

KADAVERHERSENEN EN EXCESSEN IN BACCHO EN VENERE

Dementia paralytica in de Nederlandse psychiatrie (1870-1920)*

Cadaver brains and excesses in Baccho and Venere. Dementia paralytica in Dutch psychiatry (1870-1920)

This article deals with Dutch psychiatry's involvement with dementia paralytica between 1870 and 1920. The psychiatric interpretation of this disorder, which is caused by syphilis, would vary depending on the institutional and social context wherein it was examined, treated and discussed by physicians. We argue that psychiatric diagnoses and understandings of this disorder in part have a social-cultural basis and can be explained against the backdrop of the professionalization of Dutch psychiatry. First we address what dementia paralytica amounted to and why this disease drew so much attention in the late nineteenth and early twentieth centuries. Next we discuss (1) how psychiatrists variously understood dementia paralytica in asylum practice, which centered on diagnosis, care and treatment, (2) their pathological-anatomical study of the physical causes of this disease, as well as (3) the public debate on its prevalence and causes.

De ziektebeelden van de krankzinnigen in de Nederlandse gestichten aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw verschilden nogal van die van de patiënten in de huidige psychiatrische ziekenhuizen. Het toenmalige begrip krankzinnigheid had een ruimere strekking dan wat nu als psychiatrische ziekte geldt. Terwijl de overgrote meerderheid van de opgenomen patiënten tegenwoordig uit lijdens aan psychotische en stemmingsstoornissen bestaat, bedroeg hun aandeel een eeuw geleden nog geen 60 procent. De rest leed aan zwakzinnigheid (20 procent), ouderdomsdementie (10 procent) en neurologische aandoeningen, al dan niet gecombineerd met geestesstoornissen (ruim 8 procent).¹ Bijna 40 procent van de krankzinnigen

* Met dank aan Joost Vijsselaar en Frank Huisman voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

1. E. Borgesius en W. Brunenberg, *Behoeftte aan asiel? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie* (Utrecht 1999) 15-16; J.H. Schuurmans Stekhoven, *Ontwikkeling*

leed aan chronische, moeilijk behandelbare stoornissen. In feite waren de gestichten grotendeels verpleeginrichtingen; het aandeel van de patiënten dat jaarlijks ‘hersteld’ of ‘verbeterd’ werd ontslagen, bedroeg niet meer dan een derde van het aantal per jaar opgenomen krankzinnigen.²

Dit artikel gaat over een van deze chronische stoornissen, dementia paralytica, en de wijze waarop medici er tussen 1870 en 1920, tegen de achtergrond van de psychiatrische beroepsvorming, mee omgingen. De institutionele krankzinnigenzorg is al eeuwen oud, maar pas in de negentiende eeuw kwam het medische vak psychiatrie tot ontwikkeling. In Nederland markeerde de oprichting in 1871 van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie (NVP) door gestichtsgeneesheren het begin van de vorming van het nieuwe specialisme, dat vanaf 1896 verenigd was met de neurologie. Tot ver in de twintigste eeuw zou de zorg voor geesteszieken in psychiatrische inrichtingen het kerndomein van psychiaters zijn, maar al aan het eind van de negentiende eeuw begonnen zij hun activiteiten ook buiten de gestichten, te ontplooiën: op universiteiten, in sanatoria en zenuwklinieken, algemene ziekenhuizen en particuliere praktijken. De toonaangevende leden van de NVP waren positivistisch en (sociaal-)liberaal ingestelde artsen die wetenschap en sociaal verantwoordelijkheidsgevoel beschouwden als de pijlers voor maatschappelijke vooruitgang. Zij vonden dat de zorg voor geestes- en zenuwzieken onder hun leiding op medische leest moest worden geschoeid en zij drongen aan op de institutionalisering van het psychiatrisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek aan de universiteiten. Ook trachtten zij hun werkgebied uit te breiden door te pleiten voor een grotere rol van de psychiatrie in de rechtspraak en voor hygiënistische maatregelen in de samenleving ten einde geestes- en zenuwziekten zoveel mogelijk te voorkomen. Sommige psychiaters manifesteerden zich als bewakers van de maatschappelijke orde, als volksopvoeders of als sociale hervormers.³

De klinische praktijk, de natuurwetenschappelijke pretenties en de maatschappelijke ambities van de zich professionaliserende psychiaters sloten echter niet altijd naadloos op elkaar aan. Dit blijkt bij uitstek uit hun bemoeienis met een moeilijk behandelbare ziekte als dementia paralytica. De psychiatrische duiding van de stoornis veranderde en varieerde al naar gelang

van het krankzinnigenwezen in Nederland 1813-1914 (’s-Gravenhage 1922) tabel VIII; H. Oosterhuis en M. Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)* (Houten 2008) 113-115; zie ook J. Vijselaar, *Het gesticht. Enkele reis of retour* (Amsterdam 2010).

2. D. Schermers, ‘De toeneming van het aantal krankzinnigen in ons land’, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 57 (1913) 589-601, 594.

3. Zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest*, 64-244 en P. van Drunen, Van gestichtsarts tot psychiater. Contouren van een beroepsgroep in ontwikkeling, 1900-2000 (Ongepubliceerd onderzoeksrapport 2004) 12-16; zie ook P. van Drunen, ‘Van gestichtsarts tot psychiater’, *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 63 (2008) 704-717.

de institutionele en maatschappelijke context waarin zij deze onderzochten, behandelden en bediscussieerden. Zonder de lichamelijke en psychische realiteit van *dementia paralytica* te bagatelliseren, willen wij laten zien dat de betekenissen die geneeskundigen in hun diagnoses en verklaringen eraan gaven, deels sociaal-cultureel van aard zijn.⁴ Onze bronnen bestaan uit patiëntendossiers en medische publicaties. Eerst zetten wij uiteen wat de nu nauwelijks meer voorkomende ziekte *dementia paralytica* inhield en waarom deze eind negentiende, begin twintigste eeuw zoveel medische aandacht trok. Vervolgens bespreken wij hoe artsen *dementia paralytica* begrepen in (1) de gestichtspraktijk, waarin het ging om diagnose, verpleging en behandeling, (2) hun pathologisch-anatomische onderzoek naar de lichamelijke oorzaken en (3) de maatschappelijke discussie over de prevalentie en sociaal-culturele oorzaken van deze ziekte.

Dementia paralytica: de ziekte van de negentiende eeuw

Dementia paralytica was een dodelijke zenuwaandoening die zich behalve in lichamelijke aandoeningen, zoals verlammingen, epileptische aanvallen en motorische en spraakstoornissen, uitte in tal van geestes- en gedragsstoornissen: demantie, depressiviteit, manie, hallucinaties, grootheidswaanzin en verlies van zelfbeheersing.⁵ Sinds het begin van de twintigste eeuw is bekend dat de oorzaak van neurosyfilis, zoals de ziekte nu heet, een aantasting van de hersenschors is als gevolg van besmetting met de syfilisbacterie door middel van seksueel contact of de overdracht van de moeder op de vrucht. *Dementia paralytica*, in het verleden ook wel algemene en progressieve paralyse of in de volksmond ‘hersenvetking’ genoemd, vormde samen met *tabes dorsalis* (‘ruggenmergtering’) het laatste stadium van syfilis, dat zich na vijf tot vijftien jaar na de besmetting bij een deel van de onbehandelde syfilislijders voerde. Medici vermoedden in de negentiende eeuw een verband met syfilis, maar over de precieze aard daarvan bestond tot de Eerste Wereldoorlog geen duidelijkheid. Nadat in 1905 was aangetoond dat een bacterie syfilis veroorzaakt, ontwikkelde de Duitse arts A. von Wassermann een test om de aanwezigheid van antilichamen voor syfilis in het bloed aan te tonen. In 1913 werd met de ontdekking van de syfilisbacterie in de hersenen van paralyselijders duidelijk dat *dementia paralytica* het tertiaire stadium van syfilis vormde en vervolgens gingen psychiaters de Wassermann-test gebruiken om *dementia paralytica* te diagnostiseren.⁶ Tot de jaren twintig bestond er geen geneesmid-

4. Vergelijk C. Rosenberg en J. Golden (eds.), *Framing disease. Studies in cultural history* (New Brunswick (NJ) 1992).

5. H. van den Berg en B. Meijer, *Zakwoordenboek van de psychiatrie* (Amsterdam 1994) 63.

6. C. Quézel, *History of syphilis* (Cambridge 1990) 140-141, 162-163.

del en veel patiënten stierven lichamelijk en geestelijk totaal afgetakeld, vaak binnen vijf jaar nadat het begin ervan zich had gemanifesteerd. In 1917 werd ontdekt dat het ziekteproces tot staan was te brengen door middel van een kunstmatige besmetting met malaria en de daarmee gepaard gaande hoge koorts. Deze koortskuur, waarbij de malaria weer werd bestreden met kinine, was de gangbare therapie tot de introductie in het midden van de jaren veertig van penicilline als geneesmiddel voor syfilis.⁷

