

hele gezin verzorgd wordt. Meestal zijn echter de omstandigheden zodanig, dat opname geïndiceerd is.

Als inrichtingsartsen verheugen we ons in staat te worden gesteld tot dit werk der barmhartigheid. Wij mogen voor zwakzinnige kinderen een milieu helpen creëren, waar zij zich op hun eigen niveau kunnen handhaven. Wij doen ons werk in en vanuit de overtuiging dat niets van het geschapene zonder doel en bedoeling geschapen is. Wij achten het een voorrecht deze schijnbaar nietswaardige levens te mogen behoeden en beschermen en hun met gebruikmaking van alle wetenschappelijke en technische mogelijkheden van deze tijd, iets te bewijzen van de barmhartigheid die onszelf geschonken is.

ERVARINGEN MET LEUKOTOMIE BIJ ERETHISCHE DIEP-ZWAKZINNIGEN

door G. SCHUT, zenuwarts

De erethische idioot heeft de inrichtingen altijd voor enorme problemen gesteld.

Met het idiote *kind* gaat het nog wel. Een kind, waar U geen „vat” op hebt, kunt U tenslotte altijd nog wel oppakken en ergens neerzetten, maar als dat kind eenmaal volwassen is geworden, is dit anders!

De buitenpraktijk, en ook de gewone psychiatrische inrichting kent deze patiënten in hun volwassenheid niet. De groep erethisch-idioten die ik hier bespreken wil, blijkt gemiddeld reeds op een leeftijd van iets minder dan acht jaar definitief in een inrichting, (in dit geval in de dr. mr. W. v. d. Berghstichting, zoals U bekend zal zijn een specifieke inrichting voor zwakzinnigen) opgenomen te zijn. En dat wil wat zeggen, daar de meeste van deze opnamen vielen in de oorlogsjaren en de eerste jaren daarna, een tijd die zich kenmerkte door een nog groter plaatsgebrek voor zwakzinnigen dan de huidige.

Als volwassenen geven deze patiënten in de inrichtingen moeilijkheden waar men weinig van hoort. U begrijpt mij wel. Er zijn van die afdelingen die alleen de *zéér* ingewijde te zien kan krijgen, want die heeft er tenminste begrip voor...

Het beeld van de erethische idioot kent U wel. Hij pleegt somatisch over een voortreffelijke gezondheid te beschikken en daarbij oersterk te zijn. Hij is zeer beweeglijk en op zijn manier erg levenslustig. Contact is er echter niet, of vrijwel niet, men heeft generlei „vat” op hem, en hij is volkomen of nagenoeg volkomen verstandeloos. Meestal is hij niet eens zindelijk te houden, velen eten niet zelf. Een dergelijke patiënt aan zich-

zelf overgelaten passeert zijn tijd met scheuren, smeren, alles vernielen, ruiten inslaan, krijsen, schreeuwen, gooien, smijten, vechten, schoppen en slaan. Vaak komt daar dan nog automutilatie bij: Met 't hoofd bonken, zich de haren uittrekken, enz.

Ook bij geesteszieken, vroeger meer dan nu, komen wel eens dergelijke toestanden voor, maar die zijn dan gelukkig maar tijdelijk: we hebben daar immers niet te maken met een ontbrekend, maar met een gestoord verstand, dat toch altijd nog wel weer ergens aanspreekbaar wordt.

Kunt U zich dus indenken, dat juist deze groep van patiënten van het begin van de georganiseerde zwakzinnigen-verpleging af een benauwend probleem heeft gevormd?

De gewone sedativa bleken totaal niet te helpen, en werkten vaak zelfs averechts. Zodat men ging zoeken en tasten naar andere middelen om deze beklagenswaardige schepselen een aanvaardbare verpleging te geven. Wie de enorme moeilijkheden kent zal gaarne vergeven, dat men daarbij ook wel eens tot „noodsprongen” is gekomen, waar we nu om glimlachen.

