

30. Sengers W. J., De plaats van het organodynamisme van Henry Ey in de ontwikkeling van de Franse psychiatrie.
Voordrachtenreeks 7, 22 (1965) 37.
31. Weitbrecht H. J., Zur Frage der Demenz.
In: *Psychopathologie heute*. Stuttgart 1962.
32. Weitbrecht H. J., *Psychiatrie im Grundriss*. Berlin u.s.w. 1963.
33. Wieck H. H., Zur Analyse der Syndromgenese bei körperlich begründbaren Psychosen.
In: *Psychopathologie heute*. Stuttgart 1962.
34. Wilde J. A. de, *Over organische defectpsychosen*. Assen 1959.
35. Wyrsh J., Zur Geschichte der organischen Psychosen und des psychoorganischen Syndroms.
M Schr. Psychiat. Neurol. 129 (1955) 307.

DEMENTIA PARALYTICA IN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTING

door Dr. J. VENEMA, zenuwarts (uit de Psychiatrische Inrichting 'Dennenoord' te Zuidlaren)

Binnen het kader van het thema van vandaag laat zich als klinisch onderdeel een bespreking plaatsen van de dementia paralytica, een ziekte die jarenlang als prototype van een organische psychose model heeft gestaan.

Een nadere motivering tot de keuze van dit gegeven is echter noodzakelijk, de rol van de dementia paralytica is immers in de psychiatrische diagnostiek praktisch uitgespeeld en het ziektebeeld wordt in de differentiaal-diagnostische overwegingen nauwelijks meer betrokken. De laatste publikaties in de Nederlandse vakliteratuur zijn van Diercks (1956) en Mackenzie-van der Noorda (1961); daarna zijn over dit onderwerp ten onzent — voor zover ik kon nagaan — geen nieuwe mededelingen meer verschenen.

De uitspraak van Hoche (1912) 'dass die Jüngerer unter uns den Tag noch sehen werden, an dem die Paralyse uns nur noch historisch interessiert', schijnt derhalve bewaarheid te worden. Zeh (1964) schrijft de verminderde belangstelling toe aan de blijkbaar algemeen bestaande indruk dat alle problemen van diagnostiek en therapie der neurolues reeds lang zijn opgelost en de teruggang der lues verdere onderzoekingen overbodig maakt.

Terloops zij opgemerkt dat in de laatste jaren van een vermin-

dering van het aantal luetische infecties geen sprake meer is. Roodvoets heeft er kortgeleden op gewezen dat de toeneming epidemiologische proporties gaat aannemen. Uit de verslagen van het Syphilis Congress te Washington (Hermans, 1962) blijkt dat sinds 1957 de nieuwe lues-en gonorrhoe gevallen zowel in Amerika als Europa jaarlijks een sterke stijging vertonen (gem. aant. 120.000 resp. 350.000) terwijl door invoering van de penicilline-therapie de intensieve controle, zoals deze kort na de oorlog gebruikelijk was, is afgenomen.

Het optreden van neuroluetische complicaties blijft derhalve tot de mogelijkheden behoren, hoewel de verwachte piek na de 2e wereldoorlog zich niet heeft gemanifesteerd.

Het is niet zozeer de frequentie van de dementia paralytica, waarom voor deze aandoening nog eens de aandacht gevraagd wordt als wel het feit dat met het op de achtergrond geraken van dit ziektebeeld ook een aantal kernproblemen, die in het onderzoek — vnl. in de dertiger jaren — steeds centraal hebben gestaan, aan belangstelling hebben ingeboet. Hiertoe kunnen o.a. worden gerekend de discrepante relatie tussen het aantal luetisch geïnfecteerden en het aantal patiënten dat met metaluetische verschijnselen reageert. Voorts is de discussie nog niet gesloten over de langdurige incubatieperiode van de dementia paralytica, terwijl tevens de manlijke dispositie de onderzoekers heeft geboeid aangezien aangenomen mag worden dat ongeveer een gelijk aantal mannen en vrouwen met lues wordt geïnfecteerd. (Demme).

De dementia paralytica behoort tot de weinige organische psychosen waarvan de obligate aetiologische factor: het treponema pallidum, bekend is, daarnaast heeft men gezocht naar verschillende fakultatieve factoren, die zowel op de ontstaanswijze als het verloop en de klinische beelden hun invloed zouden uitoefenen.

In dit verband moge herinnerd worden aan de omstrede uitspraak van Krafft-Ebing: Zivilisation und Syphilisation gehen zu zwei.

Echter niet slechts vanwege de bekende aetiologie, doch ook vanwege het feit dat naast het paralytisch hersenproces psychopathologische begeleidingsverschijnselen worden aangetroffen die een overeenkomstige structuur bezitten, bij verschillende patiënten soms in hoge mate vrijwel identiek kunnen worden teruggevonden, kan men zich afvragen of nu juist niet aan de vorm en inhoud der dementia paralytica bepaalde regels — mogelijk wetmatigheden — kunnen worden ontleend t.a.v. de afbraak en restitutieverschijnselen, die men ziet optreden in het kader van de körperlich begründbare, zo men wil — ex-

ogene, symptomatische, dan wel organische psychosen. Zeh (1964) heeft deze conclusie getrokken. In samenwerking met Matiar-Vahar en Penin heeft hij een studie gewijd aan het opstellen van somato-psychische korrelaties bij 80 lijders aan *dementia paralytica* bij wie met name het verloop van de liquoreiwit-electroforese is onderzocht alsook het verloop van de Nelsontest en de electro-encefalografische bevindingen. Aan de hand hiervan komt hij tot meer algemene beschouwingen over de structuur van de organische psychosen en de samenhang van psycho-organische verschijnselen.

