

is het nuttig om de beschreven letsels op de supinatielij van de voet te kennen en er gericht naar te zoeken. Wij kunnen ons voorstellen dat u moeite heeft met ons advies het röntgenonderzoek te herhalen als er *nog* klachten bestaan na 2 à 3 weken. Inderdaad heeft een groot deel der patiënten met een eenvoudige enkeldistorsie dan nog *restklachten*. Indien, zoals wij schrijven, na enkele weken de klachten *aanhouden*, derhalve niet of nauwelijks zijn afgenomen, misschien zelfs zijn verergerd, mag het letsel niet worden gebagatelliseerd en moet onzes inziens gericht röntgenonderzoek worden herhaald. Het was zeker niet onze bedoeling voorbij te gaan aan de diagnostische kennis en ervaring van huisartsen en daarmee hun vak uit te hollen. Onze aanbevelingen laten ruimte voor gerichte verwijzing en dito diagnostiek en behandeling.

Nijmegen,
Amsterdam, februari 1983

CHR. VAN DER WERKEN
R. MARTI

De hardnekkige hoest: een crux medicorum?

Collega Sluiter breekt in zijn klinische les een lans voor de bepaling van de circulatietijd bij linksdecompensatie.¹ Wij vragen ons als huisarts af in hoeverre de circulatietijdmeting bruikbaar is in de algemene praktijk als we de volgende punten in aanmerking nemen: (1) de circulatietijd is moeilijk te bepalen onder huiselijke omstandigheden (slechte verlichting, opwindend van de patiënt en familie enz.); (2) de normale waarde vertoont een grote spreiding (7,0-20,8 seconden);² (3) onlangs werd in het Tijdschrift de circulatietijd als onbetrouwbaar diagnosticum aangemerkt;³ (4) collega Sluiter geeft zelf in zijn proefschrift aan, dat bij 6 van de 23 rechtsdecompensaties (= 26%!) de circulatietijd 20 seconden of langer bedroeg! Deze is dus niet specifiek voor linksdecompensatie.⁴

Daar wij als huisarts de patiënt vaak zien met het nog niet volledig ontwikkelde beeld van een linksdecompensatie onder huiselijke omstandigheden, is eenvoudige diagnostiek welkom. We weten dat de verschijnselen afhankelijk zijn van de lichaamshouding; klassiek is de dyspnoe enkele uren na het naar bed gaan. Willen we daar niet op wachten dan kan de volgende test een aanwijzing geven: Men laat de patiënt op de rug liggen met de benen loodrecht omhoog. Na enige tijd kan men dan duidelijker het basale crepiteren horen. Deze test is beslist eenvoudiger uit te voeren in de huisartspraktijk dan de bepaling van de circulatietijd.

LITERATUUR

- 1 Sluiter HJ. De hardnekkige hoest: een crux medicorum? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2-6.
- 2 Altman L, Dittmer D. Respiration and circulation. Bethesda Maryland, Federation of American Societies for Experimental Biology. 1971: 419.
- 3 Anonymus. Bepaling van de circulatietijd met behulp van magnesiumsulfaat. (Vraag 22). Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 871, 1643.
- 4 Sluiter HJ. Cor pulmonale. Groningen, 1955: 147. Proefschrift.

Groningen, januari 1983

A. KNOL
P.J. KINGMA

Ik dank de collegae Knol en Kingma voor hun commentaar waarbij ik graag wat kanttekeningen maak. In het afgelopen jaar is het punt van de circulatietijd meermalen in discussie geweest in het Tijdschrift,¹ waarbij voor- en tegenstanders elkaar niet hebben weten te overtuigen. Het

lijkt mij niet juist er nu weer uitvoerig op in te gaan. Ik beperk mij tot een reactie op de door Knol en Kingma genoemde punten.

(1) Ik ken verschillende huisartsen die vele jaren met grote tevredenheid gebruik hebben gemaakt van de circulatietijdbepaling bij de patiënt thuis, vaak onder de geschikterde moeilijke omstandigheden. Van groot belang zijn een goede techniek (dikke naald, snelle injectie, arm in lichte abductie) en een patiënt die in staat en bereid is mee te werken nadat de procedure uitvoerig is toegelicht.

(2) Op grond van mijn ervaring met honderden circulatietijden kan ik de geciteerde grote spreiding niet bevestigen. Ik heb hierover geen systematisch onderzoek verricht. Veel staat en valt met de onder (1) genoemde onderzoeksvoorwaarden.

(3) De circulatietijd met MgSO₄ moet gezien worden als een onderdeel van het pakket informatie waartoe ook de anamnese en lichamelijk onderzoek behoren. In klinisch duidelijke gevallen van linksdecompensatie of bronchusobstructie is de behoefte aan bijkomstige informatie van de circulatietijd niet zo groot, dit in tegenstelling tot de niet zo zeldzame diagnostische puzzels die vooral de oudere patiënt op de late avond ons kan bieden. Onder die omstandigheden is het prettig te weten dat een circulatietijd die korter is dan 12-13 seconden zelden bij een linksdecompensatie wordt gevonden, terwijl een tijd boven de 20 seconden veelal wijst op een (tevens) aanwezige linksdecompensatie (een uitzondering is bijv. de langere circulatietijd die nogal eens bij patiënten met boezemfibrilleren wordt gevonden). Tussen de 13 en 20 seconden ligt een „grijs” gebied waarin een enkele uitslag niet zoveel zegt, maar een verandering in de loop van de ziekte nog weleens waardevolle informatie betekent.

(4) In mijn proefschrift hanteerde ik de bovengrens van 25 seconden nog als maat waarboven de kans op een linksdecompensatie groot mag worden geacht. In de loop van de bijna 30 jaar ervaring heb ik die grens wat naar beneden verschoven (zie (3)).

Knol en Kingma pleiten in hun brief voor eenvoudige diagnostiek voor de huisarts van de niet volledig ontwikkelde linksdecompensatie. Het spijt mij voor hen, maar ook de CARA-patiënt wil nog wel eens enkele uren na het naar bed gaan kortademig worden, zodat het tijdstip waarop iemand kortademig wordt niet zo heel veel zegt. De door hen aanbevolen test lijkt mij nogal hardhandig en is misschien zelfs niet ongevaarlijk; als patiënt zou ik de voorkeur aan een circulatietijd geven.

LITERATUUR

- 1 Anonymus. Bepaling van de circulatietijd met behulp van magnesiumsulfaat. (Vraag 22). Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 871, 1643.

Groningen, februari 1983

H.J. SLUITER

Een schokelement op nieuwjaarsdag doet mij als medicus weer eens wat ophoesten. Dat de hardnekkige hoest een crux medicorum voor de longarts was, is ons bekend; dat er in een klinische les op 1 januari aandacht aan wordt geschonken en de patiënt er niet meer mee hoeft te leven, doet ons als KNO-artsen genoegen.¹

Het is echter nog niet goed doorgedrongen dat hoest vaak de enige klacht is van patiënten met chronische aandoeningen van de slijmvliezen van de neus, neusbijholten of tonsillen. Pijn komt alleen maar voor bij stuwung. De hinderlijke hypersecretie kan voor sommigen in het begin een prikkel zijn tot veelvuldig snuiten en snuffelen en schrapen, maar daar het „snot” naar de oro- en hypopharynx