Dementia paralytica kreeg aan het eind van de negentiende en het begin van de twintigste eeuw veel aandacht in de psychiatrie. Daarvoor zijn drie redenen aan te wijzen. Ten eerste constateerden artsen vanaf de jaren tachtig een sterke stijging van het aantal ziektegevallen. Sommige historici onderschrijven de waarneming van negentiende-eeuwse medici. Dementia paralytica en tabes dorsalis zouden daadwerkelijk vaker zijn voorgekomen als gevolg van een syfilisepidemie die zich in Europa en Noord-Amerika verspreidde.⁸ Ten tweede leek deze ziekte de belofte van de medische aanpak in de psychiatrie waar te maken dat er voor geestesstoornissen lichamelijke oorzaken waren te vinden. Zoals enkele historici hebben benadrukt, grepen psychiaters dementia paralytica dankbaar aan om hun natuurwetenschappelijke pretenties te onderbouwen. Als voor deze aandoening een lichamelijke oorzaak was aan te tonen, zo veronderstelden zij, zou dat wellicht ook voor andere geestesstoornissen mogelijk zijn en dan kon de psychiatrie zich als volwaardige medische discipline ontplooien.⁹ Ten derde speelde dementia paralytica een belangrijke rol in de psychiatrische discussie over de maatschappelijke oorzaken van geestesstoornissen en de te nemen preventieve maatregelen; in dit verband ging het om de sociaalhygiënische uitbreiding van het psychiatrisch beroepsdomein.

Dementia paralytica in het gesticht

Een groot deel van de lijdens aan dementia paralytica kwam terecht in krankzinnigengestichten en een kleiner deel van deze patiënten werd thuis of in kuuroorden en sanatoria verpleegd. De jaarverslagen van de inspecteurs van het Staatstoezicht op Krankzinnigen en Krankzinnigengestichten geven aan

7. Quétel, *History*, 325; A. Mooij, *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie 1850-1990* (Amsterdam 1993) 145-146.

8. Zie bijvoorbeeld E. Shorter, *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of prozac* (New York etc. 1997) 53-59.

9. Quétel, *History*, 61; A. Abbott, *The system of professions. An essay on the division of expert labor* (Chicago 1988) 50-51; E.J. Engstrom, *Clinical psychiatry in imperial Germany. A history of psychiatric practice* (Ithaca, Londen 2003) 107-110; H. Binneveld en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. 100 jaar katholieke psychiatrie Voorburg 1885-1985* (Vught 1985) 35.

dat hun aandeel in de totale gestichtsbevolking in Nederland tussen 1875 en 1915 steeg van ruim 2 tot bijna 7 procent.¹⁰ Aan de hand van geanonimiseerde patiëntendossiers van twee gestichten in Deventer gaan wij na hoe gestichtsartsen in hun klinische praktijk lijdens aan dementia paralytica diagnostiseerden en behandelden, welke oorzaken zij aanwezen en hoe een en ander te begrijpen is in de context van hun professionele ambities en de problemen waarmee zij zich geconfronteerd zagen. Net als in andere Nederlandse gestichten werd getracht om de gebreken van het oude stadshospitaal, het uit de zestiende eeuw stammende en in 1841 als geneeskundig gesticht erkende St. Elisabethsgasthuis, het hoofd te bieden door de bouw van een nieuw gesticht op het landgoed Brinkgreven aan de rand van de stad, dat in 1894 werd geopend.¹¹

Van de 353 patiëntendossiers uit de periode 1870-1914 die wij op basis van een willekeurige steekproef uit het totale aantal van 1.213 dossiers van de in Deventer opgenomen patiënten selecteerden, hebben twintig betrekking op lijdens aan dementia paralytica.¹² Hun aandeel bedraagt ruim 5,5 procent van het totaal aantal patiënten in de steekproef en daarmee waren de instellingen in Deventer min of meer representatief voor de Nederlandse gestichten. Op een na overleden zij allen in het gesticht, vijftien van hen binnen twee en vier binnen vijf jaar. Voor zover vermeld waren zij van beroep koopman, bakker, smid, werkmans, fabrieksarbeider, militair, ambtenaar en boekhouder of waren zij gepensioneerd. Negentien patiënten waren gehuwd, één man was weduwnaar. Onder de twintig paralytelijders kwam slechts één vrouw voor. Dat stemt overeen met het algemene beeld dat psychiaters van deze patiënten schetsten: de ziekte trof vooral mannen tussen dertig en zestig jaar.¹³

Ongeacht de verpleegtijd van de patiënt beslaan de dossiers doorgaans niet meer dan drie bladzijden. De geringe omvang en selectieve inhoud ervan hangen samen met hun toenmalige functie: de verslaglegging diende in de eerste plaats om de wettelijk vereiste medische krankzinnigenverklaring en de voor gestichtsoptneming noodzakelijke rechterlijke machtiging te onderbouwen. De Krankzinnigenwet van 1884 schreef voor dat artsen gedurende de eerste twee weken na een opname hun bevindingen omtrent de patiënt dagelijks op schrift stelden en op basis daarvan een geneeskundig verslag aan de

10. G. Blok, *Hersenvetking in Nederland. Het psychiatrisch vertoog over dementia paralytica 1844-1930* (Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam 1995) 15.

11. C.M. Hogenstijn, *Sint Elisabethsgasthuis en Brinkgreven. Geschiedenis van de psychiatrische ziekenhuizen te Deventer* (Deventer 1987); J. Visselaar (ed.), *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder* (Utrecht 1993).

12. De dossiers bevinden zich in het archief van Adhesie GGZ Midden Overijssel. In onze verwijzingen vermelden wij naast de dossiernummers ook de jaren waarin de betreffende patiënten waren opgenomen.

13. Blok, *Hersenvetking*, 15-16.

rechter stuurden ten einde verlenging van de verpleging dan wel ontslag aan te vragen. Vervolgens dienden zij in het daarop volgende half jaar wekelijks en tijdens de rest van de opnametijd maandelijks het dossier bij te houden. De rapportage was meestal kort en wat artsen noteerden, diende vooral ter legitimatie van de diagnose en (de verlenging van) de opname. De motivatie daarvoor was meestal niet zozeer medisch als wel maatschappelijk van aard. Uit de ruime aandacht voor onrustig, storend en gevaarlijk gedrag komt naar voren hoezeer de gestichtspsychiatrie een sociale functie vervulde: de diagnose dementia paralytica rechtvaardigde de rechterlijk gefiatteerde opname ter bescherming van zowel de individuele patiënt tegen zichzelf als van de veiligheid van zijn naasten en de maatschappij.¹⁴ Zo is in een dossier uit 1884 te lezen dat de grootheidswaanzin en de hallucinaties van de betreffende patiënt hem ‘geheel ongeschikt voor vrij maatschappelijk verkeer’ maakten. ‘Lijders toestand en de openbare orde vorderen verlenging van verpleegtijd’.¹⁵ Een 46-jarige man met ‘algemene paralyse’, die leed aan ‘verschijnselen van grootheidswaanzin en [...] aanvallen van onrust’, was opgenomen omdat het ‘gevaarlijk is hem alleen te laten’.¹⁶ Een andere patiënt was thuis ‘onhoudbaar’ en ‘gevaarlijk voor zijn omgeving, hij wilde zijn kind mishandelen en zichzelf, zijn hoofd in de oven stoppen’.¹⁷

Uit de dossiers komt naar voren hoe hulpbehoevend de paralyselijders waren: velen konden nauwelijks spreken, lopen en zitten, laat staan werken, waartoe vele andere geesteszieken wel in staat waren. Enkelen waren daarentegen zo moeilijk in bed te houden dat de geneesheren hun toevlucht tot dwangmiddelen moesten nemen. Een 35-jarige fabrieksarbeider die in 1904 dacht dat hij de oorlog tussen Rusland en Japan eigenhandig moest beëindigen, kon ‘slechts met veel moeite enigszins in bedwang gehouden worden, waarbij inwikkelingen en hyoscine herhaaldelijk nodig zijn’.¹⁸ Vanwege hun wanen was communicatie met deze patiënten meestal moeilijk of onmogelijk. Toch bevatten de dossiers wel beschrijvingen van hun stemming en gedrag. In 1870 schreef een van de artsen over een van hen:

