

veroorzaken; zelfs voor de meest „gewone” geneesmiddelen komen overgevoeligheden voor, dus ook voor orale contra-ceptiva.

Ad 1. Gastro-intestinale verschijnselen (door collega HEERING niet nader omschreven), moeheid, depressiviteit, hoofdpijn ziet men geregeld en ze zijn in mijn artikel wél vermeld. De overige symptomen zijn inderdaad zeldzaam.

Ad 2. Op de genoemde uitzondering na zie ik de beschreven verschijnselen dus niet als allergieën. Het attenderen van de artsen op mogelijke bijwerkingen is juist de bedoeling van mijn artikel geweest.

Ad 3. Het ontstaan van primaire vaatwandveranderingen door ovulatiereemmings, zoals bijvoorbeeld gevonden kan worden bij lupus erythematoses na gebruik van een preparaat zoals Apresoline, is mij niet bekend. Ik neem aan, dat collega HEERING hier niet doelt op trombotische processen, waarvan de genese immers niet primair in de vaatwand wordt gezocht, en die zeker niet allergisch van origine zijn.

Ad 4. Zoals vermeld, beschouw ik de verschijnselen als bijwerkingen en niet als allergieën, uitgezonderd misschien de jeuk en mogelijk de verergering van het astma; dit kan door iedere stof, dus ook door een (pro)gestageen worden veroorzaakt. „Waarom” weet niemand.

Amsterdam, 12 oktober 1968

A. M. COHEN

### ENCEPHALITIS BIJ FEBRIS RECURRENS

Bij het lezen van het artikel van de collegae VAN TONGEREN en KOETSIER (1968) over een patiënt met encephalitis als gevolg van een besmetting met *Borrelia duttoni* rezen bij mij enkele bezwaren, die ik de schrijvers gaarne wil voorleggen.

1. Volgens de schrijvers onderscheidt men vijf vormen van febris recurrens, al naar de geografische lokalisatie en de wijze van overbrenging, hetzij door een luis, hetzij door een teek. Om verwarring te voorkomen meen ik, dat men moet vasthouden aan de gangbare, principiële indeling in twee hoofdvormen: een door klierluizen overgebrachte vorm, veroorzaakt door *Borrelia recurrentis* en een door teken (verschillende soorten van het geslacht *Ornithodoros*) overgebrachte vorm. Deze laatste groep kan desgewenst onderverdeeld worden naar het geografisch gebied waarin de ziekte voorkomt; een dergelijke onderverdeling is echter m.i. arbitrair en voor de praktijk van weinig belang.

2. Het koortsbeloop komt bij „louse-borne relapsing fever” en „tick-borne relapsing fever” in grote lijnen overeen. Na een incubatieperiode van enkele dagen tot een week stijgt de temperatuur plotseling met een koude rilling. De temperatuur blijft enige dagen, gemiddeld vier tot zeven, remitterend, en daalt dan kritisch tot een normale of zelfs subnormale waarde. Na een 5 à 15 dagen durend koortsvrij interval volgt opnieuw een koortsperiode; dit eerste recidief is meestal minder ernstig en korter van duur dan de eerste aanval. Het aantal recidieven bedraagt meestal twee tot vier waarna spontane genezing volgt.

De tetracyclines veroorzaken reeds in lage dosering een sterke spirochetolyse, waarbij de temperatuur abrupt daalt en de borrelia's reeds na enkele uren uit het bloed verdwenen zijn. Een totale dosis van 3 gram is voldoende; waarschijnlijk kan zelfs met een nog lagere dosis worden volstaan.

Het koortsbeloop bij de beschreven patiënt past niet in dit beeld. De eerste koortsaanval duurde bij hem slechts één dag; na een koortsvrije periode van slechts twee dagen volgde reeds een recidief; tijdens langdurige behandeling met een antibioticum daalde de temperatuur geleidelijk.