Zo heeft men ongeveer 60 jaar geleden op de oudste inrichting van onze vereniging „s Heeren Loo”, een paviljoen ingericht, waar de ramen in de dagzalen zich 2 meter van de vloer bevonden, en dan nog met sterk afgeschuinde vensterbanken. U behoeft niet te vragen hoe doods zulke zalen met enkel bovenlichten waren, maar de ruiten bleven tenminste heel. Bij de overbevolking door evacuatie in de oorlog heeft het geval voor 't laatst als paviljoen dienst gedaan. Thans is het afgebroken. Ook ging men wel over tot „onverwoestbaar”, aan de vloer verankerd meubilair, maar er was weinig dat deze patiënten niet stuk wisten te krijgen. In paviljoen I, het oudste van de Van de Berghstichting, zijn in een bepaald zaaltje nog zware, in de muren gemetselde haken te vinden waar vroeger de ledikanten aan vastzaten.

In de tijd van de glasschaarste vlak na de oorlog hebben we in verschillende zalen de ramen moeten pantseren met zwaar draadgaas: ruiten van triplexhout laten immers geen licht door, en die kregen we anders te veel.

Natuurlijk heeft men getracht deze patiënten met spanlakens en inwikkelingen of dwangbuizen te fixeren en tot rust te brengen. Maar ook dat gaf geen oplossing: Ze zien kans zich vrijwel overal uit te wringen. Om hieraan te ontkomen heb ik zelf, toen ik nog op 's Heeren Loo werkte, eens voor een patiënte een kooibed laten maken: Een hoog spijlen-ledikant, voorzien ook van een spijlen-dak. 't Was voor een goed gebouwd meisje van een jaar of achttien toentertijd. Volslagen idioot was ze en zeer erethisch. Ze was oersterk en moest 's nachts altijd wor-

den gefixeerd, maar brak vrijwel iedere nacht los en was dan gevaarlijk voor haar medepatiënten door haar bijten. Ook keerde ze ze wel met bed en al om. Vanwege de sterke smeernegingen noemden de zusters haar altijd „pcep-Toos”. En dat zegt genoeg. Nu in haar kooi-bed met een deur met paviljoenslot, kon ze tenminste „onbelemmerd” slapen. Hoe stuitend het ook lijkt voor wie deze patiënten niet kent, voor háár was het beslist een verbetering.

Er is mij één geval bekend waar men bij een patiënt vanwege z'n gevaarlijke bijten in wanhoop maar het hele gebit heeft geëxtraheerd. Zelf ben ik nooit tot deze mutilerende ingreep overgegaan, er altijd nog voor teruggeschrokken, al scheelde 't wel eens niet veel. We hebben op de inrichting één jongen die uit beide oorschelpen een paar flinke happen mist. Het bijtwerk van z'n collega's, nog maar een paar jaar geleden!

Met vallen en opstaan heeft men in de loop der jaren geleerd. Het bleek mogelijk veel ongerichte energie van de idioten af te leiden en als 't ware te kanaliseren met „wandelen”. Vandaar de vele wandelgroepen die men in de inrichtingen voor ernstig zwakzinnigen altijd ziet. Inderdaad brengt dit middel een groot deel der patiënten tot een aanvaardbaar gedrag, maar jammer genoeg faalt het juist bij de druksten en de moeilijksten. Hier kan men niet mee op pad gaan, ze zijn eenvoudig niet bij elkaar te houden. Ook kan men niet de weg op voordat ze allemaal toonbaar zijn, en als de zesde zijn schoenen aan heeft, eindelijk, hebben de eerste twee ze al weer uit, en is de derde al weer onzindelijk. Juist met deze groep heeft men lang niets kunnen beginnen, m.a.w. deze patiënten bleven op zaal en in omheinde tuinen maar wat rond Darren. Een geluk: het was uiteindelijk maar een klein deel van de verpleegden. . . . Een grote verbetering werd gebracht door Juch, die de eerste directeur van de Van de Berghstichting geweest is. Voor deze groep verpleegden voerde hij de tredmolen in. Per dag kunnen ze hier in veel langer lopen, immers zodra de eerste aangekleed is kan hij de molen in. Er behoeft niet gewacht te worden tot allen klaar zijn. Ook kunnen de patiënten tussentijds één voor één op de W.C. geholpen worden. Het was een grote vooruitgang, dat men niet meer van het weer afhankelijk was, althans bij binnenmolens. Van muziek, vooral als er een pittig ritme in zat, bleek bij 't lopen een duidelijke stimulans uit te gaan. Juch heeft ook nog geprobeerd dit lopen meer zinvol te maken, door het te verbinden aan een arbeidsprestatie. De eerste molen koppelde hij via een tandwielenstelsel aan een waterpomp, met de bedoeling daarmee de stichtingswaterleiding een handje te helpen. . . . Dit is mislukt. De patiënten bleken maar