Hij is hier in het gesticht tevreden [...] hij bladert de gehelen dag in een boek, zonder hierin te lezen. Hij is in zijne gesprekken in hoge mate kinderachtig, zijn spraak is stamelend, hij loopt waggelend, zijn gevoel is afgestompt, van de natuurlijke verrichtingen schijnt hij niets te merken, daar hij gedurig onzindelijk is. Hij eet met graagte, maar toont ook hierin niet veel smaak te bezitten

14. Vergelijk Vijselaar, *Het gesticht*.

15. Dossier 2052 (1884).

16. Dossier 1302 (1870-1872).

17. Dossier 486 (1889).

18. Dossier 1622 (1904-1909).

daar hij alles dooreen mengt. Zijn toestand ondergaat geen verandering [...] Wanneer hij moet worden geholpen, is hij wel eens boos en opvliegend.¹⁹

Verwijzingen naar (on)tevredenheid, hulpbehoevendheid, apathie, onrust en agressie komen frequent voor in de dossiers uit de jaren zeventig en tachtig. Over een als zeer gestoord en gevaarlijk getypeerde paralyticus staat genoteerd: 'Hij is des nachts onrustig geweest, verliet zijn bed om weg te lopen en heeft toen dit hem belet werd erg liggen vloeken'.²⁰ In het dossier van een 57-jarige vrouw is te lezen:

De lijderes is suf en antwoordt niet op vragen, zij moet worden geholpen, eet niet alleen en is geheel wezenloos. Zij was 's nachts onzindelijk, zit voor zich uit te staren en is geheel hulpbehoevend. Zij heeft geen besef van wat om haar heen gebeurt [...] moet in alles worden geholpen.²¹

Verder is de vrij gedetailleerde weergave van de inhoud van wanen en hallucinaties opmerkelijk. Over een gepensioneerde militair, die in een vergevorderd stadium van dementia paralytica verkeerde, schreef de gestichtsarts bijvoorbeeld:

Hij ziet mij voor de koning aan, noemt mij geregeld Sire, meent mij door zijn dapperheid en heldendrift zeer te kunnen bevoordelen, heeft plannen voor verschillende expedities die hij in Indië in een oogwenk tot een goed einde kan brengen, zoals hij als veldmaarschalk met 12 jaren in dezelfde betrekking ook reeds gedaan heeft [...] Hallucinaties, 's nachts hoort hij zijne vrouw en worden hem meiden in bed gebracht. Als een enorm jager wil hij mij zijn jachtbuit: leeuwen, tijgers, allerlei wilde dieren levend gevangen ten geschenke geven. Hij vertelt allerlei verhalen van zijn ondervindingen, hij kan alles, niemand heeft zovele wapenfeiten bedreven als hij, de beambten ziet hij voor bekende officieren of de vechtmajoor aan; hij speelt met miljoenen goud en diamanten, benoemt mij tot hertog, bij den koningstitel [...].²²

Voor zover zij daarvan melding maakten, zochten de gestichtsartsen de oorzaken van dementia paralytica vooral in relationele en emotionele factoren, zoals conflicten en verdriet. Over de vrouw staat vermeld dat haar ziekte was veroorzaakt door verdriet omdat haar kinderen het ouderlijk huis verlieten.²³ In het dossier van een 44-jarige man is te lezen dat 'de grootste oorzaak was dat

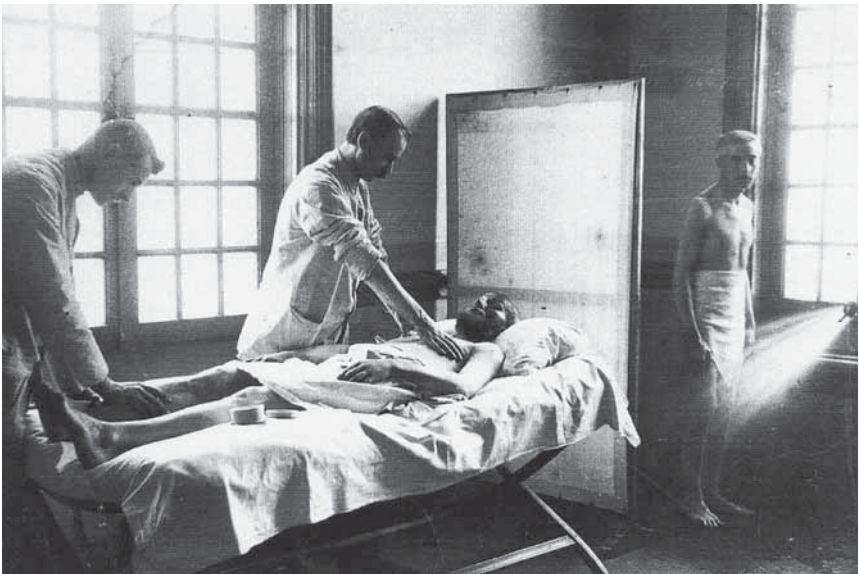
19. Dossier 1302 (1870-1872).

20. Dossier 486 (1889).

21. Dossier 402 (1886-1888).

22. Dossier 2052 (1884).

23. Dossier 402 (1886-1888).



Therapieën in Brinkgreven. Bron: Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven, Deventer.

hij niet kon scheiden van zijn vrouw'.²⁴ De dementia paralytica van de gepensioneerde militair, die tijdens zijn dienstitijd in Nederlands-Indië cholera en dysenterie had opgelopen, zou zijn ontstaan na een ruzie met zijn baas.²⁵ In

24. Dossier 692 (1894-1896).

25. Dossier 2052 (1884).

de dossiers uit de jaren voor 1895 zijn geen verwijzing te vinden naar somatische oorzaken of erfelijkheid en staat amper iets vermeld over therapeutische behandeling. De paralyselijders die in het gesticht terecht kwamen waren vaak al zo ziek dat hun toestand nauwelijks veranderde, laat staan verbeterde. Ook uit notities als ‘verandering ten goede is in dit stadium der paralyse niet meer te verwachten’²⁶ en voortdurende herhalingen van uitdrukkingen als ‘toestand onveranderd’, ‘denzelfde toestand’, ‘idem’ en ‘als voren’ geven aan dat artsen weinig konden uitrichten als het om *dementia paralytica* ging.

In 1894 werd het nieuwe buitengesticht Brinkgreven onder leiding van geneesheer-directeur Willem H. Cox, in 1899 opgevolgd door Jean L.C.G.A. le Rütte, in gebruik genomen. Deze vernieuwingsgezinde gestichtsartsen vonden dat de krankzinnigenzorg zich diende te spiegelen aan de somatische geneeskunde. Er werd medisch geschoold verplegend personeel aangesteld en rustige en onrustige patiënten werden van elkaar gescheiden.²⁷ In tegenstelling tot het St. Elisabethsgasthuis beschikte Brinkgreven over diverse moderne medische faciliteiten, zoals een operatiekamer, een apotheek en een laboratorium ten behoeve van pathologisch-anatomisch onderzoek. Naast de rustgevende bedbehandeling schreven artsen badtherapie en geneesmiddelen voor en pasten zij de al langer bestaande morele behandeling toe door middel van arbeid in de buitenlucht en ontspanningsactiviteiten. Dwangmaatregelen trachtten zij zoveel mogelijk uit te bannen, maar ontkomen deden ze er niet helemaal aan. Onrustige en onhandelbare patiënten kregen grote hoeveelheden slaap- en kalmeringsmiddelen toegediend of werden, in het kader van de badtherapie, in natte lakens ingewikkeld.²⁸

Hoewel de medisch-somatische aanpak niet resulteerde in effectieve therapieën, bracht deze wel veranderingen teweeg in de psychiatrische benadering van *dementia paralytica*. De inhoudelijke weergave van storende gedragingen en psychische symptomen als wanen en hallucinaties was korter dan voorheen; deze werden louter geconstateerd en bondig opgetekend. Vanaf 1894 besteedden de artsen meer aandacht aan de lichamelijke toestand van patiënten. Zij namen hun polsslag en lichaamstemperatuur op, registreerden hun ademhaling en hun gewicht, hielden systematisch bij of de patiënten goed aten en sliepen en beschreven de afwijkingen in hun motoriek. In toenemende mate richtten de geneeskundigen hun aandacht op somatische, vooral