Ook t.a.v. zo juist genoemde nog niet opgeloste vraagstukken die de *dementia paralytica* in de loop der jaren heeft opgeroepen, m.n. de langdurige incubatieperiode zijn in de laatste tijd enkele interessante hypothesen verschenen, die — voor zover ik kon nagaan — in de Nederlandse literatuur weinig bekend zijn geworden. Deze zijn samengevat in een boekje van Armin Müller (1955) die een medisch-antropologische studie heeft gewijd aan de relatie syphilis-metasyphilis. De inventarisatie van patiënten, lijdende aan *dementia paralytica*, die vanaf het jaar der oprichting 1895 tot heden in 'Dennenoord' zijn opgenomen, leek mij een gereede aanleiding te komen tot een samenvattend overzicht van onze huidige kennis betreffende dit ziektebeeld, dat in het verleden zo sterk de aandacht der psychiaters opeiste.

De *dementia paralytica* heeft in de omgeving van deze inrichting slechts een bescheiden rol gespeeld; over een periode van 70 jaar heb ik 188 statussen kunnen verzamelen; niet meegetrekkend zijn de 11 patiënten, die thans nog onder deze diagnose hier verblijven.

Het materiaal is als volgt samengesteld: 45 vrouwen en 143 mannen, d.i. een verhouding van 1 op 3, hetgeen overeenkomt met de gegevens die hierover voornamelijk vanuit de duitse klinieken en inrichtingen zijn gepubliceerd.

Samenvoeging van 5-jaars groepen tot 3 perioden nl. 1895—1915, 1916—1935 en 1936—heden geeft het volgende beeld:

Tabel 1

I 1895—1915		II 1916—1935		III 1936—heden	
mannen	40	mannen	68	mannen	35
vrouwen	7	vrouwen	26	vrouwen	12
totaal	47	totaal	94	totaal	47

De IIe periode is kennelijk een bloeitijd geweest, hierin worden precies 2 maal zoveel patiënten opgenomen als in de tijd daarvoor (I) of daarna (III), terwijl het opnamebestand over het geheel geen duidelijke wijzigingen onderging.

Hoe het deze patiënten is vergaan blijkt uit tabel 2:

Tabel 2

totaal		<i>overleden</i>	<i>niet hersteld</i>	<i>hersteld</i>	<i>overgeplaatst</i>
mannen	143	107	12	11	13
vrouwen	45	36	3	4	2
totaal	188	143	15	15	15

Verdeeld over de 3 perioden wordt het volgende beeld gezien:

I

1895—1915

mannen	40	31	3	1	5
vrouwen	7	7	—	—	—
totaal	47	38	3	1	5

II

1916—1935

mannen	68	59	3	2	4
vrouwen	26	22	3	1	—
totaal	94	81	6	3	4

III

1936—heden

mannen	35	17	6	8	4
vrouwen	12	7	—	3	2
totaal	47	24	6	11	6

Zoals in de lijn der verwachtingen ligt is het aantal herstel- den in groep III duidelijk toegenomen.

Tenslotte een overzicht betreffende de verschillende prevaleren- de klinische beelden, waarbij de volgende verschijnings- vormen zijn onderscheiden: de demente, expansieve, depressie- ve, paranoïde en geagiteerde beelden en enkele bijzondere vor- men van dementia paralytica: de taboparalyse, juveniele para- lyse, congenitale paralyse en seniele paralyse.

Tabel 3

totaal		<i>dem.</i>	<i>exp.</i>	<i>depr.</i>	<i>paran.</i>	<i>geagit.</i>	<i>tabop.</i>	<i>juv.p.</i>	<i>cong.p.</i>	<i>sen.p.</i>
mannen	143	29	63	14	7	7	15	2	1	5
vrouwen	45	10	16	5	1	5	6	1	1	—
totaal	188	39	79	19	8	12	21	3	2	5

I										
1895—1915										
mannen	40	6	24	8	1	1	—	—	—	—
vrouwen	7	4	2	1	—	—	—	—	—	—
totaal	47	10	26	9	1	1	—	—	—	—

II										
1916—1935										
mannen	68	15	31	3	4	3	8	1	—	3
vrouwen	26	5	10	2	1	3	3	1	1	—
totaal	94	20	41	5	5	6	11	2	1	3

III										
1936—heden										
mannen	35	8	8	3	2	3	7	1	1	2
vrouwen	12	1	4	2	—	2	3	—	—	—
totaal	47	9	12	5	2	5	10	1	1	2

'T.a.v. het verloop der klinische beelden hoop ik straks in te gaan op de opvattingen van Zeh, die heeft duidelijk gemaakt dat het aantonen van de 'Gestaltwandel' der dementia paralytica niet als een relevante aangelegenheid moet worden beschouwd. In de meeste publikaties over dit gegeven (o.a. Illert uit de Heidelberger kliniek) blijkt dat de expansieve beelden zijn afgenomen ten gunste van de demente vormen.

Om na te gaan of in ons materiaal eenzelfde tendens aanwezig is als in de literatuur hierover wordt gevonden, is een statistische bewerking toegepast waaruit blijkt dat in groep I en II significant meer expansieve beelden voorkomen dan in groep III, in groep I meer dan in de groepen II en III samen. Een verschuiving is echter niet opgetreden in de richting van de demente vormen, maar van de taboparalyse, waarvan in de groepen II en III significant meer voorkomen dan in groep I, in groep III meer dan in de groepen I en II samen. Tot eenzelfde bevinding komt Walter Reich (1960) in zijn onderzoek van het materiaal der Bazeler kliniek (729 gevallen in de periode van 1876-1956), waarin hij eveneens een toename van de taboparalyse aantoonde, echter tegelijkert-

tijd een toename van de demente beelden ten koste van het totaal der overige vormen.

In ons materiaal bleek een manlijke of vrouwlijke dispositie t.o.v. een bepaald klinisch beeld niet voor te komen. De overige conclusies kunnen als volgt worden samengevat:

1. leeftijd bij opname: over het totaal berekend zijn de mannen bij de opname jonger dan de vrouwen;
2. opnameduur: geen significante verschillen aantoonbaar;
3. prognose: in groep III overleden significant minder en herstelden significant meer patiënten dan in groep I en groep II; dit geldt ook voor III plus II t.o.v. III.

