

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.¹ 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

¹ 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.¹ 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

¹ 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

¹ 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.¹ 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:² „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