26. Dossier 1680 (1905-1908).

27. Hogenstijn, *Sint Elisabethsgasthuis*, 70-77; Vijselaar, *Over de IJssel*, 10-11, 27.

28. J.L.C.G.A. le Rütte, ‘Landbouw in verband met de krankzinnigenverpleging’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6 (1902) 151-159; J.L.C.G.A. le Rütte, ‘Hydrotherapie bij onrustige krankzinnigen’, *Maandblad voor ziekenverpleging* 15 (1905), 255-256; J.L.C.G.A. le Rütte, ‘De badbehandeling in krankzinnigengestichten’, *Maandblad voor ziekenverpleging* 19 (1909) 544-550; J.L.C.G.A. le Rütte, ‘Het ziekenbed’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 16 (1912) 588-594.

neurologische symptomen, die zij in gestandaardiseerd vakjargon aanduiden. Zo is in een dossier uit 1894 te lezen dat de patiënt ‘een lichte aanval van apoplexie [beroerte]’ had waardoor ‘zijn spraakbewegingen [...] belemmerd’ waren.²⁹ Over een 42-jarige arbeider staat vermeld:

Hij is fors gebouwd, vertoont anisocorie [ongelijkheid van de pupillen], linker pupil het kleinst, paralytische spraakstoornissen, linkszijdige facialis paralyse [gelaatsverlamming], innervatiestoornissen, tremores [bevingen] [...], verhoogde kniereflexen, weet tijd noch dag, van jaar van aankomst, kan niet uitrekenen hoe oud hij is. Dementia paralytica.³⁰

Verder komt de somatische benadering tot uiting in de vragen die artsen stelden over het voorkomen van geestelijke en zenuwstoornissen in de familie. Een en ander wijst op een toegenomen aandacht voor erfelijkheid en degeneratie.³¹

Uit de dossiers vanaf medio jaren negentig blijkt dat de diagnose van dementia paralytica sterker dan voorheen tot medische routine was geworden, zoals naar voren komt in een dossier uit 1903 van een patiënt die meestal versuft in bed lag, maar af en toe kabaal maakte: ‘Spraakstoornissen, geheugenzwakte, paresen [spierverzwakkingen] van zijn gelaatsspieren, pupilafwijkingen, onzindelijkheid, neiging tot decubitus [doorligwonden], alles het gewone beeld der progressieve paralyse’.³² In andere dossiers komen notities voor als ‘typisch paralytische spraak’; ‘patiënt spreekt zeer onbeholpen, heeft sterke ataxie [onzekere gang bij het lopen], tremores, dementia, had vroeger lues. De diagnose dementia paralytica volgt daaruit bijna vanzelf’ en ‘lijdende aan dementia paralytica met al de klassieke verschijnselen daarvan’.³³ Ook de opmerkingen over de prognose van dementia paralytica geven blijk van vanzelfsprekendheid: ‘in dit vergevorderd stadium is slechts een toenemende achteruitgang te verwachten’; ‘waar alle somatische en psychische verschijnselen der dementia paralytica aanwezig zijn is de waarschijnlijkheid van blij-

29. Dossier 692 (1894-1896).

30. Dossier 1031 (1897-1900).

31. Dossiers 2299 (1914), 2482 (1914), 1521 (1903-1904), 1809 (1906-1907), 2137 (1910-1911), 2299 (1913), 2422 (1913-1915) en 2170 (1911). Over de invloed van de degeneratietheorie in de Europese psychiatrie zie: S.L. Gilman en E. Chamberlain (eds.), *Degeneration. The dark side of progress* (New York 1985); D. Pick, *Faces of degeneration. A European disorder 1848-1918* (Cambridge 1989); I. Dowbiggin, *Inheriting madness. Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth century France* (Berkeley (CA) 1991); J. Tollebeek, G. Vanpaemel en K. Wils, *Degeneratie in België, 1860-1940: een geschiedenis van ideeën en praktijken* (Leuven 2003).

32. Dossier 1437 (1903).

33. Dossiers 2299 (1913), 1657 (1905-1907) en 1437 (1903).

vende gestichtsverpleging zeer groot' en 'de prognose is natuurlijk hoogst ongunstig, de vermoedelijke duur der ziekte niet lang te stellen'.³⁴

De objectiverende observatie, de meer routinematige rubricering en de nadruk op lichamelijk onderzoek vanaf 1895 kunnen wijzen op een grotere bekendheid met *dementia paralytica*, maar deze geven ook blijk van de pogingen van gestichtsartsen om hun vak een sterker medisch aanzien te geven. Daarbij oriënteerden zij zich behalve op de neurologie op de klinische methode van de Duitse psychiater Emil Kraepelin. Daarin ging het om een nauwkeurige en gestandaardiseerde registratie van waarneembare symptomen met het oog op een statistische onderbouwing van diagnose en prognose. Uit de dossiers is op te maken dat de invloed van Kraepelins benadering en ziekteclassificatie zich vanaf medio jaren negentig deed gelden. Voor die tijd bestond de diagnose meestal uit een impressie van het meest in het oog vallende symptoom, het storende gedrag of de vermoede oorzaak van geestesziekte. Een dergelijke werkwijze was volgens Kraepelin willekeurig en speculatief; hij achtte symptomen alleen relevant voor de diagnosestelling als deze samenhangen met het verloop van een stoornis.³⁵ Uit de dossiers van na 1895 komt duidelijk naar voren dat de geneesheren in Deventer van Kraepelins handboek gebruik maakten en diens classificatie toepasten. Diens invloed blijkt ook uit de verandering van de vragen die de artsen bij een opname stelden. Vragen over de 'maatschappelijke stand', het 'temperament' en de 'beschaving' van de patiënt alsook de directe oorzaak of aanleiding van krankzinnigheid verdwenen naar de achtergrond, terwijl vragen over het ontstaan, het verloop en de duur van de stoornis op de voorgrond traden. Artsen dienden hun aandacht ook te richten op schadelijke invloeden voor of tijdens de geboorte, alcoholgebruik, seksueel verkeer en de aanwezigheid van zenuw- en geestesziekte alsook tuberculose, syfilis en alcoholisme in de familie. Aangezien *dementia paralytica* een duidelijk af te bakenen en te objectiveren ziektebeeld was, dat zich kenmerkte door bepaalde symptomen, een bepaald verloop en een duidelijke prognose, leende dit ziektebeeld zich bij uitstek voor de benadering van Kraepelin.

Dit alles veranderde vooralsnog, tot de komst van de malariakuur rond 1920, weinig aan de behandeling van *dementia paralytica*. Het enige wat de Kraepeliaanse diagnosestelling bood, was zekerheid over de fatale afloop van de ziekte en ook verwezen artsen vanaf medio jaren negentig steeds vaker naar lues (syfilis). In de dossiers duikt lues voor het eerst op in een ziektegeschiedenis uit 1897 en in de meeste van de daarop volgende dossiers van paralysepatiënten was sprake van lues als mogelijke causale factor, vaak in

34. Dossiers 1437 (1903), 1680 (1905-1908) en 1809 (1906-1907).

35. Over Kraepelin zie Shorter, *A history of psychiatry*, 100-109; over Kraepelins invloed op de Nederlandse psychiatrie: Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest*, 199-200.



De mannenafdeling van het St. Elisabethgasthuis, waar veel patiënten met dementia paralytica verbleven. Bron: Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven, Deventer.

combinatie met drankmisbruik, 'echtelijke ontrouw' en 'seksuele excessen'.³⁶ In een dossier uit 1903 bijvoorbeeld vulde de geneesheer in dat de patiënt vroeger was behandeld vanwege een 'luetische infectie' en neigde tot 'excessen in Venere en Baccho'.³⁷ In twee dossiers uit 1914 staat kortweg genoteerd dat de 'Wassermann sterk positief' was.³⁸ Formuleringen als 'vermoedelijke oorzaken' suggereren dat de artsen weliswaar een oorzakelijk verband tussen syfilis en dementia paralytica veronderstelden, maar evenveel waarde hechtten aan alcoholisme en seksueel losbandig gedrag als causale factoren.

Dementia paralytica in het pathologisch-anatomisch laboratorium

De standaardisatie van de diagnostische terminologie, de aandacht voor somatische symptomen en de doorwerking van Kraepelins benadering in de dossiers vanaf medio jaren negentig weerspiegelt het streven van de gestichtsartsen om het medische karakter van hun vak te benadrukken. Dit maakte echter geen eind aan hun therapeutische onmacht. Als het om genezing ging, was de behandeling van dementia paralytica bepaald geen

36. Dossiers 1031 (1897-1900), 1521 (1903-1904), 1622 (1904-1909), 1680 (1905-1907), 2249 (1912-1915) en 2422 (1913-1915).

