

## *Querido-stipendium*

Het bestuur van het Praeventiefonds heeft in 1980 het Querido-stipendium ingesteld en geeft op grond van de opgedane ervaringen met de toekenning ervan thans de volgende algemene regels en bepalingen:

– Doel van het stipendium is de bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland.

– In aanmerking komen (jaarlijks één) Nederlandse afgestudeerden tot 41 jaar in beroep op het gebied van de preventieve gezondheidszorg (a) die blijk hebben gegeven de te ondernemen studie of opleiding met succes te kunnen voltooien, (b) van wie in redelijkheid verwacht mag worden

dat zij een belangrijke bijdrage zullen leveren aan de bevordering van de preventieve gezondheidszorg in Nederland en (c) die niet anderszins in staat worden gesteld de gewenste studie of opleiding te volgen.

– Het is bedoeld als toelage voor noodzakelijk te maken kosten voor het in het buitenland volgen van een opleiding of een programma aan een erkend onderzoeksinstituut die niet in Nederland kunnen plaatsvinden.

Aanvragen moeten voor 1 januari van het jaar waarvoor ze gevraagd worden, vergezeld van een curriculum vitae, een studie- of opleidingsprogramma, een begroting en andere relevante gegevens, ingediend worden bij het secretariaat van het Praeventiefonds, Frankenstraat 3, 2582 SC 's-Gravenhage; tel. 070-540300.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

## *De klinische interpretatie van bacteriologisch onderzoek*

Hendriks beschrijft de gang van zaken bij het tot stand komen van het resultaat van klinisch-bacteriologisch onderzoek uitstekend.<sup>1</sup> De specifieke functie van de arts-microbioloog komt daarbij slechts zijdelings ter sprake. Het feit dat deze zowel arts is, als deskundige op medisch-microbiologisch gebied, maakt hem bij uitstek geschikt voor de klinische interpretatie van dit laboratoriumonderzoek. Dat betekent niet dat hij bij iedere aanvraag even intensief betrokken hoeft te zijn. Er zijn twee vormen van medisch-microbiologisch onderzoek: onderzoek waarbij de inzender een gerichte vraag stelt, bijv. of een sputum tuberkelbacteriën bevat, en onderzoek waarbij dat niet het geval is. Dat laatste wordt ook wel „banale kweek” genoemd. Bij een gerichte vraag kan de interpretatie doorgaans aan de clinicus worden overgelaten. Bij de „banale kweek” echter behoort de arts-microbioloog vanaf de aanvang van het onderzoek betrokken te zijn. Goed onderzoek kan in zo'n geval alleen tot stand komen als hij, hetzij mondeling hetzij via het aanvraagformulier, is geïnformeerd over de symptomen van de patiënt. De uitkomst van zo'n onderzoek hangt af van de microbiologische differentiële diagnose, die naar mijn mening niet, zoals Hendriks aangeeft, door de clinicus moet worden opgesteld maar door de arts-microbioloog. Dat is zijn specialisatie. Micro-organismen die in deze „dd” niet voorkomen, zullen meestal niet worden gevonden. De vraag om een „banale kweek” is in feite het aanvragen van een intercollegiaal consult, zowel in diagnostische als in therapeutische zin. Het laboratorium met zijn medewerkers en apparatuur is daarbij het instrument van de arts-microbioloog, waarmee deze zijn consultatieve arbeid verricht. Hij gebruikt dit instrument zoals de gastro-enteroloog zijn endoscoop. Behalve laboratoriumonderzoek is overleg met de aanvrager, bestudering van de status of een bezoek aan de patiënt vaak noodzakelijk om tot een goed oordeel te komen.