Het is helaas niet mogelijk gebleken andere dan de vermelde gegevens aan het materiaal te ontleen. In de naoorlogse periode, toen in een behoorlijk laboratorium electroforetisch onderzoek van de liquoreiwitten kon worden verricht, zijn de betreffende aantallen zo gering, dat deze niet voor statistische bewerking in aanmerking komen.

Niettemin werd in het opmaken van de balans betreffende de dementia paralytica in 'Dennenoord' aanleiding gevonden zich nog eens in de theoretische problemen rond dit ziektebeeld te verdiepen en deze aan de nieuwere inzichten te toetsen.

De poging van Armin Müller te komen tot een medisch-anthropologische synthese t.a.v. de relatie syphilis-metasyphilis, wordt door Von Gebattel in zijn geleidewoord o.a. gekenschetst als een overschrijding van de grenzen der biologische methoden ten gunste van zinvolle metabiologische verhoudingen.

Müller stelt zich ten doel de 'zin' aan te tonen in de relaties tussen de verschijnselen van de vroege lues enerzijds, noodzakelijk voor het voortbestaan van de spirochaeta pallida (*treponema pallidum*), de verspreiding en het sluiten van de infectieketen, en anderzijds de zeer karakteristieke wetmatigheden, die kunnen worden aangetroffen in de lokalisatie van de late lues, met name de metalues, onder welk begrip hij aortitis luetica, de tabes en de paralyse samenvat. Hij haakt in op een oude theorie waarin een genetische relatie wordt aangenomen tussen de framboesia tropica die uit Amerika zou zijn geïmporteerd en de spirochaeta pallida; beide treponemen bezitten een grote morfologische overeenkomst en zijn microscopisch vrijwel niet van elkaar te onderscheiden; verder bestaat een duidelijke gelijkenis in klinische symptomatologie en immuniteitsverhoudingen.

Aansluitend aan de opvattingen van Erich Hoffmann veronderstelt men dat de spirochaeta pertenuis — de verwekker van de framboesia — onder invloed van klimatologische omstandigheden dieper in het organisme is ingedrongen en 'im Schoss der Dir-

nen' mutatieve veranderingen heeft ondergaan, waardoor een intiemere relatie met het menselijk geslacht tot stand is gekomen. Dit moge blijken uit de localisatie in de huid (de spirochaeta pallida nestelt zich dieper in de cutis dan de framboesia spirochaet), de slijmvlies affiniteit (vnl. rond de lichaamsopeningen) en de diaplacentaire besmetting van het foetus, evenzeer echter uit het feit dat de lues zich tot een zuiver venerische infectie heeft ontwikkeld.

Het voortbestaan van de spirochaeta pallida is nl. afhankelijk geworden van het geslachtsverkeer en vooral van het vagante geslachtsverkeer, van de promiscuïteit. Zou na het tot stand komen van een infectie de seksuele relatie zich stabiliseren dan blijft voor de spirochaet geen andere spreidingsmogelijkheid over dan een continuering via het nageslacht van de patiënt, hetgeen tot in de derde, soms vierde generatie is vastgesteld.

De ontstekingsverschijnselen, die in het vroege stadium van lues worden aangetroffen, kunnen op verschillende wijze worden geïnterpreteerd. Tegenover de klassieke opvatting van Aschoff, die luidt dat bij besmetting met een pathogeen micro-organisme het lichaam reageert met specifieke afweermiddelen, gericht tegen de parasiet of diens toxinen, staat de mening van Becher, die het begrip 'fremddienliche Zweckmässigkeit' in de biologie heeft geïntroduceerd n.a.v. zijn studie over galwespen. Hieronder wordt verstaan het feit dat de gevormde ontstekingsprodukten de betekenis bezitten het voortbestaan van het micro-organisme te garanderen; er ontstaat a.h.w. een negatieve aanpassing, een handhaving en uitbreiding ten koste van de gastheer. Voorbeelden uit de geneeskunde worden gezien o.a. bij tuberculose (verkazingshaarden), actinomycose, lepra, rhinoskleroom e.d.

Het is bekend dat de spirochaeta pallida bijzonder gevoelig is voor zuurstof en buiten het menselijk organisme spoedig afsterft. Voor het sluiten van de infectieketen is een negatieve aanpassing aan de gastheer noodzakelijk, d.w.z. het vormen van ontstekingsprodukten van zodanige aard dat een besmetting via geslachtelijk verkeer mogelijk is.

Hiertoe zijn de primaire affecten en de secundaire condylomata lata uitermate geschikt. Deze locale veranderingen kenmerken zich door een merkwaardige bijzonderheid, nl. pijnloosheid; één van de cardinale symptomen van een ontsteking ontbreekt derhalve. Deze pijnloosheid is echter een voorwaarde voor een typisch venerische infectie.

Ook de aard van de ontstekingsproducten, met name van de condylomata lata komt tegemoet aan de biologische behoeften

van de spirochaet, er ontstaat een sterke oppervlakte vergroting van de huid door papillomateuze woekering van het epitheel, het onderliggende bindweefsel is succulent en sterk oedeematus veranderd door transsudaat vanuit de lymfwegen, door de epitheelbeschadigingen treeds exsudaat naar buiten dat gekenmerkt is door een hoge mate van besmettelijkheid.