37. Dossier 1437 (1903).

38. Dossiers 2482 (1914) en 2499 (1914).

voorbeeld van een succesvolle medische psychiatrie. In het tijdschrift van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, de *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, bestempelde de psychiater F. Meeus deze patiënten tot hopeloze ‘geesteskreupelen’. ‘Zij verblijven in de eeuwige duisternis van den geestesnacht, waarop men, gelijk Dante op de poorten der hel zou kunnen schrijven: *Wie hier binnentreedt, laat alle hope varen*’.³⁹ Anderzijds blijkt uit de psychiatrische discussies over de lichamelijke basis van deze ziekte dat psychiaters *dementia paralytica* wel degelijk aangrepen om hun natuurwetenschappelijke pretenties te onderstrepen. Het therapeutisch pessimisme in de gestichten contrasteerde met de optimistische toon waarop zij in publicaties verslag deden van hun wetenschappelijke onderzoek naar *dementia paralytica*.

Tussen 1886 en 1914 verscheen een veertiental verslagen van pathologisch-anatomisch onderzoek naar *dementia paralytica*. Daarnaast publiceerden psychiaters tal van ziektegeschiedenissen van lijders daaraan. Over geen andere ziekte verschenen in hun vakblad, de *Psychiatrische (en Neurologische) Bladen*, zoveel bijdragen als over deze aandoening. Het lijkt erop dat de toenemende medische aandacht ervoor parallel liep aan de sterker wordende oriëntering van de psychiatrie op de neurologie. Het onderzoek werd vooral verricht in laboratoria van nieuwe gestichten en klinieken die verbonden waren of zouden worden aan universiteiten. De auteurs van de onderzoeksverslagen, onder wie Cornelis Winkler, Gerbrandus Jelgersma en Jacob van Deventer, waren pleitbezorgers van een natuurwetenschappelijke psychiatrie. Zij grepen de stoornis aan om te bewijzen dat er een verband bestond tussen geestesziekten en hersen- en zenuwstoornissen. Ook gebruikten zij *dementia paralytica* als voorbeeld om aan te tonen dat krankzinnigen ‘gewone’ zieken waren en dat het zinvol was om de krankzinnigenzorg naar het voorbeeld van het algemene ziekenhuis in te richten.⁴⁰

Veel pathologisch-anatomische bijdragen over *dementia paralytica* waren afkomstig van artsen die werkzaam waren in Endegeest, het gesticht waar

39. F. Meeus, ‘Over “dementia” en hare waarde in de hedendaagse psychiatrie’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 12 (1908) 413-429, 415.

40. Zie C. Winkler, ‘De psychopathologie als hersenpathologie te midden der klinische wetenschappen’, Bijvoegsel voor *Psychiatrische Bladen* 3 (1885) 1-24; C. Winkler en P. Weltenberg, ‘Bijdrage tot de casuïstiek der *dementia paralytica*’, *Psychiatrische Bladen* 4 (1886) 34-59; G. Jelgersma, ‘Idiotie en *dementia paralytica*. Pathologisch-anatomische bijdrage’, *Psychiatrische Bladen* 4 (1886) 92-122; G. Jelgersma, ‘Nieuwere onderzoekingen over *dementia paralytica*’, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 32 (1888) 301-305; G. Jelgersma, *Psychologie en pathologische psychologie* (Leiden 1899); J. van Deventer en A. M. Benders, ‘Twee gevallen van *dementia paralytica*, na de inwerking van een trauma capitis op den leeftijd respectievelijk van 9 en 11 jaar opgetreden’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2 (1898) 118-121; J. van Deventer en F. Muller, ‘Een geval van paralyse met innervatorische apraxie en apractische aphagie’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15 (1911) 164-184.

laboratoria en onderzoekskamers waren ingericht en dat mede was opgericht ten behoeve van het psychiatrisch onderwijs van de hoogleeraar Jelgersma aan de Leidse universiteit.⁴¹ Ook in andere instellingen, zoals het nieuwe gesticht Bloemendaal bij Den Haag, werd pathologisch-anatomisch onderzoek verricht. ‘Op Bloemendaal bestaat de goede gewoonte, door Prof. Bouman daar ingevoerd en door mij steeds gehandhaafd’, zo schreef geneesheer-directeur A. Deenik, ‘om uit de hersenen van elk cadaver, dat ter sectie komt, zoowel uit de linker als rechter hemisfeer blokjes te snijden’.⁴² Het belang van neurologisch en pathologisch-anatomisch onderzoek naar dementia paralytica werd onderstreept in de psychiatrische leerboeken ten behoeve van het universitaire onderwijs en de opleiding voor verpleegkundigen. Zo ging J.W.H. Wijsman in zijn *Voorlezingen over psychiatrie voor studenten, artsen en juristen* (1896) uitgebreid in op de neurologische aspecten van de stoornis: ‘De kennis van de pathologische anatomie der dementia paralytica is door nauwkeurige onderzoekingen in de laatste jaren dankzij de vorderingen der mikroskopische techniek, belangrijk toegenomen’. Gedetailleerd beschreef hij de afwijkingen in het hersenweefsel die kenmerkend voor dementia paralytica zouden zijn, zoals gangliëncellen [zenuwcellen] die ‘vettige degeneratie, door atrofie [teruggang] en sclerose [ziekelijke verharding van weefsel]’ vertoonden; beschadigde zenuwvezels in de hersencortex en in de grote en kleine hersenen; ‘atheromatose’ [vettige degeneratie van de binnenwanden] van de grote bloedvaten en ‘vermeerdering van kernen en colloïde [lijmachtige] en hyaline [glazige] degeneratie’ van de vaatwand van de kleine bloedvaten; ‘hypertrofie’ [bovenmatige groei] en vermeerdering van de ‘neuroglia’ [steun-

41. J.P. Hulst, ‘Een geval van infantiele progressieve paralyse’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 4 (1900) 101-113; J.P. Hulst, ‘Een geval van dementia paralytica als paranoia hallucinatoria debuteerend’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 6 (1902) 25-34; J. van der Kolk, ‘De differentiaaldiagnose der Dementia paralytica met de zgn. alcoholische Pseudoparalyse’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10 (1906) 189-205; J. van der Kolk, ‘Een geval van tumor cerebri, gedurende het leven gehouden voor een snel verloopenden vorm van dementia paralytica’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 12 (1908) 9-23; G. Janssens en R.A. Mees, ‘Een geval van progressieve juveniele dementie’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 11 (1907) 209-222; G. Janssens en J.G. Dikshoorn, ‘Histologisch onderzoek van een geval van paralyse, atypisch, naar de localisatie en atypisch naar de kwaliteit van het proces’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13 (1909) 387-401; G. Jelgersma, ‘Over de histopathologische veranderingen van het zenuwstelsel bij Dementia Paralytica’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10 (1906) 105-113.

42. A. Deenik, ‘De genese van het paralytisch insult’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15 (1911) 510-524, 515; vergelijk L. Bouman, ‘Das relative Gewicht der Grosshirnwindungen von 25 an Dementia Paralytica verstorbenen Patienten’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 8 (1904) 399-205; L. Bouman, ‘Ruggemergsveranderingen bij progressieve paralyse’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 10 (1906) 114-124. De voormalige geneesheer-directeur van Bloemendaal, Leendert Bouman, was sinds 1907 hoogleraar psychiatrie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

weefsel van het zenuwstelsel].⁴³ Ook Van Deventer gaf in zijn *Handboek der krankzinnigenverpleging* (1897) aan dat dementia paralytica gepaard ging met afwijkingen in het zenuwweefsel en hij wees verpleegkundigen op de lichamelijke stoornissen die patiënten vertoonden.⁴⁴

Wat het belang van dergelijk onderzoek was voor de klinische praktijk, bleef onduidelijk in de onderzoeksartikelen en leerboeken. De auteurs repten niet van therapie en genezing.⁴⁵ Het ging hen om iets anders. Zij grepen dementia paralytica aan om de veronderstelde lichamelijke oorzaken van geestesstoornissen te onderbouwen. Zoals de Utrechtse psychiater H. Buringh Boekhoudt in 1894 opmerkte, vervulde het onderzoek naar dementia paralytica in dat opzicht een paradigmatische rol:

De eigenaardige plaats, die zij als zoogenaamde organische psychose inneemt, waardoor zowel de neuroloog als de psychiater haar tot zijn domein rekent, waarborgt ons, dat de paralyse evenals elke overgangsvorm, nog langen tijd een punt zal blijven van wetenschappelijk onderzoek. En gelukkig; want eene psychose, die zoo spoedig lethaal verloopt [...] en daarbij in zoo korten tijd hare slachtoffers een volledig psychisch bankroet doet maken, is bij uitstek geschikt om bestudeerd te worden door hen, die het verband trachten op te sporen tusschen anatomische afwijkingen en psychische ziekteverschijnselen.⁴⁶

‘Dàt was nu een ware medische opvatting’, zo viel Meeus Buringh Boekhoudt bij: eenduidig was vast komen te staan dat dementia paralytica ‘onder een laag van psychologische kleuren’ in wezen een ziekte was ‘met stellige diagnose en prognose, steunende op onveranderlijke klinische verschijnselen en vaste ontledkundige gegevens’.⁴⁷ In de ogen van psychiaters die zich profileerden met laboratoriumonderzoek, bevestigden de bevindingen omtrent dementia paralytica de juistheid van de neurologische oriëntatie van de psychiatrie. Ook al leverde deze op dat moment nog geen behandelmethode op, het was wel de weg waarop het psychiatrisch onderzoek moest voortgaan.

