts geeft resectie van de tumor in het algemeen een snelle verbetering van de dermatose (MALLINSON e.a. 1974; SWEET 1974; KAHAN e.a. 1977; SHUPACK e.a. 1978; HOITSMA e.a. 1979). Bij inoperabele en (of) gemetastaseerde glucagonomen is een gunstig effect bereikt met dimethyltriazenoimidazolcarboxamide (DTIC) (MARYNICK e.a. 1980) of streptozotocine al dan niet in combinatie met chirurgische therapie (KAHAN e.a. 1977; LUBETZKI e.a. 1980).

*Literatuur:* BINNICK, A.N., S.K. SPENCER, W.K. DENNISON e.a. (1977) *Arch. Dermatol.* 113, 749. – HOITSMA, H.F.W., M.A. CUESTA, TH.M. STARINK (1979) *Arch. chir. neerl.* 31, 131. – KAHAN, R.S., M.R.A. PEREZ-FIGAREDO en A. NEIMANIS (1977) *Arch. Dermatol.* 113, 792. – LUBETZKI, J., CH. GRUPPER, D. MALBEC e.a. (1980) *Nouv. Presse méd.* 9, 1565 en 1623. – MALLINSON, C.N., S.R. BLOOM, A.P. WARIN e.a. (1974) *Lancet II*, 1. – MARYNICK, S.P., W.R. FAGADAU en L.A. DUNCAN (1980) *Ann. intern. Med.* 93, 453. – NORTON, J.A., C.R. KAHN, R. SCHIEBINGEN e.a. (1979) *Ann. intern. Med.* 91, 213. – SCHWARZ, F. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 477. – SHUPACK, J.L., P.H. BERZELLER en D.M. STEVENS (1978) *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 4, 242. – SOHIER, J., M. JEANMOUGIN, P. LOMBREIL e.a. (1980) *Lancet I*, 40. – SWEET, R.D. (1974) *Brit. J. Dermatol.* 90, 301. – SWENSON, K.H., R.B. AMON en J.M. HANIFIN (1978) *Arch. Dermatol.* 114, 224.

Utrecht, mei 1982

J. TOONSTRA

Gaarne wil ik collega VAN BODEGRAVEN (1982) bijvallen in zijn kritiek op het artikel van prof. MEIJLER (1982). Vanuit maatschappelijk oogpunt is het dringend noodzakelijk dat per specialisme een normering van de week- of jaartaak wordt bepaald. In een artikel in *Medisch Contact* (1980) heb ik reeds daarvoor gepleit en gelukkig maakt deze gedachte thans deel uit van het onderhandelingsprotocol van de LSV.

Een normpraktijk, te koppelen aan het norminkomen, is inkomenstechnisch aanvaardbaar, schept ruimte voor jonge specialisten en – vooral – verbetert de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dan hoeft zelfs een cardioloog niet zo veel meer te doen en kan hij het niveau van zijn werk nog meer verbeteren ten bate van de patiënt. Nergens – ook in het artikel van Meijler niet – ben ik een echt rationeel argument tegen de normering van de werklast tegengekomen.

*Literatuur:* BODEGRAVEN, A.A. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1247. – MEIJLER, F.L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 869. – RUIJS, J.H.J. (1980) *Med. Contact (Amst)* 32, 965.

Utrecht, juli 1982

J.H.J. RUIJS

De ingezonden brief van collega Ruijs is voor mij aanleiding tevens commentaar te geven op de eerdere reactie van collega Van Bodegraven. Deze laatste heeft gelijk dat sommige specialisten een zeer zware werktak hebben en dat een verlichting door praktijkverkleining voor velen zeer aangenaam zal zijn. De kansen liggen voor het oprapen om dit nu op vrijwillige basis te doen; er zijn vele jonge specialisten beschikbaar. We hebben daar geen van bovenaf opgelegde normpraktijk voor nodig. Uit het oogpunt van solidariteit met jonge artsen is een herverdeling van de manuren inderdaad nodig; ook hierover verschil ik niet van mening. Maar hoe komen we aan al die basisartsen? Die danken wij en zij zelf aan ons politiek klimaat, dat het aantal aan de Universiteiten toe te laten studenten niet (mede) afstemt op de te verwachten maatschappelijke behoefte en niet toestaat te selecteren op kwaliteit, maar door loting.

Hoevelen hebben het huidige spookbeeld van werkloze artsen niet voorspeld? En nu het uit de hand loopt, moet er inderdaad iets op gevonden worden en dienen we met zijn allen in te schikken. Maar ondertussen is er nog steeds geen gericht toelatingsbeleid voor studenten. Nog steeds worden meer (medische) studenten toegelaten dan vanuit een verantwoord werkgelegenheidsbeleid wenselijk is. Nog steeds wordt er geloot en nog steeds wordt de numerus fixus bepaald door wat de Universiteit kreunend aan kan en niet door de behoefte van de toekomstige maatschappij.

Natuurlijk moeten we solidair zijn, maar consequent doorredenerend betekent dit dat voor het einde van deze eeuw de normpraktijk nog maar gedurende 6 uur per dag zal behoeven te worden uitgeoefend. Dat is heerlijk rustig, maar met geneeskunde ten behoeve van en goede zorg voor zieke mensen heeft dat niet zo veel te maken, want ziekte duurt 24 uur per dag. Het kan zijn dat de werkomstandigheden van vele huisartsen in groepspraktijken door betere werktijden en beter geregelde diensten er op vooruit is gegaan. Maar om een voorbeeld te noemen: een zwangere vrouw die 9 maanden lang door haar (?) huisarts is begeleid, loopt de kans via het antwoordapparaat een vreemde dokter aan haar bed te krijgen, als het moment van de partus daar is.