3. Men stelt de diagnose febris recurrens door het aantomen van borrelia's in bloed dat tijdens een koortsperiode

wordt afgenomen. In het koortsvrije interval vindt men zelden meer borrelia's in het bloed.

Volgens de literatuur zijn serologische reacties voor de diagnose van geringe waarde. Men verklaart dit uit het feit, dat de antigene structuur van borrelia's zeer variabel en inconstant is. Reeds tijdens het ziektebeloop wijzigt zich de antigene structuur; de recidieven zouden juist worden veroorzaakt door stammen die serologisch onderling en met die van de primaire koortsaanval verschillen.

De schrijvers hebben echter met een bepaald borrelia-antigeen positieve uitkomsten verkregen in de agglutinatie- en de complementbindingsreactie. Prof. WOLFF was zo vriendelijk mij mede te delen dat de verstrekte borrelia-stam *Borrelia microti* was. Deze borrelia is oorspronkelijk uit *Ornithodoros erraticus* geïsoleerd en wordt sinds 1951 door Prof. WOLFF op muizen aangehouden. Volgens FELSENFELD (1965) komt *Borrelia microti* vooral bij knaagdieren voor; voor de mens is deze borrelia weinig pathogeen.

De positieve uitkomsten die de schrijvers met dit borrelia-antigeen verkregen, zijn toch wel zeer onverwacht; het verwondert mij, dat de schrijvers dit resultaat niet uitvoerig commentariëren. Zou het niet wenselijk zijn de betekenis van deze reacties met dit borrelia-antigeen nader te bestuderen met sera van patiënten bij wie de diagnose febris recurrens door bloedonderzoek op borrelia's vaststaat? Deze sera kunnen de schrijvers gemakkelijk verkrijgen. In het kader van het Ethiopisch-Nederlands gezondheidsproject werken in de Kaffa-provincie een aantal Nederlandse artsen. In deze provincie van Ehtiopië komt de luizen-recurrens nog endemisch voor. Gedurende mijn kort verblijf in de hoofdplaats Jimma in juni jl. toonde collega METZ mij drie patiënten met febris recurrens. De tekenrecurrens heerst endemisch in het Mwanzagebied, Tanzania, waar een aantal Nederlandse missieartsen werkzaam is. Ik ben overtuigd, dat de Nederlandse artsen in Jimma en in de omgeving van Mwanza gaarne sera van lijdens aan febris recurrens willen opzenden.

4. De summary geeft de inhoud van het artikel niet geheel weer. Dit is te betreuren, o.a. omdat de Redactie van *Tropical Diseases Bulletin* van in het Nederlands gestelde artikelen vaak alleen de summary overneemt. Als er staat, dat een geval van encephalitis door *Borrelia recurrentis* beschreven wordt, impliceert dit, dat de patiënt aan de door luizen overgebrachte vorm van febris recurrens leed, terwijl de schrijvers juist van mening zijn, dat een teek de vector was. *Borrelia duttoni* werd niet op grond van de uitkomsten van het serologisch onderzoek aangetoond; hierop berustte alleen de diagnose febris recurrens; uit het vermoeden, dat een teek de vector was, volgde, dat *Borrelia duttoni* de verwekker moest zijn. Ook was de oorspronkelijke diagnose niet vlektyfus.

5. Zou de kunstschilder werkelijk door een teek gestoken zijn? Of misschien toch door een luis? Of door een ander insect?

Literatuur: FELSENFELD, O. (1965) *Bact. Rev.* **29**, 46. — TONGEREN, H. A. E. VAN en J. C. KOETSIER (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1778.

Amsterdam, 14 oktober 1968

P. J. ZUIDEMA

Naar aanleiding van het ingezonden van Prof. ZUIDEMA willen wij het volgende opmerken:

Ad 1. Inderdaad is, doordat gepoogd is in één zin samen te vatten de beide vormen van overbrenging (luis-teek) alsmede de indeling in vijf grote groepen van *Borrelia* species, welke laatste berust op geografische lokalisatie, een onduidelijkheid — wellicht onjuistheid — ingeslopen.