43. J.W.H. Wijsman, *Voorlezingen over psychiatrie voor studenten, artsen en juristen* (Amsterdam 1896) 88.

44. J. van Deventer, *Handboek der krankzinnigenverpleging* (Amsterdam 1897) 81.

45. Dat veranderde pas na de introductie van de Wassermanntest in 1906 waarmee het verband met syfilis was aangetoond. Zie bijvoorbeeld H. Klein, ‘Over de reactie van Wassermann’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 13 (1909) 316-326; J.J.P. Hilbers, ‘Vaccine en serumtherapie bij dementia paralytica en tabes’, *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 15 (1911) 418-427; F.S. Meijers en J.G. Schnitzler (1916), ‘De salvarsaanbehandeling bij tabes en dementia paralytica’, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 57/1 (1916) 328-330.

46. H. Buringh Boekhoudt, ‘De herkenning van dementia paralytica’, *Geneeskundige Bladen uit kliniek en laboratorium voor de praktijk* 1/VIII (1894) 201-225, 201.

47. Meeus, ‘Over “dementia”’, 420.

Dementia paralytica in de maatschappij

De overtuiging dat de psychiatrie zich op basis van het pathologisch-anatomisch onderzoek naar dementia paralytica bewees als een vorm van natuurwetenschappelijke geneeskunde werd opmerkelijk genoeg niet weerspiegeld in de discussies die medici zowel in het buitenland als in Nederland vanaf omstreeks 1880 voerden over de oorzaken van de ziekte. Vanuit de medische optiek zou het voor de hand hebben gelegen dat zij het vermoede verband met syfilis aangrepen om de somatische basis van dementia paralytica te onderstrepen. De bewering van de Franse dermatoloog Alfred Fournier in zijn *La syphilis du cerveau* (1879) en de Duitse arts Emanuel Mendel in zijn *Die Progressive Paralyse der Irren* (1880) dat syfilis de oorzaak was van dementia paralytica vond aanvankelijk echter weinig weerklank in de medische wereld.⁴⁸ Voor de meeste artsen was het niet vanzelfsprekend dat syfilis de enige of de hoofdoorzaak vormde. Zij geloofden dat syfilis slechts een van de causale factoren was en dat morele en sociaal-culturele invloeden, waaronder alcoholisme, seksuele losbandigheid en spanningen in de moderne samenleving een minstens even belangrijke rol speelden. Wel kreeg syfilis vanaf het midden van de jaren negentig, tegen de achtergrond van statistisch bewijs met betrekking tot het verband tussen deze geslachtsziekte en dementia paralytica en van het debat over de gevaren van prostitutie en alcoholisme voor de volksgezondheid, een belangrijke plaats in de discussies.

Vanaf 1883 stond dementia paralytica in Nederland prominent op de psychiatische agenda.⁴⁹ Op een vergadering van de NVP riep de gestichtsarts Antonius O.H. Tellegen zijn collega's op om onderzoek te verrichten naar de prevalentie en etiologie van de ziekte door statistieken op te stellen over het voorkomen ervan onder hun patiënten en daaraan ziektegeschiedenissen toe te voegen. Uit zijn eigen onderzoek naar paralyselijders in het gesticht Coudewater te Rosmalen kwam volgens hem naar voren dat 66 van de in totaal 111 patiënten 'erfelijk belast' waren. Zij hadden de ziekte ofwel van hun eveneens aan dementia paralytica dan wel aan alcoholisme of zenuwachtigheid lijdende ouders ofwel via 'indirecte erfelijkheid', door een gebrekkige

48. Quétel, *History*, 160-162, 299.

49. S. Brosius, 'Over het begin der dementia paralytica', *Psychiatrische Bladen* 1 (1883) 92-103; A.O.H. Tellegen, 'Discussie over de dementia paralytica, vooral in Nederland', *Psychiatrische Bladen* 1 (1883) 193-225; A.O.H. Tellegen, 'Nog eens de dementia paralytica in Nederland', *Psychiatrische Bladen* 3 (1885) 121-140; A. van der Swalme, 'Discussie over de dementia paralytica, vooral in Nederland', *Psychiatrische Bladen* 1 (1883) 218-225; N.B. Donkersloot, 'Bijdrage tot de statistiek der dementia paralytica in Nederland', *Psychiatrische Bladen* 2 (1884) 55-56; W.F. Westening, 'Ziektegevallen van dementia paralytica', *Psychiatrische Bladen* 2 (1884) 142-144; H. van Cappelle, 'Het voorkomen van paralyse cerebri in de krankzinnigengestichten in Nederland in verband met de beroepen der opgenomenen', *Psychiatrische Bladen* 2 (1885) 201-224; Winkler en Wellenbergh, 'Bijdrage'.

opvoeding, gekregen.⁵⁰ Verder noemde Tellegen 'de zedeloosheid der steden', schouwburg- en operabezoek, het lezen van moderne romans, de verhevigde strijd om het bestaan alsook syfilis als mogelijke oorzaken. Een verstandige hygiëne en zelftucht zouden de verdere verbreiding van *dementia paralytica* kunnen tegengaan: 'Men leere de jeugd plichtgevoel en zelfbeheersing. Wenschelijk ware het voorzeker, dat meer in overeenstemming geleefd werde met de 10 geboden'.⁵¹

De psychiaters die gehoor gaven aan Tellegens oproep, beschouwden naast syfilis ook verdriet, alcohol, erfelijkheid en seksuele uitspattingen als causale factoren. Enkelen merkten op dat *dementia paralytica* bovengemiddeld voorkwam onder bepaalde beroepsgroepen zoals spoorwegbeamten, kooplieden, fabrikanten, geleerden, ambtenaren en vooral schippers, matrozen en militairen.⁵² Volgens H. van Cappelle bestonden de laatste drie groepen uit 'lieden die zich veelal in Baccho en Venere te buiten gaan, soms grote vermoeienissen en verschillende ongemakken te verduren hebben en in het algemeen een minder geregeld leven hebben'.⁵³ Hij merkte ook op dat arbeiders en vooral boeren ondervertegenwoordigd waren. Niet alleen Van Cappelle maar ook andere artsen veronderstelden een verband tussen de prevalentie van *dementia paralytica* enerzijds en het leven in steden of op het platteland anderzijds. Het was logisch, zo merkten zij op, dat er maar weinig boeren aan de ziekte ten prooi vielen: 'in den tegenwoordige tijd zullen toch zeker wel in de eerste plaats menschen worden aangetast die verdriet hebben, teleurstellingen ondervinden, hunne hersenen inspannen, enz.'. Boeren die op het kalme platteland leefden en lichamelijke arbeid in de buitenlucht verrichtten, ondervonden minder last van de spanningen van de hectische 'tegenwoordige tijd'. Zij waren 'minder modern' en 'minder beschaafd' en hun hersenen zouden dan ook veel minder belast worden dan die van stedelingen.⁵⁴

Vanaf het midden van de jaren negentig werd syfilis steeds vaker expliciet genoemd als belangrijke, hoewel niet exclusieve oorzaak van *dementia paralytica*. Tellegen, die de rol van syfilis eerder sterk had gerelativeerd, stelde in 1895 onomwonden dat de stoornis een gevolg was van syfilis: 'twee ziekten van het zenuwstelsel die men vroeger aan tal van oorzaken toeschreef, moeten als een gevolg van de luetische infectie worden beschouwd, en wel de

50. Tellegen, 'Discussie', 205.

51. Tellegen, 'Discussie', 217.

52. Van der Swalme, 'Discussie'; Westening, 'Ziektegevallen'; 'Discussie tussen de aanwezigen bij de voordracht van Tellegen "Nog eens de *dementia paralytica* in Nederland" op de vergadering van de Nederlandse Vereeniging voor Psychiatrie te Haarlem, 11 juni 1885', *Psychiatrische Bladen* 2 (1885), 121-140.