net in staat elkaar aan 't lopen te houden. De geringste remming bracht meteen stilstand.

We hebben thans drie van deze molen-afdelingen, die totaal 89 patiënten omvatten. De gemiddelde opnameleeftijd van deze groep noemde ik U reeds: iets beneden acht jaar. Ze leverden dus al vroeg moeilijkheden op.

De meesten van deze pupillen kwamen door het vele lopen (zes en meer uur per dag, wat met buiten wandelen praktisch nooit te halen is) tot een goed aanvaardbaar gedrag. Somatisch werden ze toonbeelden van gezondheid, en ze waren niet storend meer; ook de nachtelijke onrust werd vervangen door een gezonde slaap.

Maar niet allen: Een klein deel moest nog steeds in de molen worden gefixeerd, om tot lopen te dwingen, om automutilatie te voorkomen, en om agressie in te toemen. Ook was het gedrag 's nachts van dit stel nog verre van ideaal. Maar in die jaren was men al blij dat het zó was, en niet nog erger.

Omstreeks 1952 werd het zelfs met een zekere Herman ondanks alles nog een complete noodtoestand.

Deze jongen werd geboren 13 juli 1933 en reeds op 6 augustus 1936 in de Stichting opgenomen. Hij zou zich het eerste levensjaar normaal hebben ontwikkeld. Eén jaar oud liep hij reeds. Toen hij negentien maanden was maakte hij een ernstige griep met olitis media en longontsteking door. Nadien een sterke achteruitgang. Hij is nooit gaan praten en werd niet zindelijk, wel zéér druk. In de loop van de jaren werd hij steeds erethischer en agressiever. Een beschrijving van maart 1952 uit z'n dossier luidt: „Spreken doet hij niet, hij stoot alleen idiote knorgeluiden uit. Steeds staat hij te wiebelen en te grijnslachen. Hij beukt zich tegen 't hoofd, rukt zich de haren uit, trekt ook anderen bij voorkeur aan de haren en sleurt hen daaraan over de zaal; hij slaat, schopt en bijt, en sabbelt op alle mogelijke dingen. In z'n bed kan hij hevig liggen schuddebollen”. Zelfs de intensieve bewegingstherapie in de molen was niet in staat hem tot een redelijk gedrag te brengen. Het was meer dan bar, de zusters waren de wanhoop nabij.

Als *ultimum refugium* kwam bij dr. Steketee de gedachte op aan leukotomie. Toen patiënt hiertoe aan dr. Verbiest, die in die tijd nog als consulent voor neurochirurgie in Leiden kwam, werd voorgesteld, onderstreepte hij zelf de indicatie nog eens extra, door zich meteen van de begeleidende zusters los te rukken, en collega Verbiest aan te vliegen!

De operatie werd op 1 juli 1952 verricht in de neurologische kliniek te Utrecht. Het gedrag nadien wordt in de ontslagbrief als volgt beschreven: „Reeds spoedig at en dronk patiënt weer goed. De laatste dagen speelde hij op simpele wijze met z'n laken,

een touwtje, en andere voorwerpen. De verpleegster qualificeerde z'n gedrag als „lief”. Acht dagen na de operatie naar de stichting terug.”

In de navolgende maanden werd hij wel weer wat drukker, krijste soms als hij z'n zin niet kreeg, maar was nooit meer agressief of gevaarlijk. Het beeld van nu: Een wat eretische, gezonde idiote man, die met de bewegingstherapie in de molen zijn energie voldoende kwijt kan. Hij is altijd vrolijk, staat vaak te springen en te wippen, maar is nooit agressief meer, en niet lastig.