Een tweede opmerking betreft de tijd die nodig is voor microbiologische diagnostiek. De door Hendriks aangegeven periode van 24 tot 48 uur is voor veel onderzoek te kort. Afhankelijk van de microbiologische „dd” zal ook de „banale kweek” vaak 5 tot 7 dagen vergen. Bij een zo langdurig onderzoek heeft de clinicus recht op een tussentijds bericht zonder dat hij daarom zelf moet vragen. Een voorlopig oordeel is vaak op grond van microscopisch onderzoek binnen 15 tot 30 minuten te geven. Als het snelle groeiers betreft, zoals coli-achtigen, is het meestal mogelijk een oriënterende gevoeligheidsbepaling af te lezen na circa 6 uur. Zo kan bijv. bij een patiënt met een urosepsis meestal binnen deze tijd worden vastgesteld of de gekozen antimicrobiële behandeling de juiste is. Dan kan van een combinatie van middelen er één worden gestaakt of op een geheel ander, vaak goedkoper, middel worden overgegaan. Dikwijls is het zelfs mogelijk te wachten op het resultaat van een dergelijk onderzoek.

Om op deze wijze medische microbiologie te kunnen bedrijven, is het noodzakelijk dat het laboratorium in het ziekenhuis is gesitueerd, terwijl de arts-microbioloog en zijn medewerkers dag en nacht beschikbaar moeten zijn. De clinicus moet daarbij bereid zijn de noodzakelijke informatie te verschaffen. Dat zal hem gemakkelijker afgaan naarmate hij op het door hem gevraagde consult een betere en snellere reactie krijgt.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Hendriks WDH. De klinische interpretatie van bacteriologisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1235-8.

Roermond, juli 1984

A.W. STURM, arts-microbioloog

De rol van de medisch microbioloog in de kliniek, waar Sturm zo de nadruk op legt, viel enigszins buiten de lijnen van mijn betoog, maar wordt door mij geenszins miskend. Deze klinische rol is echter afhankelijk van de lokale omstandigheden en van de persoonlijkheid van zowel de

clanicus als de arts. Het gaat mij te ver, wanneer Sturm stelt dat elke banale kweek ook een intercollegiaal consult inhoudt. De clinicus is primair verantwoordelijk voor de patiënt en dient voldoende kennis van de infectieziekten te hebben. De differentiële diagnose bij een banale kweek wordt op het laboratorium gemaakt en vertaalt tot: Welke voedingsbodems moeten worden gebruikt? Begeleiding van de clinicus in het gebruik van de laboratoriumfaciliteiten en antibiotica zal via algemeen geldende afspraken lopen. Op praktische gronden is het voor de laboratoriumarts slechts mogelijk patiënten te bezoeken bij wie het klinische beeld of de kweekuitslag iets bijzonders toont. In deze gevallen zal de klinisch bacterioloog mede de „dd” opstellen. Bij de „routinekweken” met „routine-antwoorden” zal er bij goede afspraken geen behoefte zijn aan nader overleg.

In ons laboratorium wordt een routine-urinekweek 24 uur bebroed, de overige banale kweken 48 uur, tenzij in de „dd” langzaam groeiende micro-organismen voorkomen; dan wordt een kweek langer bebroed. Een oriënterende gevoeligheidsbepaling na 6 uur is vaak mogelijk, maar vereist, dat de bepaling vóór 11 uur wordt ingezet of dat er 's avonds iemand voor terugkomt. Gezien de werkbelasting is 11 uur veelal niet haalbaar. Terugkomen wordt bij ons om financiële redenen alleen gedaan indien de klinische toestand van de patiënt dit vereist.

Rotterdam, juli 1984

W.D.H. HENDRIKS

### *Het kukelfenomeen: een Nederlands begrip in de fysische diagnostiek van mitralisinsufficiëntie*

Ongetwijfeld frissen Janssen et al. met hun artikel over het kukelfenomeen bij menigeen de kennis van de auscultatie van het hart op.<sup>1</sup> Het voorstel om het kukelfenomeen tot een „officiële” Nederlands begrip in de cardiologie uit te roepen juichen wij van harte toe, te meer daar deze benaming van de beschreven verschijnselen al ruim 20 jaar lang gebruikt wordt door alle cardiologen die zijn opgeleid in het St. Antonius Ziekenhuis, destijds in Utrecht, nu in Nieuwegein.