53. Van Cappelle, 'Het voorkomen', 202-203.

54. Van Cappelle, 'Het voorkomen', 201.

tabes dorsalis en dementia paralytica'.⁵⁵ De toenemende aandacht voor syfilis hing samen met de verschijning van een nieuw boek van Fournier, *Les affections parasymphilitiques* (1894), waarin hij op basis van statistische gegevens en praktijkervaring opnieuw wees op het verband tussen syfilis en dementia paralytica. Fourniers inzichten werden onderbouwd door de Oostenrijkse psychiater Richard von Krafft-Ebing en diens assistent Josef Adolf Hirschl. Zij injecteerden negen paralyselijders met syfilitisch wondvocht en aangezien zes van de negen in het daarop volgende half jaar geen reactie vertoonden, concludeerden zij dat deze patiënten reeds aan lues leden.⁵⁶

Onder medici groeide de overtuiging dat dementia paralytica en tabes dorsalis niet mogelijk waren zonder syfilis, maar daarmee sloten zij andere causale factoren nog steeds niet uit.⁵⁷ Syfilis was blijkbaar een noodzakelijke voorwaarde, maar of zij een voldoende voorwaarde voor het ontstaan van de aandoeningen vormde, bleef de vraag. Zo wees Wijsman behalve naar syfilis naar diverse andere oorzaken: 'krenkingen, teleurstellingen, gemoedsbewegingen, overmatige geestelijke inspanning, alcoholismus, uitspattingen, isolatie, voortdurend blootgesteld zijn aan hoge temperaturen, hoofdwonden'.⁵⁸ Van Deventer karakteriseerde dementia paralytica in zijn leerboek voor de verpleging als een beschavingsziekte die samenhang met

de hoge eischen, die de tegenwoordige samenleving stelt. Bovenmatige inspanning van het lichaam en vooral van den geest, niet minder eene aanhoudende inwerking van gemoedsindrukken, benevens misbruik van sterken drank behooren met eenige andere tot de voornaamste oorzaak van dit lijden.⁵⁹

In een verslag van een statistisch onderzoek naar het voorkomen van dementia paralytica in het Buitengasthuis te Amsterdam tussen 1879 en 1892 ging Van Deventer nader in op het verband tussen de ziekte en 'beschaving'. Syfilis en alcoholgebruik waren volgens hem de noodzakelijke 'oorzakelijke momenten', zonder welke geen paralyse kon ontstaan, terwijl andere causale factoren direct dan wel indirect als katalysator werkten: schadelijke 'toxische' en 'mechanische' effecten op en overmatige belasting van de hersenen en invloeden die het gehele lichamelijke functioneren verzwakten, zoals een voortdurend verhoogde bloeddruk. Daarnaast onderscheidde hij nog de 'ver-

55. A.O.H. Tellegen, 'Het vraagstuk der geslachtelijke onthouding', *Psychiatrische Bladen* 13 (1895) 81-109, 90.

56. H. Oosterhuis, *Stepchildren of nature. Krafft-Ebing, psychiatry, and the making of sexual identity* (Chicago, Londen 2000) 91.

57. J.K.A. Wertheim Salomonson, 'Boekaankondiging', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 38/11 (1894) 1106-1107; G. Jelgersma, 'Recensie van Fournier', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* 39/111 (1895) 1088-1089.

58. Wijsman, *Voorlezingen*, 85.

59. Van Deventer, *Handboek*, 81.

wijderde' of 'voorbeschikkende' oorzaken waartoe hij erfelijkheid, temperament, beroep, leeftijd, leef- en woonomgeving en de 'strijd des levens' in een hoogontwikkelde beschaving rekende.⁶⁰ Ook Cox nam aan dat de syfilitische infectie de noodzakelijke voorwaarde van dementia paralytica en tabes dorsalis was, maar desalniettemin geen volledige verklaring vormde. Of een syfilislijder er wel of niet ten prooi aan viel, zou afhangen van het al dan niet voorkomen van erfelijke degeneratie.⁶¹

Hoewel het vanaf 1906 mogelijk was om de aanwezigheid van de syfilisbacterie in het bloed van paralyselijders aan te tonen en hij op grond daarvan aannam dat syfilis een noodzakelijke voorwaarde was voor het ontstaan van deze ziekte, wees ook Jelgersma in zijn *Leerboek der psychiatrie* (1911) op andere, indirecte oorzaken. Syfilis vormde geen voldoende verklaring: het feit dat niet alle syfilislijders dementia paralytica kregen, wees er volgens hem op dat individuele levensomstandigheden en de lichamelijke conditie even belangrijk waren als de luesinfectie. Vooral het frequentere voorkomen van de stoornis sinds het begin van de negentiende eeuw was een teken dat er meer aan de hand was dan syfilis alleen: 'De laatste tachtig jaar heeft de moderne beschaving een enorme invloed op de manier van leven gehad en het gelijktijdig en massaal optreden van een ziekte geeft veel te denken en doet met grond een verband tussen beide verschijnselen vermoeden'.⁶²

De toenmalige psychiatrie werd beheerst door het multicausale denken dat een samenspel van diverse biologische, fysiologische, geestelijke en sociale invloeden alsook van al dan niet noodzakelijke voorwaarden, directe en indirecte oorzaken en aanleidingen veronderstelde. In de Nederlandse psychiatrische leerboeken die vanaf medio jaren negentig verschenen, omschreven de auteurs dementia paralytica als een ziekte die weliswaar niet kon ontstaan zonder syfilisinfectie, maar die eveneens bevorderd werd door een complex van op elkaar inwerkende biologische (erfelijke aanleg), sociale (beschaving) en individuele (leefwijze en emoties) factoren. De degeneratietheorie, die veronderstelde dat verworven eigenschappen overerfelijk waren, wees in de richting van een samenspel van aanleg en schadelijke omgevingsinvloeden. Tot in de jaren twintig gingen psychiaters ervan uit dat voor het ontstaan van wat sinds 1913 ook wel 'parasyfilis' werd genoemd – dat wil zeggen dementia paralytica opgevat als een 'naziekte' van syfilis – ook andere oorzaken als 'geestelijke overspanning' of 'sociologische factoren' nodig waren.⁶³

60. J. van Deventer, 'Bijdrage tot de aetiologie der dementia paralytica', *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 2 (1898) 10-19.

61. W.H. Cox, 'Degeneratie (Eene copulativogene correlatiestoornis)', *Psychiatrische en Neurologische Bladen* 11 (1907) 9-85.

62. G. Jelgersma, *Leerboek der Psychiatrie. Eerste deel* (Amsterdam 1911) 173.

63. L. Bouman en B. Brouwer, *Leerboek der zenuwziekten. Specieele leer* (Haarlem 1924) 345.

Dat psychiaters, ondanks de bewijsvoering voor het verband tussen syfilis en paralyse, bleven verwijzen naar morele en sociaal-culturele factoren, houdt verband met hun beroepsvorming en de maatschappelijke context waarin die plaatsvond. Behalve een somatische stonden zij ook een sociaalhygiënische aanpak van geestesstoornissen voor en daarmee ambieerden zij, zoals eerder aangegeven, een maatschappelijke rol. Hun preventieve benadering, die onder meer was gericht op de bestrijding van alcoholisme en buitensporig seksueel gedrag, lag in het verlengde van een breder sociaal activisme in Nederland aan het eind van de negentiende eeuw. Het ging om een groeiende dadendrang van zowel particuliere organisaties als de overheid om diverse maatschappelijke problemen en achterstanden en met name de ‘sociale kwestie’ aan te pakken en de volksmassa zedelijk te verheffen.⁶⁴ De verspreiding van syfilis hield in de ogen van veel tijdgenoten verband met ‘zedeloosheid’ in het algemeen en prostitutie in het bijzonder. Aanvankelijk was de meerderheid van de medische stand voorstander van de in de loop van de negentiende eeuw tot stand gekomen reglementering van de prostitutie door middel van politieel en geneeskundig toezicht. Deze was gebaseerd op de gedachte dat prostitutie vanwege de onbeheersbare mannelijke seksuele drift een noodzakelijk kwaad was, waarvan de schadelijke gevolgen in de vorm van geslachtsziekten beheersbaar moesten blijven. In de laatste decennia van de negentiende eeuw groeide echter de weerstand in de samenleving tegen de gereguleerde prostitutie. Protestants-christelijke organisaties namen in de jaren tachtig het voortouw in de strijd tegen prostitutie, die werd afgeschilderd als bron van onzedelijkheid en syfilitische besmetting. Ook ageerden de abolitionisten tegen de dubbele moraal die de reglementering legitimeerde: aangezien vrouwen uit de burgerij niet ten prooi mochten vallen aan de mannelijke lust, moesten mannen bij vrouwen uit de lagere klassen aan hun gerief komen. Mede vanwege de afwijzing van de dubbele moraal, die niet alleen verschillende normen aanlegde voor mannen en vrouwen, maar ook voor vrouwen uit de burgerlijke en de arbeidersklasse, keerden ook feministen, sociaal-liberalen en socialisten zich tegen de gereguleerde prostitutie.⁶⁵