Ad 2 en 5. Beide vragen slaan op de gegevens die wij door

middel van de auto-anamnese van de patiënt hebben gekregen. De desbetreffende patiënt was een suggestiebele jongeman, die o.a. eenmaal wegens smokkel van marihuana was veroordeeld. Zoals vermeld is, kon hij zich tijdens onze observatie (enige maanden na de infectie) een en ander nog maar vaag herinneren. Hij wist dus niet meer, wat voor insect hem gestoken had. Zoals onder de „Beschouwingen” vermeld is, nemen wij aan dat dit een teek geweest is. Om een meer objectieve anamnese te verkrijgen, hebben wij meermalen geschreven naar de behandelend geneesheer in het General Hospital te Meknes (Marokko). Wij hebben echter nimmer de gevraagde inlichtingen verkregen.

Wij menen daarom dat de door de patiënt verstrekte gegevens omtrent het koortsbeloop onbetrouwbaar zijn. Vandaar dat wij in de „historia morbi” tweemaal het woord „zou” hebben gebruikt, en eveneens hebben gezegd dat de koorts „volgens hem” geleidelijk afnam.

Ad 3. Dat in de opvatting „volgens de literatuur zijn serologische reacties voor de diagnose van geringe waarde” een kentering schijnt te komen, blijkt uit een volgend artikel van FELSENFELD c.s. (1965) waarin deze op grond van eigen onderzoek met de complementbindingsreactie schrijft: „one seems to be justified in recommending a further exploration of this technique in relapsing fever since the CF test has not been favored in borreliosis by many investigators”. Dat niet een uitvoerig commentaar op de serologische reacties is gegeven, berust op de feitelijke bedoeling van deze casuïstische „mededeling”, nl. te wijzen op de mogelijke import van ook deze besmettelijke ziekte. Over de aanbeveling om sera van patiënten, lijdende aan febris recurrens, met het borrelia-antigeen te onderzoeken, zij opgemerkt, dat dit reeds in beperkte mate heeft plaatsgevonden, met voorlopig zeer beemoedigende resultaten. Dat het bereiden van een betrouwbaar antigeen een zeer tijdrovende bezigheid is, veel proef-dieren kost, en dat wij bij slechts 2 van de 4 borrelia-antigenen die wij tot op heden hebben gemaakt, reproduceerbare en sluitende resultaten verkregen, mogen wij hier evenwel vermelden. Ook is de houdbaarheid veel korter gebleken dan door STEIN (l.c.) werd opgegeven.

Ad 4. In de samenvatting zelf staat „*Borrelia recurrentis* var. Duttoni” expliciet vermeld.

Literatuur: FELSENFELD, O., W. J. DECKER, J. A. WOHLIETTER en A. RAFYI (1965) *J. Immunol.* **94**, 805.

Amsterdam, 29 oktober 1968 H. A. E. VAN TONGEREN  
J. C. KOETSIER

## DE ACHTSTE MEDISCHE FACULTEIT

Het is mij niet duidelijk geworden wat Prof. MEIJLER (1968) in zijn artikel heeft willen betogen. Wel is duidelijk dat hij de te volgen procedure van de plaatsbepaling van een achtste faculteit niet goed ziet.

Tijdens de eerste „hearing” van de Commissie-Van Walsum, waar het aantal vertegenwoordigers der medische professie groot was, is de noodzaak betoogd van een spoedige totstandkoming van een achtste medische faculteit in verband met de behoefte aan artsen in Nederland.

Bij de kandidaatstelling van een plaats van vestiging zal dan in eerste instantie bezien moeten worden of in een kandidaatstad een nieuw academisch ziekenhuis van voldoende omvang te verwezenlijken is, waarbij een voldoende aanbod van patiënten, zonder tot overconsumptie te leiden, gegarandeerd moet zijn, en de situering zodanig dient te zijn dat het ziekenhuis een centrale ligging heeft in het rayon dat het moet bedienen.