Het verhaal „Tom Poes en het kukel” werd in eerste instantie gepubliceerd in „De Volkskrant” in de periode 5 februari tot 27 april 1963 en het is collega F.J. Slooff geweest die toen al, na het lezen van dit ochtendblad, bij een jongeman met forse mitralisklepinsufficiëntie door chordae-ruptuur het kukelfenomeen introduceerde in de cardiologie. Dit begrip wordt sindsdien nog altijd aan alle assistenten in het St. Antonius Ziekenhuis overgedragen.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Janssen JHA, Loomans LWM, Kootstra GJ. Het kukelfenomeen: een Nederlands begrip in de fysische diagnostiek van mitralisinsufficiëntie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1229-32.

Enschede, juli 1984

Mw. A.H.M.M. BALK  
C. KROON  
A.J.M. TIMMERMANS

Het doet mij genoegen dat meer collegae over een pluskukel beschikken. Met betrekking tot collega F.J. Slooff wil ik graag „een heer van stand” citeren: „Als heer heb ik bewezen tot dingen in staat te zijn die boven het denken uitgaan”, en dat is nog beter dan een pluskukel.<sup>1</sup> Ik wil onze collegae bedanken voor hun reactie en hoop dat

deze hernieuwde belangstelling voor het beeldverhaal het lichamelijk onderzoek bij de patiënt met een geruis aan het hart ten goede komt.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Marjolein Mendels. Toonders kukel. Uitgeverij Panda, 1977: 26-42.

Maastricht, augustus 1984

J.H.A. JANSSEN

Naar aanleiding van het artikel van Janssen et al. over het kukelfenomeen, vraag ik de auteurs om een toelichting: op welke plaats op het hoofd is dit verschijnsel het beste waar te nemen en wat is hierbij de invloed van het hoofdhaar? Prof. Prlwitzkofsky is namelijk vrijwel kaal.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Janssen JHA, Loomans LWM, Kootstra GJ. Het kukelfenomeen: een Nederlands begrip in de fysische diagnostiek van mitralisinsufficiëntie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1229-32.

Maastricht, juli 1984

J. ZUIDWEG

Geen van de beschreven patiënten was kaal. De storing op het fonocardiogram werd mede veroorzaakt door de transducer op het hoofdhaar te plaatsen. Omdat men niet herkent wat men niet kent, ben ik ervan overtuigd dat collega Zuidweg geen problemen zal hebben met het kukelfenomeen als hij bij het onderzoek van de mitralisinsufficiëntie het geruis volgt tot op het achterhoofd van de patiënt.

Maastricht, augustus 1984

J.H.A. JANSSEN

### *Aseptische botnecrose van de femurkop in de zwangerschap*

Bij bestudering van de ziektegeschiedenissen die Bree-derveld en Patka beschrijven blijkt, dat het bewijs van femurkopnecrose in beide gevallen ontbreekt, m.a.w. femurkopnecrose werd als oorzaak vermoed.<sup>1</sup> De schrijvers vermelden terecht, dat er onderzoekers zijn die spreken van „transitory demineralisation” en idiopathische algodystrofie, doch zijn van mening dat beter gesproken kan worden van idiopathische femurkopnecrose. Op grond van welke overweging? Het antwoord luidt: daar geen van deze theorieën bewezen is.

In dit verband zij het mij vergund te wijzen op hetgeen Resnick et al. vermelden:<sup>2</sup> „Transient osteoporosis of the hip. In 1959, Curtiss and Kincaid described a peculiar pattern of regional osteoporosis of the hip occurring in women in the third trimester of pregnancy. Other reports of this disease confirmed its occurrence during late pregnancy. The patients complained of joint pain, an antalgic limp, and limited hip motion. Radiographic changes included osteoporosis of periarticular bone. Involvement was usually although not invariably unilateral in distribution. Laboratory data were normal except for mild elevation of the erythrocyte sedimentation rate in some individuals. The clinical course was self-limited, full recovery being evident in three months to 1 year. Subsequently, it became apparent that a similar disorder could be observed in nonpregnant women and in men. The clinical, laboratory and radiologic findings were identical and, in most individuals, history of significant trauma was lacking.”

Op grond van een en ander acht ik het raadzaam de titel boven deze casuïstische mededeling te wijzigen, bijv. als