



Leerboek der functioneele neurosen

<https://hdl.handle.net/1874/233862>

LEERBOEK
DER
FUNCTIONEELE NEUROSEN

DOOR
DR. G. JELGERSMA,
Geneesheer-Directeur van het Sanatorium voor Zenuwzieken te Arnhem.

1e AFDEELING.
PATHOLOGIE EN THERAPIE
DER
NEURASTHENIE.

2e AFLEVERING.

AMSTERDAM,
SCHELTEMA & HOLKEMA'S ROEKHANDEL.
1898.

mm 10351

247
C
39

LEERBOEK

DER

FUNCTIONEELE NEUROSEN.

RIJKSUNIVERSITEIT UTRECHT



0574 7625

247.C.39

LEERBOEK
DER
FUNCTIONEELE NEUROSEN

DOOR
DR. G. JELGERSMA,
Geneesheer-Directeur van het Sanatorium voor Zenuwzieken te Arnhem.

1e AFDEELING.
PATHOLOGIE EN THERAPIE
DER
NEURASTHENIE.

1e AFLEVERING.

AMSTERDAM,
SCHELTEMA & HOLKEMA'S BOEKHANDEL.
1897.

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

INLEIDING.

Men is gewoon een onderscheid te maken tusschen *functioneele neurosen* en *psychosen*. Van een wetenschappelijk standpunt beschouwd, bestaat dit onderscheid niet. Niet alleen, dat beide klassen van ziekte-toestanden op de meest geleidelijke wijze in elkaar overgaan en dat men gewoon is om de zwaardere gevallen van neurasthenie en hysterie als *insania hysterica* en *insania neurasthenica* onder de psychosen te behandelen; maar de functioneele neurosen zijn ook in hunne lichtere vormen even zuivere en goed gekarakteriseerde psychische aandoeningen, dan de psychosen zelf.

De redenen van de scheiding in neurosen en psychosen liggen geheel op praktisch terrein; voor den wetenschappelijken medicus is het zelfs een groot bezwaar en feitelijk een hinderpaal voor behoorlijke wetenschappelijke ontwikkeling, dat deze scheiding op praktisch gebied noodzakelijk is gebleken te zijn.

De scheiding tusschen neurosen en psychosen, van de praktische zijde bekeken, komt ongeveer hierop neer, dat bij de neurosen ziekte-inzicht bestaat, bij de psychosen niet. Een lijder aan neurasthenie komt uit zich zelf bij den medicus hulp zoeken voor zijne ziekte; een lijder aan *vecordia* zal liever iedereen ziek verklaren, vóórdat hij er toe komt, zich zelf als lijdende te beschouwen.

Dit gebrek aan ziekte-inzicht, zooals dat een vrij scherpe lijn tusschen neurosen en psychosen aangeeft, heeft in praktisch opzicht ver strekkende gevolgen voor de behandeling.

Op het gebrek aan ziekte-inzicht toch berust grootendeels

de maatschappelijke gevaarlijkheid der psychosen. Omdat deze lijdens niet inzien, dat hunne gevoelens en denkbeelden gegevens zijn van een gederangeerden zenuwtoestand, gebruiken zij deze als motieven voor hunne handelingen, zonder dat ze geremd worden door normale associaties en overwegingen. Van daar de maatschappelijke scheiding, die noodig is geweest in zieken, die gevaarlijk zijn voor zich zelf en de openbare orde en anderen, die dat niet zijn. De eersten zijn de krankzinnigen, de laatsten zijn de zenuwlijders. Voor de eersten is noodig gebleken eene opheffing van hunne persoonlijke vrijheid, voor de laatste is het dat niet.

Deze opheffing der persoonlijke vrijheid is een moment, dat bijna altijd schadelijk werkt op den psychischen toestand van den lijder. Er mag dus slechts in den uitersten nood gebruik van gemaakt worden, d. i. alleen in dié gevallen, waar of de lijder weigert zich te laten behandelen of waar hij gevaarlijk is voor zich zelf en zijne omgeving. Zelfs de meest intensief *dérasonneerende* lijder aan *vecordia* wordt door het feit van zijne opname in een gesticht voor krankzinnigen erger; dit neemt niet weg, dat hij kan genezen door of na de ingestelde behandeling, wanneer zijn geest den psychischen schok der vrijheidsberooving kan doorstaan.

Hieruit volgt een der voornaamste plichten van den praktischen medicus tegenover den zenuwlijder, n.l. om de vrijheidsberooving, d. i. de opname in een gesticht voor krankzinnigen zoo lang te verschuiven, als dat met 't oog op den toestand van den lijder gewenscht is. Dit neemt niet weg, dat wanneer zulk een opname eenmaal noodig is, dit zoo spoedig mogelijk moet geschieden en dat alle wettelijke bepalingen, die deze opname bemoeielijken, afgekeurd dienen te worden. De medicus ga dus ten opzichte van den patiënt van dit principe uit, dat de opname in een gesticht voor krankzinnigen zoo laat mogelijk, maar wanneer eenmaal noodig, zoo snel mogelijk geschiedt. (1)