Emmeloord en De Peel vallen dan af. Prof. MEIJLER kan ook in deze plaatsen wellicht voldoende patiënten aantrekken, maar de meeste andere specialisten zullen een beperkte dagtaak krijgen, welke zij kunnen besteden aan niet-acute observatiepatiënten.

Wanneer de kandidaatsteden met deze mogelijkheden zijn geselecteerd, komen voor de definitieve plaatsbepaling andere motieven aan de orde, motieven die op de tweede „hearing” van de Commissie-Van Walsum naar voren zijn gebracht, waar de discussie volgens Prof. MEIJLER „in handen” was van verdedigers van regionale belangen en van vertegenwoordigers van politieke partijen.

Uiteraard werden op deze hearing regionale belangen verdedigd; dat was mede het doel van deze hearing. Er waren ook sprekers die lid waren van een politieke partij, maar ik heb geen vertegenwoordiger van politieke partijen het woord horen voeren.

Of de plaatsbepaling van de toekomstige achtste medische faculteit een politiek steekspel wordt, zal nog moeten blijken. Argumenten voor vestiging van de achtste faculteit in Zuid-Limburg, naar voren gebracht door de Stichting Wetenschappelijk Onderwijs Limburg, waar Prof. MEIJLER mede op schijnt te doelen, zijn niet van partij-politieke aard, maar onder meer van nationaal-cultuur-politieke en structureel-economische aard.

Dat de stafvorming een essentieel element is bij oprichting van een achtste faculteit, is duidelijk. Dat er niet genoeg medici met voldoende capaciteiten in Nederland te vinden zijn, geloof ik niet; de artsendichtheid en het hoge peil van de geneeskunde in dit land moeten het tegendeel doen vermoeden. Terecht zegt Prof. MEIJLER dan ook dat dit „ten dele een gevolg is van de relatief slechte salariering van de universitair werkzame artsen en mogelijk tevens een gevolg van de structurele tekortkomingen van onze academische geneeskunde”.

Men zou nu suggesties van Prof. MEIJLER verwachten omtrent mogelijkheden tot verbetering van die structurele tekortkomingen van de academische geneeskunde, om zo bij te dragen aan de oplossing van een dringend probleem.

Neen. De oplossing ligt elders. „Wellicht kunnen de nieuwe Technische Hogescholen in Twente en Eindhoven de bakermat vormen voor de achtste en later de negende faculteit. Althans de mogelijkheden voor het geven van basis-onderwijs zijn daar misschien ook nu al aanwezig.” De twijfel aan de eigen suggestie had niet duidelijker kunnen worden uitgedrukt.

Misschien dus ook niet.

En wellicht kunnen wij, althans voor het basis-onderwijs, misschien dan ook wel nergens zijn, en voor het klinisch onderwijs nog niets verder.

Literatuur: MEIJLER, F. L. (1968) *Ned. T. Geneesk.* **112**, 1919.  
Maastricht 28 oktober 1968

J. G. M. VAN DER HEIJDEN

Uit het ingezonden stuk van collega VAN DER HEIJDEN blijkt inderdaad dat het hem niet duidelijk is geworden wat ik heb willen betogen. In dit verband zou ik het motto willen herhalen dat door NIEUWENDIJK (1966) voor zijn proefschrift is gebruikt en dat afkomstig is van WILLIAM HEBERDEN: „Good readers are almost as rare as good authors”.

Toch ben ik collega VAN DER HEIJDEN dankbaar voor zijn reactie want het geeft mij de gelegenheid, mijn standpunt nog eens samen te vatten:

1. De plaats voor de eventuele achtste faculteit dient te worden bepaald door factoren die het belang van de faculteit dienen.