Inmiddels was het met een volgende patiënte steeds moeilijker geworden: *Betsy* geboren 15 januari 1927 en opgenomen in de v. d. Berghstichting op 24 mei 1938. Hier luidt de anamnese: Ze is de jongste van zeven kinderen. De anderen zijn allemaal gezond. Zwangerschap g.b. Geboorte vlot, op tijd, normale ligging. Ze groeide goed, kreeg géén borstvoeding. Pas toen zij een jaar oud was ging men merken dat ze zich niet normaal ontwikkelde. Zitten met anderhalf jaar, lopen met twee jaar. (Ze heeft rhachitis gehad). *Betsy* had nooit stuipen, was laat zindelijk, en ging laat praten. Ze heeft één jaar een B.L.O.-school bezocht, maar was daar niet te handhaven omdat ze zo druk was. Ze kon wel wat spelen. Maar kwam met praten niet tot zinsbouw. Ze werd steeds drukker, tot de familie haar ten einde raad op elfjarige leeftijd liet opnemen. De achteruitgang zette door. Ze ging wiebelende bewegingen maken, sloeg zichzelf tegen de oren. Smeerde met speeksel. Ook ging ze toenemend onaneren. Ze werd weer dag en nacht onzindelijk. Kreeg krijsbuien. Zo veel mogelijk lieten we haar in de molen lopen om haar energie af te leiden. Ze was trouwens ook niet meer tot iets anders in staat. Inmiddels groeide ze uit tot een fors meisje, en haar lichaamskracht kwam haar goed van pas, bij de toenemende agressiviteit. In de molen lopen ging niet meer zonder fixeren, maar alle riemen trok ze tenslotte kapot. Herhaaldelijk viel ze de zaalzusters aan, sloeg ze op 't hoofd. Eens wurgde ze bijna een mede-patiënte. Steeds méér ging ze spuwen. Ze scheurde haar kleding en vernielde niet alleen het beddegoed, maar ook de ledikanten. Ook ging ze zichzelf bijten, en met haar hoofd tegen de muren beuken. Paraldehyde en sominfeer deden niets. Tenslotte was ze vrijwel niet meer te verplegen. Ook hier werd als uiterste middel de leukotomie ondernomen. Collega Verbiest verrichtte de ingreep te Utrecht op 12 juni 1953. Hij had de voorwaarde gesteld, dat de ziekenauto die patiënte bracht, tot na de operatie moest blijven wachten, zo nodig kon ze dan „per kerende post” terug. Maar dit viel mee. Direct na 't ontwaken uit de narcose was ze rustig, en ze bleef zo. (Te vermelden valt nog dat bij de operatie verwijde

voorhoorns en atrophische hersenwindingen werden gevonden). Op 26 juni 1953 kwam ze op de stichting terug. Ze was nu veel beter te handhaven. Liep nog wel rusteloos heen en weer, en beet zich af en toe in de handen. Maar ze zong veel op haar manier en was niet agressief. Toen haar moeder op bezoek kwam kon patiënte mee uit wandelen gaan. Dit was in geen jaren meer mogelijk geweest.

Na een jaar ongeveer begon de onrust weer iets toe te nemen. Soms had ze een bui dat ze weer eens anderen probeerde te bijten. Maar meestal was ze leuk, kon zelfs spelen. Ook thans is ze nog in vrij goede conditie. Soms heeft ze nog haar onrustige buien met neiging tot bijten van anderen en zichzelf. Maar dit laat zich meestal wel opvangen door wat extra aandacht. Van de onhoudbare toestand van voor 1953 is geen sprake meer.