Voegt men hieraan toe dat het menselijk organisme pas geruime tijd na het binnendringen van de spirochaet met antistoffen reageert, dan laat zich uit deze bevindingen afleiden dat de luetische infectie zich in het beginstadium kenmerkt door een duidelijke extrope tendens. Müller bedoelt hiermee aan te geven dat aan de pathologische verschijnselen in het stadium van de vroege lues een zekere doelmatigheid ten grondslag ligt, die zich in eerste aanleg manifesteert door de besmettingsmogelijkheden en overdracht naar buiten te waarborgen. Bovendien is aangetoond dat ook zonder het optreden van veranderingen in de omliggende weefselstructuren de infectiekans is veilig gesteld nl. door de spirochaeten die zich in sperma en vaginaalvocht bevinden. Behalve deze exotrope tendens kunnen bij de spirochaet, naarmate het primair affect verder in het verleden ligt, meer endotrope neigingen worden onderkend, die eveneens gekarakteriseerd zijn door een negatieve aanpassing en een doelmatig effect.

De ene tendentie is tegengesteld aan de andere: patiënten met metalues hebben geen infectieuze slijmvliezen meer, terwijl de kans op congenitale besmetting steeds minder groot wordt. Men kan de situatie dus als volgt kenschetsen: de exotrope neiging van de spirochaeta pallida wordt bepaald door:

1. besmetting van de geslachtsorganen;
2. vorming van zodanige pijnloze ontstekingsproducten dat overdracht via genitaal verkeer mogelijk is;
3. het onderhouden van 'changing partners' door de gastheer daar bij fixatie der sexuele betrekkingen de mogelijkheid slechts openblijft tot besmetting van het nageslacht;
4. voor het sluiten van de infectieketen is tevens noodzakelijk een intact organisme, dat over onverminderde vitaliteit kan beschikken. Bespreking der vitale functies van de gastheer in het vroege stadium van de lues zou voor de spirochaet betekenen 'het delven van het eigen graf'.

Vandaar de tegenstelling tussen exotropie en endotropie, beide stadia vertegenwoordigen een min of meer onafhankelijke, duidelijk afgegrensde ziekteperiode: de vroege en de late lues. Op deze wijze nu kan doorzichtig worden gemaakt waarin de oorzaak gelegen zou kunnen zijn van de langdurige incubatieperiode der dementia paralytica en der andere vormen van

metalues. In de gedachtengang van Müller is deze oorzaak te herleiden tot een antagonisme tussen de exotrope en endotrope eigenschappen van de spirochaeta pallida, of met andere woorden: pas dan wordt het menselijk organisme in zijn vitale functies door neuroluetische complicaties gestoord (d. i. de endotropie) wanneer de mogelijkheden van de gastheer als infectiebron voldoende zijn uitgebuit (d.i. de exotropie) .

Men heeft veelal gemeend dat gedurende de latente fase immunobiologische opposities zouden bestaan, welke uiteindelijk resulteren in een vermindering van afweerkrachten van de patiënt, waardoor een bepaalde vorm van lues nervosa zich kan manifesteren. Deze voorstelling is echter moeilijk in overeenstemming te brengen met het feit dat gedurende de latente periode symptomen van een actief ontstekingsproces ontbreken, zowel in het klinische beeld als humoraal. In Müllers theorie laat de langdurige incubatieperiode zich duiden als een latente endotropie ten gunste van een zo volledig mogelijk benutten der exotrope neiging.

Met de exotropie en endotropie, wetmatigheden die in de spirochaet zelf gelegen zouden zijn, valt ook te verklaren dat de langste interval gevonden wordt bij patiënten, die op jeugdige leeftijd werden geïnfecteerd; naarmate de leeftijd stijgt neemt de duur der incubatieperiode af, omdat tevens de exotrope neigingen van de spirochaet, de mogelijkheden tot besmetting via seksueel contact, verminderen. Op deze wijze valt derhalve de observatie van Meggendorfer te interpreteren, die aantoonde dat de op hogere leeftijd geacquireerde lues de kortste incubatie bezit voor het optreden van metaluetische verschijnselen. Het is niet aannemelijk hiervoor een vermindering van afweerkrachten verantwoordelijk te stellen; bij patiënten in een slechte lichamelijke conditie, bij trauma capitis, chronisch alcoholisme etc. blijkt de latente fase niet verkort te zijn, terwijl ook het verloop van de seniele paralyse niet foudroyanter is dan men op jeugdiger leeftijd pleegt aan te treffen. Ook Kraepelin vond de veronderstellingen betreffende een verminderde weerstand m.n. van het cerebrum weinig bevredigend. Hij wees er op dat reeds enkele maanden na het primair affect de hersenen weerloos aan de spirochaeten zijn prijsgegeven en vond vooralsnog de doornroosjeslaap der spirochaeten een onopgelost probleem.

Tegen de achtergrond van de wetmatigheid en doelmatigheid die aan de vroege lues ten grondslag schijnt te liggen is het aannemelijk, dat Müller tracht ook de veranderingen in de periode der late lues, de localisatie in de inwendige organen en de verschijnselen van de kant van het centrale zenuwstelsel

in één systeem onder te brengen. Dit systeem heeft hij kreisotropie genoemd, waaronder hij verstaat een affiniteit van de spirochaet tot de fysiologisch dominante, fylogenetisch jongste gebieden, die de verste differentiatie vertonen (kreisson is sterkere).

Het zou te ver voeren hieraan een gedetailleerde bespreking te wijden. T.a.v. de dementia paralytica valt op te merken dat door verschillende onderzoekers (o.a. Bumke) er op gewezen is, dat juist die hersengedeelten te gronde gaan waarvan de intactheid een noodzakelijke voorwaarde vormt voor het tot stand komen van de hogere en complexe psychische functies. Jacob heeft bij zijn neuropathologische onderzoekingen een zekere overeenkomst gevonden tussen de dementia paralytica en de seniele dementie t.a.v. de localisatie en intensiteit van de stoornissen in de betrokken hersengebieden, waarbij primair het orbitale gedeelte van de frontale schors is betrokken.

De electiviteit en de endotrope neigingen van de spirochaet zouden voorts kunnen blijken uit de degeneratie van de ganglioncellen in de bovenste cellagen (m.n. de 3e), waaraan in de opvattingen van Kleist de hogere mnestisch-associatieve functies worden toegeschreven, specifiek zijn deze veranderingen echter niet daar ze ook worden aangetroffen bij de seniele en seniele dementiën.