Vervolgens spraken ook steeds meer artsen zich uit tegen de gereguleerde prostitutie. Hoewel de angst voor degeneratie van de bevolking, onder meer door overerving van syfilis, in Nederland niet zulke grote proporties aannam als bijvoorbeeld in Frankrijk, groeide ook hier de verontrusting over

64. Zie Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest*, 56-64, 207-221.

65. Mooij, *Geslachtsziekten*, 30-34, 44-55, 62-63; G. Hekma, *Homoseksualiteit, een medische reputatie. De uitdoktering van de homoseksueel in negentiende-eeuws Nederland* (Amsterdam 1987) 149-164; P. Koenders, *Tussen christelijk réveil en seksuele revolutie. Bestrijding van zedeloosheid in Nederland, met nadruk op de repressie van homoseksualiteit* (Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden 1996) 47-94; over de zedelijkheidsbeweging zie ook D.J. Noordam, ‘Getuigen, redden en bestrijden. De ontwikkeling van een ideologie op het terrein van de zedelijkheid, 1811-1911’, *Theoretische Geschiedenis* 23 (1996) 494-518.

de volksgezondheid onder geneeskundigen.⁶⁶ Tellegen bijvoorbeeld betoogde dat seksuele zelfbeheersing noodzakelijk was omdat syfilis als ‘eene bron van allerlei kwalen [...] het grootste gevaar [...] voor het volk, het huisgezin en het individu’ vormde. De medische stand diende ‘niet mede te werken de onzedelijkheid aan te blazen’.⁶⁷ Tellegens opvattingen, die andere psychiaters deelden, kunnen deels – daarnaast speelde ook het in de psychiatrie gangbare multicausale verklaringsmodel een rol – verklaren waarom zij vast bleven houden aan morele en beschavingsinvloeden als causale factoren in de etiologie van dementia paralytica. Psychiaters wilden in aansluiting bij het groeiende sociale activisme en de aan invloed winnende zedelijkheidsbeweging in de Nederlandse samenleving naast hun medisch-klinische ook een sociaalhygiënische taak vervullen en vanuit dat perspectief wezen zij op het gevaar van prostitutie en andere seksuele ontsparingen voor de volksgezondheid.

Conclusie

De psychiatrische betekenisgeving van dementia paralytica nam, afhankelijk van de context waarin psychiaters hun beroep uitoefenden en professionele aspiraties nastreefden, drie vormen aan.

Op het niveau van de klinische praktijk in het gesticht, zo blijkt uit de patiëntendossiers van de gestichten in Deventer, zagen geneesheren zich geconfronteerd met een toenemend aantal chronische, hulpbehoevende en gedragsgestoorde paralyselijders. De medische ambities van gestichtsartsen als Cox en Le Rütte stonden op gespannen voet met de dagelijkse inrichtingspraktijk waar de noodzaak van dwang- en kalmeringsmiddelen in het bestrijden van het lastige en onrustige gedrag van patiënten aan de orde van de dag was en van therapie geen sprake kon zijn. Wel kenmerken de dossiers zich vanaf 1895 steeds meer door een gestandaardiseerde en objectiverende medische blik. In therapeutisch opzicht bracht deze geen enkele verbetering, maar wel bood de klinische benadering meer zekerheid over de diagnose en prognose. Ook verschaftte deze een legitimatie voor de medische oriëntatie in de psychiatrie en het streven om van het gesticht een ziekenhuis te maken.

De pathologisch-anatomische onderzoeken naar de organische basis van dementia paralytica, waarvan psychiaters vanaf de jaren tachtig verslag deden, pasten in het streven om hun vak bij de natuurwetenschappelijke geneeskunde, vooral de neurologie, te laten aansluiten. Door de lens van de microscoop bezien was dementia paralytica de stoornis waarmee zij zich in

66. Oosterhuis en Gijswijt-Hofstra, *Verward van geest*, 207-214; vergelijk Dowbiggin, *Inheriting madness* en R.A. Nye, *Crime, Madness, and politics in modern France. The medical concept of national decline* (Princeton (NJ) 1984).

67. Tellegen, ‘Het vraagstuk’, 90, 107.

laboratoria konden profileren als natuurwetenschappers. Tegelijkertijd discussieerden Nederlandse psychiaters in navolging van hun buitenlandse collega's aan de hand van statistieken en ziektegeschiedenissen over de causale relaties tussen dementia paralytica, syfilis en diverse biologische, morele en sociaal-culturele factoren. Ook mengden zij zich in maatschappelijke debatten over het zedelijke gehalte van de samenleving in het algemeen en de gevaren van prostitutie voor de volksgezondheid in het bijzonder.

Wij komen tot een andere conclusie dan historici die beweren dat psychiaters syfilis zonder slag of stoot als oorzaak van dementia paralytica en tabes dorsalis aannamen omdat zij gebrand waren op het aantonen van de lichamelijke oorzaken van geestesziekten.⁶⁸ Weliswaar beschouwden zij paralyse en tabes als organische hersen- en zenuwstoornissen, maar tegelijkertijd hanteerden zij vanuit sociaalhygiënisch en deels ook vanuit klinisch oogpunt een multicausaal verklaringsmodel voor het ontstaan ervan. Dat deze uiteenlopende benaderingen naast elkaar bestonden kan ten dele worden verklaard door het onvermogen van geneeskundigen om de ziekte te behandelen, waardoor het accent verschoof van therapie naar preventie. Door aan te dringen op veranderingen in de levenswijze en meer zelfbeheersing van mensen alsook op sociale maatregelen als de bestrijding van prostitutie en alcoholisme, profileerden psychiaters zich als hygiënisten van de samenleving. Een andere mogelijke reden waarom zij vasthielden aan een multicausale verklaring is wellicht hun vrees dat zij hun zeggenschap over paralyse en tabes zouden verliezen als bewezen werd dat de oorzaak uitsluitend somatisch was en dat de ziekte derhalve tot het terrein van de neurologie of interne geneeskunde behoorde.

Dementia paralytica speelde in de vorming van het psychiatrisch beroep dus een meerduidige rol. Voor gestichtsartsen met therapeutische ambities, zo blijkt uit de dossiers van het St. Elisabethsgasthuis en Brinkgreven, was dementia paralytica tot de komst van de malariakuur bepaald geen stoornis waarmee zij zich professioneel konden profileren. Voor geneeskundigen die wetenschappelijk onderzoek verrichtten en academische ambities koesterden, was dementia paralytica de ziekte die aantoonde dat hun specialisme het voorbeeld van de natuurwetenschappelijke geneeskunde moest volgen. De met statistisch onderzoek onderbouwde sociaalbiologische opvatting dat dementia paralytica een degeneratieve beschavingsstoornis was, vormde de legitimatie voor de psychiatrische deelname aan de sociaalhygiënische strijd tegen 'zedeloosheid' en andere mistanden in de maatschappij.

68. Zie Quétel, *History of syphilis*, 61; Abbott, *The system*, 50-51; Engstrom, *Clinical psychiatry*, 107-110; Binneveld en Wolf, *Een huis*, 35.

Over de auteurs

Dr. Harry Oosterhuis (1958) is als universitair docent geschiedenis verbonden aan de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht en tevens is hij gelieerd aan het Huizinga Instituut, onderzoeksschool voor cultuurgeschiedenis. Zijn huidige onderzoek richt zich op de Nederlandse en internationale geschiedenis van psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg, seksualiteit en gender, burgerschap en gezondheid, en de fiets en het fietsen.

E-mail: harry.oosterhuis@maastrichtuniversity.nl.

Drs. Jessica Slijkhuis (1973) studeerde in 1997 af in Cultuur- en Wetenschapsstudies en van 1998 tot 2006 was zij als Assistent-in-Opleiding en toegevoegd docent verbonden aan de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht. Daarnaast was zij van 1998 tot 2001 actief als (eind) redacteur van het tijdschrift *Psychologie en Maatschappij*. Vanaf 2006 is zij als trainer, docent en coach werkzaam.