In 1954 kregen we de beschikking over Largactil. Eindelijk een kalmerend middel dat *hielp*, ook voor idioten! Het was een reusachtige vooruitgang. De nog overgebleven onrustige en agressieve patiënten bleken op chronische toediening van een kleine dosis (3 x 1 tot hoogstens 3 x 4 tabletten daags) goed te reageren. Het gaf een enorme verbetering in de molenzalen. De onrust en de agressiviteit, en ook de automutilatie verminderden sterk, evenals de personeelsmoeilijkheden. De zustersdiensten werden veel minder zwaar. Fixeren was vrijwel niet meer nodig. Toen in 1955 eens een collega van de Neurologische kliniek te Leiden opbelde om een spanlaken in verband met een zeer onrustige patiënt aldaar, kon ik met innerlijke vreugde m'n spijt betuigen, dat we zo'n ding op de hele stichting niet meer hadden. We maakten ons de illusie, dat de leukotomie een overbodige ingreep zou zijn geworden.

Maar toch bleken er hier en daar patiënten te zijn die zich van Largactil op den duur niets aantrokken, of die zelfs ave-rechts gingen reageren. Van de andere aanbevolen middelen als Phenergan, Serpasil, en later Plégicil en dergelijke, zagen we nooit succes.

De eerstvolgende waar we tot leukotomie moesten besluiten, was een meisje, *Jannetje* geboren 16 mei 1940 en opgenomen 17 december 1945. Ze is één van een tweeling. Het tweelingzusje is gezond, evenals het verdere gezin. Op zéér jonge leeftijd heeft ze een pneumonie gehad met een encephalitis, ook in de kleuterleeftijd nog herhaaldelijk longontsteking. De rapporten vermelden vanaf haar opname steeds dat het een moeilijk, diep zwakzinnig kind was, al kon ze wel enkele zinnnetjes praten. Ze weigerde vaak te eten. Was af en toe expres onzinnelijk. Ze had agressieve neigingen. Sloeg, schopte en spuwde naar haar omgeving. Trok zichzelf nu en dan de haren uit

het hoofd, beet zichzelf en anderen. Verscheurde ook haar kleding en gooid met haar eten. Al deze verschijnselen namen in de loop der jaren geleidelijk toe. In december 1954 begonnen we met een kleine dosis Largactil, later stijgend tot 7 tabletten daags. Eerst leek het of ze wat rustiger werd, maar dit duurde slechts kort. De automutilatie nam zeer ernstige vormen aan. Ze beukte zichzelf beurs, en sloeg zich nu en dan tot bloedens toe. Ook had ze soms erge huilbuien. Later kreeg ze nog Serpasil, in stijgende dosis, ook zonder resultaat. Ze moest in bed worden vastgebonden, waarbij het ledikant aan alle zijden werd gepolsterd, om de zelfbeschadiging enigszins binnen de perken te houden. Ook werd nog geprobeerd haar, beschermd door kussens, in de molen te laten lopen. Even ging het wat beter, maar al gauw was het weer totaal mis. Ze leverde in de verzorging wanhopige moeilijkheden op: Om haar te voeden waren drie zusters nodig, om haar aan te kleden zeker vier. Merkwaardig genoeg was ze soms wel zindelijk.

Ten einde raad besloten we tot leukotomie. Deze werd verricht te Leiden door dr. W. Luyendijk op 13 oktober 1955. Post-operatief waren er enige moeilijkheden: Enkele malen kreeg ze een hyperemesis zonder aanwijsbare oorzaak. Op 7 december 1955 kon ze in goede toestand worden ontslagen. Ze behoefde niet meer te worden gefixeerd, want ze sloeg zichzelf niet meer! Ook nadat patiënte weer geheel op was, bleef ze rustig. Ze speelde in de tuin, ging mee wandelen, en kon zelfs ontspanningsmiddagen bezoeken. Wel werd na enige tijd af en toe weer een agressieve neiging gezien, als ze over iets ontevreden was, bij voorbeeld te weinig aandacht naar haar zin, maar dit kunnen we zien als ondeugd. Ze is in een zeer behoorlijke toestand gebleven: Steeds goed op zaal te handhaven. Alleen als iets haar niet zint slaat ze nog wel eens met haar hoofd, of scheurt haar kleren. Als haar ouders op bezoek komen gaat ze mee wandelen. Ze speelt wat, maar is niet tot produktief werk te brengen. Al met al een enorme verbetering voor dit meisje; ze is zelfs boven het molenpeil uitgekomen.