Wanneer het inderdaad juist is dat de spirochaet een affiniteit vertoont t.a.v. de dominante structuren van het cerebrum, dan ligt het in de lijn der verwachtingen dat in de regel de linker hemisfeer een sterkere atrofie zal vertonen dan de rechter. Onderzoekingen van Illberg, die de hemisferen apart heeft gewogen en van Guttmann, die bij dementia paralytica patiënten pneumencefalogrammen heeft gemaakt, tonen aan dat de linker hemisfeer inderdaad gewoonlijk lichter in gewicht is, resp. een grotere zijventrikel bezit dan rechts wordt gevonden. Ook de haardverschijnselen, die bij de Lissauerse paralyse worden aangetroffen blijken bij voorkeur linkszijdig gelocaliseerd te zijn. Wat samenvattend als grondmotief bij de metalues valt vast te stellen is, dat een decapitering optreedt van de dominante, jongere en meer gedifferentieerde weefselstructuren; men kan spreken van gestileerde ziektebeelden, waarbij dit motief tot in onderdelen nauwkeurig wordt uitgewerkt; dit geldt niet slechts voor de quartaire lues, doch evenzeer voor de verschijnselen van het tertiaire stadium, o.a. botsyphilis, localisatie der gummata, etc., zij het in minder exact omschreven vorm.

Wat is nu de „zin” in deze beschouwingen? Tot dusver hebben we slechts gesproken van een tegenstelling tussen exotropie en endotropie, terwijl het Müller's bedoeling is een zinvolle samen-

hang aan te wijzen tussen de systematische, electieve verstoring van de verst ontwikkelde, fysiologisch belangrijkste weefselstructuren en een niet minder systematische instelling op wisselingen in het geslachtelijk verkeer, waarvan het voortbestaan der spirochaet afhankelijk is. Kan men inderdaad — zoals Müller doet — de luetische infectie kwalificeren als demonisch? Is het terecht om van een *Spekulation à baisse* te spreken?

Müller ontwerpt de volgende gedachtengang: het behoort tot de gedifferentieerde eigenschappen der menselijke structuur te streven naar vormgeving en binding van de seksuele relatie. Ongebondenheid in dit opzicht wijst op onrijpheid, op een niet volledige differentiatie, op een achterblijven in ontwikkeling of regressie naar een vroeger ontwikkelingsstadium. En het is juist bij de onrijpe, niet uitgebalanceerde, „haltlose” mens, waar de promiscuïteit wordt aangetroffen en de mogelijkheid tot binding niet aanwezig blijkt. Daarom kan men zeggen dat in de endotrope neiging, in de decapitering van de „highest levels”, in het verval van de persoonlijkheidsstructuur, symbolisch tot uitdrukking wordt gebracht, wat in de exotropie, in het onrijpe, ongebonden geslachtsverkeer reeds voorhanden is — m.a.w. de patiënt krijgt zijn streken thuis, waarmee Müller, hoewel hij dit ontkent, een pregnant moralistisch trekje in zijn betoog heeft verweven. Het is duidelijk dat men langs de weg van positivistisch denken aan de spirochaet geen wetmatigheden en doelmatigheden, geen demonische eigenschappen en zinvolle motivering kan toedichten. Müller tracht ten deze tot een adaequate begripsvorming te komen door metabiologische beschouwingen te introduceren, waarin de natuuropvattingen van Goethe t.a.v. de zeer verwante relatie tussen micro- en makrokosmos een belangrijke rol spelen. Zijn publikatie is in de Duitse vakkringen met enige skepsis (o.a. Bräutigam 1958) tegemoet getreden; niettemin is de bewijsvoering, voor zover deze exact kon worden geleverd, niet zonder overtuigingskracht en de hypothetische grondgedachte niet van originaliteit ontbloot.

Keren wij terug naar de vastere bodem, waarop de kliniek der dementia paralytica zetelt, dan valt allereerst de aandacht op het voortgezette onderzoek van de liquoreiwitten, met name door middel van de elektroforese.

In zekere zin vormen de bevindingen van Matiar-Vahar een verdere uitwerking van de door Diercks getrokken conclusies. Diercks stelde o.m. een significant verschil vast in de gemiddelde waarde van het albumengehalte bij lijdens aan dementia paralytica en lues cerebri. Bij dementia paralytica is deze waarde lager. Matiar-Vahar bevestigt dit gegeven; hij steunt zijn onderzoek op 411 paralyse liquores en vergeleek deze met 76

gevallen van lues cerebrospinalis en 45 patiënten met tabes dorsalis. In het bijzonder is nagegaan het verloop na behandeling met penicilline t.a.v. het celgehalte, het totaal-eiwit, het eiwitquotient, de colloïdale reacties, de liquoreiwit-electroforese, de complement-bindingsreacties en de Nelsontest. Het cel- en totaal-eiwitgehalte blijkt binnen een half jaar na het begin der therapie een steile daling te vertonen, terwijl t.a.v. de overige bevindingen een lineaire daling kan worden vastgesteld.

Het eiwitspectrum geeft een zeer karakteristiek beeld en verloop te zien: de uitgangswaarde van het albumengehalte is gedaald tot gemiddeld 32 pct. (N.52.9 pct.), het gamma-globulinegehalte is gestegen tot gemiddeld 43.1 pct. (N.9.3 pct.), slechts bij dementia paralytica wordt een omkering van de verhouding albumine/gamma-globuline gevonden, de overige vormen van lues nervosa tonen minder sterke veranderingen. Zeer karakteristiek in het verloop na de behandeling is de relatieve constantheid in de daling van het gamma-globuline-gehalte; deze contrasteert duidelijk met een zekere onrust in het verloop der overige liquorwaarden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het vergelijken van de gamma-globulinegehalten in een lengtedoorsnee bij een geval van dementia paralytica de tot dusver betrouwbaarste maatstaf vormt ter beoordeling van het verloop in dit aspect van het humorale beeld.