Het volgende geval, dat werd geopereerd was *Maartje*, geboren 6 mei 1933 en opgenomen op 13 juni 1941, het enige kind van gezonde ouders. Dit meisje vertoonde weer een geheel ander beeld. De anamnese vermeldt: Zwangerschap en partus normaal. Familie g.b. Maartje zat pas toen ze twee jaar was, liep pas met drie jaar. Twee jaar oud is ze uit een hobbelpaard gevallen en tien minuten bewusteloos geweest. Ze zou tweemaal een toeval gehad hebben. Ze is nog naar een kleuterschool geweest, maar was daar niet te handhaven. Op een medisch-pedagogisch bureau, waar ze van 1938-1940 onder controle was, vond men met de Buehler-test een I.Q. van 48. Men ad-

viseerde plaatsing in onze inrichting. Bij de evacuatie van de stichting in 1942 ging ze naar huis. Maar gaf daar weer te veel moeilijkheden, zodat ze belandde in „Vogelenzang” te Bennebroek. Omdat ze hier niet paste keerde ze in 1952 weer op de Van de Berghstichting terug. Bij de eerste opname werd ze beschreven als „lief en aardig”. Voor onderwijs kwam ze niet in aanmerking. Haar prestaties waren zéér gering. Ze sprak slechts enkele woorden. Kon wel bezig gehouden worden met blokjes. Bij de opname in 1952 was het beeld heel anders: Ze maakte een agressieve indruk. „Praatte” onverstaanbaar. Kleedde zich wel zelf aan. Ze at ook zelf en was zindelijk. Bij de wandeling viel ze af en toe anderen aan. Bij veranderingen in de omgeving en bij onrust van medepatiënten, ging ze steeds vaker met agressiviteit reageren. In september 1955 begon ze schreeuwerig te worden. Ze liep toen in de molen, speelde nooit meer. Haar onrust nam toe, en de gilbuien werden erger. Begonnen werd met Largactil maar dit had maar een gering en voorbijgaand effect. (Ze heeft tot 10 tabletten daags gehad). Tenslotte was het een doordringend geschreeuw dat dag en nacht voortduurde! Ook leek ze angstig. Bij bezoek was het nog erger zo mogelijk. Omdat niets anders meer hielp werd de indicatie tot leukotomie gesteld. (Mogelijk is dit iets verhaast, doordat het zeer irriterende, voortdurende gegil tot in de kamer van de geneesheer-directeur goed hoorbaar was!)

Ze werd op 8 november 1956 door collega Luyendijk geopereerd. Getracht werd patiënte rustig naar de kliniek te brengen, maar dit is niet gelukt: Ondanks een toediening van 20 mg morfine plus $\frac{1}{8}$ mg scopolamine plus 150 cm³ 10 procent paraldehyde kwam ze gillende in het ziekenhuis aan. Het postoperatief verloop was ongestoord. Toen ze op de inrichting terugkeerde was ze volkomen gekalmeerd. Ze was lief en hielp zelfs met het afhalen van koperdraad, een zéér eenvoudige vorm van arbeidstherapie. Haar belangstelling nam wat toe, en ze ging zelfs mee wandelen. Ze heeft dit peil echter niet behouden. Het „werk” is maar van korte duur geweest. Ze kwam weer in de tredmolen terecht maar liep daar plezierig mee. Opvallend is dat ze na de operatie volledig schaamteloos is gaan onaneren. Zo erg dat af en toe haar handen moeten worden gefixeerd om het tegen te gaan. Te voren deed ze dit niet. Desondanks is het meisje in een zéér veel betere toestand gekomen. Ze lacht en fluit, en tracht op haar manier wat aandacht te trekken. Ze gilt niet meer, en is niet angstig.

Zo is het doorgegaan. Aangemoedigd door de indrukwekkende successen bij deze beklagenswaardige stumperds, die we op geen enkele manier redelijk meer konden verzorgen, zijn we in de indicatiestelling zelfs iets vlotter geworden.

We hebben nu ervaring over 18 gevallen. We gingen er toe over als laatste mogelijkheid, indien het noch met pedagogische of verpleegmaatregelen noch met medicamenten meer gelukte de agressiviteit en de automutilatie, of ander asociaal gedrag binnen redelijke grenzen te houden.

Bij deze 18 patiënten zijn er 6 die het jarenlang op Largactil goed gedaan hebben. Merkwaardig genoeg helpt dit dan plotseling niet meer, terwijl er gelijktijdig een flinke urobilinurie verschijnt. Dit gebeurde steeds zonder enig voorteken, na 3 tot $4\frac{1}{8}$ jaar. De oorzaak is ons niet bekend. Bij staken van de Largactil verdwijnt de urobilinurie snel, maar deze treedt direct weer op als men het middel weer geeft. We verwachten dat dit verschijnsel op den duur wel bij meer van onze Largactil-gebruikers zal optreden.

De meesten van deze 18 patiënten zijn van 't begin af van de allemoeilijksten geweest. Dit zou ook kunnen blijken uit de doorsnee opname-leeftijd die is iets beneden de 7 jaar, dus nog 1 jaar lager dan het gemiddelde van de gehele molengroep.

De leeftijd bij operatie varieerde van 13 tot 34 jaar. Gemiddeld was deze 21 jaar.

Wat de resultaten betreft:

Eén patiëntje, *Tommy*, geboren 2 januari 1944 is verslechterd. Dit ventje maakte op tweejarige leeftijd een pneumonie plus menengitis door, en werd al opgenomen toen hij vier jaar oud was. Hij werd steeds erethischer. Na de leukotomie op 20 maart 1958 kwam slechts een zéér korte rustige periode. De eerste dag zelfs heeft hij enkele woorden gezegd, wat al in geen jaren meer gebeurd was. Maar na veertien dagen sloeg hij de ruiten al weer in en thans scheurt hij meer, en is nog minder zindelijk te houden dan voor de ingreep. Ook is hij zichzelf gaan mutileren wat hij te voren niet deed. Zo mogelijk is hij nóg agressiever geworden.

Eén patiënte, *Jeanet* geboren 30 januari 1936 werd geopereerd op 5 juli 1957 en verbeterde niet, verslechterde ook niet. Op het vermoeden dat hij bij de doorsnijding misschien niet diep genoeg was gegaan, heeft collega Luyendijk 6 november 1958 de ingreep herhaald: Zonder dat het beeld daarna ook veel veranderde: Ze is nog even agressief en storend en smeert nog even erg als te voren, alleen is ze minder angstig geworden. Dus uiteindelijk toch nog enige winst.

Van drie andere patiënten zouden we kunnen zeggen: matig verbeterd. En dertien zijn er sterk verbeterd, (al blijven ze natuurlijk zwaar gestoord).

Wat er dan al zo verbeterde? Allereerst de tomeloze agressiviteit en de enorme onrust die meestal het beeld wel beheersten. In één geval (*Tommy*) nam deze nog toe, in drie gevallen

zagen we een vermindering, in elf gevallen verdween de agressiviteit geheel.

Elfmaal was er sprake van ernstige automutilatie. Eén maal was deze er te voren niet, en trad na de operatie op (Tommy). Maar in drie gevallen was er een belangrijke vermindering, en bij acht patiënten verdween de neiging tot zelfbeschadiging geheel.

De gil- en kriesbuien die bij veertien van de geopereerden aanwezig waren, namen in drie gevallen sterk af, en traden bij tien patiënten in 't geheel niet meer op.

Drie patiënten, die te voren moesten worden gevoed, eten nu zelf. In zes van de achttien gevallen was er verbetering op het gebied van de zindelijkheid. De zeer hinderlijke neiging tot smeren, die acht van de achttien patiënten vertoonden, verdween in vijf gevallen.

Het ogen-contact is in acht van de achttien gevallen duidelijk toegenomen, het praten verbeterde vier maal (al bleef het natuurlijk op zéér diep zwakzinnig niveau).

Wat het lopen in de molen betreft, in tien gevallen verbeterde dit sterk, vier gevallen kwamen zelfs blijvend boven het molenpeil uit.