Ook de lotgevallen van de Nelsontest zijn in dit onderzoek nagegaan: bij onbehandelde gevallen van lues nervosa bedraagt de Nelsontest in het bloed 100 pct.; over een periode van 10 jaar is slechts een minimale daling tot 95 pct. waarneembaar. In de liquor wordt echter een sterkere afname gezien nl. bij dementia paralytica tot 57 pct., bij tabes dorsalis tot 35 pct. en bij lues cerebri tot 26 pct. Op de tot dusver gehuldigde regel dat bij een negatieve Nelsontest in het bloed geen positieve bevindingen in de liquor voorkomen, zijn door Fromm en Hippus enkele frappante uitzonderingen beschreven. Men kan dus in voor lues verdachte gevallen met een serologisch negatieve Nelsontest niet volstaan.

Er is meermalen tevergeefs beproefd correlaties op te stellen tussen het verloop der humorale bevindingen en het psychopathologisch beeld bij dementia paralytica. Ook uit het onderzoek van Matiar-Vahar kon niet tot een rechtstreekse samenhang worden geconcludeerd. Scheid zegt van deze pogingen, dat meestal van een verkeerde vraagstelling wordt uitgegaan. Het is natuurlijk begrijpelijk dat waar het paralytisch proces tot irreversibele cerebrale beschadigingen heeft gevoerd, geen paralleliteit wordt aangetroffen tussen de klinische verschijnselen en de zich voltrekkende saneringen van de humorale symptomen. Wanneer men

bij een dementia paralytica verbeteringen ziet optreden in het psychopathologische beeld, wijst dit niet op een restitutie van verloren gegane weefselstructuren, doch een herstel van de symptomen, die met het acute ontstekingsproces samenhangen.

Als zodanig kunnen worden beschouwd de verschijnselen, die in verband staan met stoornissen in het bewustzijn en het reversibele 'Durchgangssyndrom' sensu Wieck. Het is vooral het verloop, de lengtedoornsee, waardoor wordt uitgemaakt of ernstige mnestiche stoornissen en affectieve veranderingen nog tot het Durchgangssyndrom kunnen worden gerekend, dan wel als symptomen van een irreversibel defect moeten worden beschouwd. T.a.v. de relatie tussen de liquorbevindingen en de toegepaste penicillinekuur kan worden opgemerkt, dat ook een enkelvoudige kuur in staat is eenzelfde verloop in de liquorveranderingen te bewerkstelligen als een meervoudige. De criteria waaraan het resultaat primair moet worden afgelezen zijn het celgehalte, het totaal eiwit en het gamma-globuline. Scheid hecht ook veel betekenis aan de sterkte der complementbindingreacties; hij geeft minimaal 3 penicillinekuren van 14 milj. E met intervallen van 6 weken. Zijn daarna geen verschijnselen van een actief ontstekingsproces meer aanwezig, dan kan volstaan worden met regelmatige liquorcontrole tot minstens 5 à 6 jaar na het debuut der therapie. Voortzetting van de medicamenteuze therapie teneinde de resterende symptomen in het psychopathologisch beeld te beïnvloeden, karakteriseert Scheid als het te hulp roepen van de brandweer bij de aanblik van een verweerde ruïne.

Blijkt een directe correlatie tussen de klinische symptomatologie en de humorale data niet mogelijk, dit ligt meer in de rede t.a.v. de electro-encefalografische bevindingen. Penin, die de 80 paralytici van Zeh onderzocht, komt samenvattend tot de volgende conclusies: bij onbehandelde acute paralytische psychosen met of zonder bewustzijnsstoornissen wordt zonder uitzondering een pathologisch veranderd EEG-beeld gevonden met intermitterende groepen van monomorfe deltagolven (aangeduid als 'Parenrhythmie'), terwijl de grondactiviteit is vertraagd. Deze langzame golfvormen bezitten een maximaal amplitudo in de parietofrontale gebieden en zijn, zoals uit de neurofysiologische experimenten van Morison is gebleken, terug te voeren tot stoornissen in het mediale gedeelte van het voorste hersenstamgebied m.n. de thalamus.

Parallel met de teruggang van de acute ontstekingsverschijnselen in de liquor en de restitutie van het klinische beeld blijkt de periodieke trage activiteit te verdwijnen en vertoont het basisritme een toename in frequentie en daling in amplitudo, zo-

dat gewoonlijk een half jaar na het begin der therapie een EEG-beeld van het betatype wordt gezien. In het verdere verloop treedt in plm. 75 pct. der gevallen een geleidelijke terugkeer van laaggevolteerde alfa op, waarvan de amplitudo in de loop der jaren langzamerhand weer toeneemt, dit blijkt samen te hangen met een lineaire daling van het gamma-globuline. Overeenkomend met een paralytische defecttoestand wordt echter zelfs nog na een periode van 5-6 jaar bij ongeveer de helft der patiënten een laagvoltage EEG gevonden en bij een derde een partieel beta EEG, dat eveneens relatief vlak is. Dit laatste beeld schijnt na een acute paralytische psychose vaker voor te komen dan na een chronisch verlopend proces.