Op de in vijf gevallen aanwezige epilepsie konden we geen duidelijk invloed constateren.

Dit alles betreft de verbeteringen die stand hielden. (De observatieduur na de operaties loopt van vier maanden tot bijna zeven jaar. In zes gevallen is deze al langer dan twee jaar, in elf gevallen is er al meer dan één jaar verlopen sinds de ingreep).

Opvallend is dat bij ongeveer de helft van de patiënten het aanvankelijke succes nog groter was dan het blijvende. Na een half jaar hebben we in 't algemeen het beeld niet meer van betekenis zien veranderen.

Een neurofysiologische verklaring van de verbetering ontbreekt. Tot nu toe hebben we heel weinig complicaties gezien. Eén patiënte had postoperatief een periode met nu en dan hyperemesis die een paar weken duurde en vanzelf weer verdween. Eén patiënt had postoperatief totaal geen eetlust gedurende zes weken. Hij moest worden gevoed. Tevoren at hij altijd zelf. Nadien herstelde zich gelukkig de spontane drang tot voedselopname.

Eén patiënte kreeg één maand na de operatie een periode van hoge koorts en braken en algemene stijfheid. Dit ging vanzelf weer over. De oorzaak is niettegenstaande observatie in de neurologische kliniek in Leiden niet duidelijk geworden.

Eén patiënte kreeg na enkele maanden urine-retentie. Deze was eerst compleet, zodat steeds catheteriseren nodig was. Nu, na

een half jaar is de spontane mictie gedeeltelijk weer teruggekeerd. Ze wordt nu nog éénmaal per dag gecatheteriseerd om retentie-cystitis te voorkomen.

Eén patiënte (Maartje, die ik U beschreef) is na de operatie sterk gaan onaneren. Mogelijk is dit een uiting van de persoonlijkheidsvervlakking die bij geesteszieken na leukotomie zo vaak is geconstateerd?

We hebben bij deze groep van patiënten nog geen essentieel verschil gevonden in de status vóór de operatie, dat zou kunnen aangeven bij welke gevallen méér, en bij welke gevallen minder succes te verwachten is.

Samenvattend kunnen we zeggen:

Wanneer de erethische idioot, door agressiviteit, automutilatie, schreeuw- en kriesbuien enz. in een hopeloze situatie is geraakt, waarbij noch met pedagogische of verpleeg-maatregelen, noch met sedativa of neuroplegica iets meer te bereiken valt, dan is als ultimum refugium leukotomie te overwegen.

Het bezwaar van de ethische vervlakking is hier nauwelijks of niet aanwezig, de complicaties en het risico van de ingreep bleken tot nu toe gering.

In achttien volstrekt hopeloze gevallen zagen we: 1x verslechtering (al kon 't niet veel erger dan 't al was); 1x geringe verbetering; 3x matige verbetering; 13x sterke verbetering van de toestand van de patiënt voor hemzelf en voor de omgeving. Kennelijk hebben deze mensen voor zichzelf na de operatie een veel minder ongelukkig leven gekregen.

DE WAARDE VAN HET ARCHIEF

door P. E. BOEKE, hoofd van de afdeling klinische psychologie van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen. (Dir. Prof. Dr. Mr. P. A. H. Baan).

„Iedere psychiatrische inrichting of kliniek beschikt over een rijke schat aan ziektegeschiedenissen, die een appel doen op wetenschappelijke bewerking. Voor de vooruitgang van onze kennis zou het van groot belang zijn, wanneer deze ervaringen van vele jaren zo volledig mogelijk zouden kunnen worden vastgelegd en wanneer de zorgvuldige verslagen gelijkelijk alle waarnemingen zouden betreffen en niet voornamelijk de zogenaamde interessante gevallen. Ook het ogenschijnlijk alledaagse ziektegeval kan, onder een nieuw gezichtspunt, waarde krijgen, zodat dan onvoldoende beschrijving een pijnlijke leemte wordt. Juist ook de onduidelijke, onbegrijpelijke en daarom vaak veronachtzaamde gevallen,