Wanneer we tenslotte trachten enkele samenvattende opmerkingen t.a.v. de kliniek der dementia paralytica, als paradigma van een organische psychose te formuleren, dan moet allereerst worden gereleveerd dat de huidige opvattingen hieromtrent sterk dynamisch zijn gericht. Het beschrijven van verschillende vormen en typen, het onderzoek naar veranderingen in frequentie der prevalerende klinische beelden, al of niet onder invloed van het cultuurpatroon, wordt als een obsoleete aangelegenheid beschouwd. De aandacht richt zich thans veel meer op het verloop, het ontwikkelingskarakter, de structurele opbouw en afbraak der psychotische verschijnselen en de mogelijkheid hieraan psycho-fysische correlaties te ontleen. Zeh heeft hierop in zijn laatste publikatie sterk de nadruk gelegd. Het beeld van een typische, klassieke paralyse bestaat z.i. eigenlijk niet. Wat men op een gegeven moment aan symptomatologie opmerkt is onderdeel in een bepaald verloop en ook de constatering dat een opeenvolging kan optreden van verschillende syndromen bijv. van expansief naar paranoid of dement, wekt een nog te beperkte schematische voorstelling. De psychose zou men z.i. moeten opvatten als zich ontplooiend vanuit een kern, waarin de syndromale vormen geprefigureerd aanwezig zijn. De zich ontwikkelende syndromen laten zich in deze gedachtengang vatten als accentverschuivingen binnen een veranderd psychisch totaal. Het verloop der syndromen valt niet aan bepaalde regels te binden. Reeds Hoche heeft erop gewezen dat bij de dementia paralytica, afgezien van de dementie, in het psychiatrisch beeld nauwelijks één psychopathologisch verschijnsel valt vast te stellen, dat niet als eerste teken van de ziekte kan worden aangemerkt. De tijdsfactor (Weitbrecht) speelt in dit geheel een belangrijke rol. De psychose kan zo snel verlopen dat bepaalde symptomen a.h.w. onder de oppervlakte blijven en niet tot ontwikkeling kunnen komen. Bij een langgerekt verloop kunnen

daarentegen zeer monomorfe beelden ontstaan; het is vooral de ernst van het hersenproces, die het tempo van het verloop zal bepalen.

Zijn er nu karakteristika aan te wijzen, waardoor het klinische beeld van de organische psychose, met name de *dementia paralytica*, zich kenmerkt?

Kan men volstaan met de drie in elkaar overgaande typen van Kurt Schneider: de eufore, apathische en de prikkelbare vorm, of moeten de grenzen ruimer worden gesteld?

Zeh noemt als op de voorgrond tredende eigenschappen de vergroving der persoonlijkheidsstructuur, de toespitsing van bepaalde karaktertrekken en de vitale ontremming. Daarbij moeten worden betrokken de verschijnselen behorend tot veranderingen in de bewustzijnsgraad, de dementie en tevens de wijze waarop het defect dient te worden beoordeeld.

Het is een bekende klinische ervaring in het verloop van de paralytische psychose dat beelden, die als irreversibele demetieverschijnselen imponeren, zich geheel of gedeeltelijk kunnen herstellen. Wieck heeft duidelijk gemaakt dat het onderscheiden van reversibele bewustzijnsstoornissen en irreversibele demetie-symptomen een te simplistische voorstelling van zaken geeft. Zijn „Durchgangssyndrome” waartoe Scheid ook de mnestiche en affectieve stoornissen rekent, zijn gekenmerkt door een helder bewustzijn en reversibiliteit. Eigenlijk zijn de begrippen reversibel en irreversibel weinig gelukkig gekozen. Hierdoor wordt nl. een prognostische uitspraak gepretendeerd, hetgeen meer inhoudt dan men zeggen kan. Slechts het verloop van de psychose maakt duidelijk of de verschijnselen zich al of niet restitueren.

Volledigheidshalve moet ik opmerken dat Wieck zelf het demetiesyndroom en het verval der persoonlijkheidsstructuur als irreversibel heeft gekwalificeerd, doch hierop veel kritiek heeft ontvangen (Weitbrecht, Zeh). Ook de ervaringen uit de psychiatrische inrichting, waar de organische resttoestanden veel worden gezien pleiten er voor dat het demetiebegrip niet als een statische eenheid opgevat moet worden. Hierbij dient echter te worden aangetekend, dat het vooral de pseudodemente randverschijnselen zijn, door langdurige hospitalisatie ontstaan, die voor beïnvloeding toegankelijk blijken. Zonder een bindende uitspraak te willen doen omtrent de restitutiemogelijkheden van demetieverschijnselen, wil ik op onze ervaring wijzen, die leert dat het constateren van een demetie in geen geval reden is tot een therapeutisch nihilisme. De resultaten, die wij ten deze met psychiatrische revalidatie konden bereiken, zijn moedgevend.

Onmiskienbaar is dat de *dementia paralytica*, zodra de acute fase is doorlopen, ons het beeld geeft van een chronische orga-

nische psychose met toenemende stoornissen in de affectieve sfeer, initiatiefverlies, verval van de mnestiche functies etc., gezamenlijk uitmondend in een lichtere of ernstiger defecttoestand.

Het defect is inderdaad onmiskenbaar. De 11 gevallen van stationaire beelden na een acuut verlopen dementia paralytica, die momenteel hier in de inrichting verblijven, zien er vanuit de verte min of meer gelijk uit.

Het begrip 'defekt-geheilter Paralytiker' afkomstig van Poenitz (1928) is echter te eenzijdig en door Goldstein (1934) terecht bekritiseerd. Rationeler en passend in de huidige opvattingen van inrichtingspsychiatrie is: uit te gaan van wat aan mogelijkheden is overgebleven, niet van wat ontbreekt.

SAMENVATTING

- (1) De constatering van de toeneming der luetische infecties gedurende de laatste jaren noodzaakt tot het rekening blijven houden met neuroluetische complicaties.
- (2) Voor zover het opnamebestand van „Dennenoord” representatief kan worden geacht voor de frequentie van psychiatrische stoornissen in het noordelijk rayon, van waaruit deze inrichting haar patiënten betreft, blijkt dat de dementia paralytica hierin relatief weinig voorkomt.
- (3) De beschouwingen van Müller t.a.v. de langdurige incubatieperiode der dementia paralytica centreren zich rond de exotrope en endotrope neigingen van de spirochaeta pallida; zijn bewijsvoering steunt op deels exacte, deels hypothetische elementen.
- (4) De diagnostiek van de dementia paralytica behoort naast de psychopathologische verschijnselen voornamelijk gefundeerd te zijn op het liquor onderzoek, waarin de elektroforese een zeer essentiële plaats inneemt. Aan een constante daling van het gammaglobuline na behandeling met penicilline kan een prognostische betekenis worden toegekend. De malaria-therapie moet als obsoleet worden beschouwd.
- (5) Het verloop van de dementia paralytica toont een zeker parallellisme tussen de klinische en electro-encefalografische bevindingen. Zeh heeft voornamelijk hierop zijn psychofysische correlaties gefundeerd.
- (6) De ervaring vanuit de psychiatrische inrichting laat de vraag naar reversibiliteit of irreversibiliteit van dementieverschijnselen open; gewezen wordt op de noodzaak tot therapeutische aanpassing aan de resterende mogelijkheden van de patiënt.

SUMMARY

- (1) The establishment of the increase of the luetic infections during the last years obliges continuously to take into account neuroluetic complications.
- (2) As far as the admission of patients in 'Dennenoord' can be considered representative for the frequency of psychiatric disturbances in the northern area, from where patients come to this mental hospital, it seems that the dementia paralytica is relative of little occur in this area.
- (3) The considerations of Müller with regard to the longlasting incubation-period of the dementia paralytica are fixed round the exotropia and endotropia tendencies of the spirochete pallida; his argumentation partly relies on exact, partly on hypothetical elements.
- (4) The diagnostics of the dementia paralytica ought to be founded besides the psychopathological symptoms, also on the liquor test, in which the electrophoresis takes a very important place. To a constant decline of the gammaglobuline after treatment with penicillin can be attached a prognostic meaning. The malariatherapy must be considered as obsolete.
- (5) The course of the dementia paralytica proves a certain parallelism between the clinical and electro-encephalographic findings. Zeh mainly has founded upon this his psychophysical correlations.
- (6) The experience within the mental hospital leaves open the question to reversibility or irreversibility of symptoms of dementia; pointed is to the necessity of therapeutic treatment of the remained possibilities of the patient.

LITERATUUR

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Bräutigam, W. | <i>Der Nervenarzt</i> 29, 182 (1958). |
| Demme, H. | <i>Handbuch der inneren Medizin. Neurologie III</i> 271-365 (1953). |
| Diercks, A. L. | <i>Problemen in de klinische diagnostiek van lues nervosa.</i>
Proefschrift Amsterdam (1956). |
| Goldstein, K. | <i>Der Aufbau des Organismus.</i>
Nijhoff, Den Haag (1934). |
| Hermans, E. H. | World Forum on syphilis and other treponematoses. Washington 1962.
<i>Ned. Tijdschr. v. Geneesk.</i> 107, 713 (1963). |
| Illert, W. | Ueber den Symptomenwandel der paralytischen Psychose.
<i>Fortschr. Neurol.</i> 18, 31 (1950). |
| Mackenzie-
v. d. Noorda, M. C. | Prophylaxa van dementia paralytica.
<i>Tijdschr. v. Sociale Geneeskunde</i> 39, 498 (1961). |
| Meggendorfer, F. | cit. Demme. |
| Müller, A. | <i>Syphilis-Metasyphilis, eine medizinische-anthropologische Synthese.</i>
Hypokrates Verlag Stuttgart (1955). |
| Poenitz, K. | Der defektgeheilte Paralytiker.
<i>Zeitschr. Neurol.</i> 113, 703 (1928). |
| Reich, W. | Zur Frage eines Gestaltwandels der progressiven Paralyse.
<i>Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.</i> 86, 292 (1960). |

- Roodvoets, A. P. Toenemende promiscuïteit, een bedreiging voor de volksgezondheid.
Medisch Contact 20, 83 (1965).
- Scheid, W. Die Behandlung der Neurolues, insbesondere der Paralyse.
Psychiatr. der Gegenw. Bd II.
 Springer, Berlin (1960).
- Weitbrecht, H. J. Gestaltwandel der psychiatrischen Krankheitsbilder.
Med. Klin. 57, 81 (1962).
- Wieck, H. H. Zur klinischen Stellung des Durchgangs-Syndroms.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 88, 409 (1961).
- Zeh, W. *Progressive Paralyse.*
 Georg Thieme Verlag Stuttgart (1964).

VAN ORGANICITEIT TOT INTELLIGENTIEVERVAL

door Dr. E. W. DIJK, klinisch psycholoog (uit de Psychiatrische Inrichting 'Dennenoord' te Zuidlaren)

Terzake van organiciteit en intelligentieverval ga ik van twee premissen uit, namelijk dat de term organisch in het klinisch-psychologisch spraakgebruik een veelvuldig gehanteerd begrip geworden is en verder, dat zich omtrent het gebruik van aanduidingen als organisch gestoord, organiciteit, dementie enz. een stuk onzekerheid heeft gevormd, welke een kritische beschouwing van deze kwestie noodzakelijk maakt.

Het zoeken naar de psychologische variabele die voor een oriëntatie op het gebied der organiciteit als uitgangspunt zou kunnen dienen, was eenvoudig, daar algemeen dementie en aanverwante toestanden als intelligentiestoornissen worden aangemerkt. Een veel moeilijker zaak bleek het, hoe deze intelligentie te definiëren. De klacht dat het psychologisch denken belemmerd wordt door een veelheid aan psychologieën, zag ik bewaarheid in de talloze en niet zelden onderling tegenstrijdige omschrijvingen die van het begrip intelligentie zijn gegeven. Nu kan men zich simpelweg van deze theoretische vraag afmaken door met THORNDIKE te zeggen: 'Intelligentie is datgene wat de intelligentietests onderzoeken', doch daarmee zou de misvatting dat het psychologisch bedrijf niet anders inhoudt dan het hanteren van tests, in de kaart gespeeld worden. De test als onderzoeksmethode moet een hulpmiddel blijven en mag niet als doel, als niet meer ter discussie staande uitslag worden opgevat. Hoe belangrijk de operationele definitie als psychologische