(1) Deze raad zou bij den tegenwoordigen toestand gevaarlijk kunnen schij-

De praktisch noodzakelijk geblekene scheiding in neurosen en psychosen heeft aan de beoefening der neurologische wetenschap voor den medicus schade gedaan. Een groote klasse van zieken, de bewoners der krankzinnigengestichten wordt door den gewonen medicus nooit gezien en blijven daardoor geheele onbekenden voor hem; de psychiater daarentegen ziet en kent wederom niet die breede rij van functioneele neurosen, die de maatschappij en de ziekenhuizen bevolken. Dat hierin op den duur verandering behoort te komen, 't zij door aan krankzinnigengestichten inrichtingen te verbinden, waar geen vrijheidsberoving plaats vindt, 't zij door onze wetgeving op de krankzinnigengestichten te wijzigen, spreekt wel vanzelf. De eerste eisch voor elke goede medische behandeling van zenuwzieken is deze, dat een medicus, die in staat is geweest de ziekte te leeren kennen, de behandeling leidt.

In dit leerboek behandel ik dus voor den student en voor den praktischen medicus die categorieën van zenuwzieken, die niet van hunne vrijheid behoeven beroofd te worden. Deze scheiding is echter willekeurig, de lichte gevallen van psychose, melancholie, imbeciliteit enz. behoeven dat ook niet; ze worden evenwel niet behandeld, omdat vrijheidsberoving gewoonlijk wèl noodig is, wanneer de ziekte in intensiteit toeneemt.

Een leerboek der functioneele neurosen schijnt mij in ons land in eene gevoelde behoefte te voorzien, in de eerste plaats, omdat het onderwerp voor Nederlandsche medici nog niet behandeld is en verder om de belangrijkheid van het onderwerp, gevoegd bij de gebrekkige opleiding aan onze universiteiten.

De belangrijkheid der functioneele neurosen behoeft tegenwoordig niet meer betoogd te worden. Ieder leek weet, dat het aantal zenuwzieken op onrustbarende wijze toeneemt. Een groot aantal der hulpzoekende zieken lijdt direct of indirect aan

nen, die zoo is, dat het meerendeel der krankzinnigen te laat in een gesticht wordt opgenomen. De redenen hiervoor zijn echter geheel andere en zijn gelegen in de schande der krankzinnigverklaring in de oogen van het publiek en in de bemoeijking, in de opname in gestichten, die de wet stelt.

functioneele neurose; direct wanneer de ziekte z. g. spontaan optreedt, indirect wanneer de lichamelijke ziekte verschijnselen daarvan onder zijne symptomen heeft. De praktische medicus dient zich dus met de functioneele neurose vertrouwd te maken.

De verwaarloozing der functioneele neurose bij het onderwijs aan onze universiteiten is evenzoo in 't oog vallend. Praktische doctoren, die niet hebben geleerd een onderscheid te maken tusschen neurasthenie, hysterie en melancholie zijn er in menigte te vinden, en toch zijn dit ver uit elkaar liggende ziektebeelden, met eene zeer verschillende behandeling.

Het direct wetenschappelijk belang der studie van de functioneele neurose is zeer groot. Bij de breede ontwikkeling der tegenwoordige experimenteele psychologie levert de algemeene pathologie van neurasthenie en hysterie de meest verrassende aanknoopingspunten. Omdat dit boek in de eerste plaats voor praktische medici bestemd is, zal in deze wetenschappelijke richting slechts in zooverre ingegaan worden, als dat absoluut noodig is voor het recht begrip der verschijnselen en elke psychologische afwijking worden vermeden.

Na het boven medegedeelde blijft nog over in deze inleiding het algemeene plan van het boek in korte trekken nader uiteen te zetten.

Het eerste hoofdstuk zal handelen over *Neurasthenie*, een ziekte, die in de laatste jaren aan belangrijkheid zonder twijfel is toegenomen. In de latere jaren is de studie dezer ziekte het onderwerp geweest van talrijke medische publicaties en verschillende bekwame neurologen hebben ze meer het eigendom van den praktischen medicus doen worden. Toch zijn de voorstellingen over deze ziekte, ook bij de medici zelf, nog zeer onvolgende en verkeert men algemeen nog in de meening, dat de ziekte een verzameling is van allerhande verschijnselen, waar men geen weg mee weet.

Eene zeer goede opmerking maakt Beard, hij zegt: „*Neurasthenie* hat bei der Generation der Gegenwart fast dasselbe Schicksal,

das die Geisteskrankheiten bei der Generation der jüngsten Vergangenheit gehabt haben. Wie die Symptomen des Irreseins nicht als Krankheit, sondern als ein Besessensein von bösen Geistern gedeutet wurden, so sind die Zeichen der Neurasthenie von Männern der Wissenschaft als Einbildungen des Kranken, als Hypochondrie bezeichnet worden — ein vager Ausdruck für allerhand angezwefelte oder misverstandene Symptomen."

Dit zijn guldene woorden, die voor ons land nog volkomen van toepassing zijn, en die zelfs nog in meer algemeenen zin toegepast kunnen worden. Niet alleen de neurasthenie wordt niet begrepen en niet naar waarde geschat, maar hetzelfde geldt voor de meeste functioneele zenuwziekten. Ik zal niet zeggen van de zwaardere en de acute gevallen, die worden wel als zieken beschouwd en als zoodanig behandeld. De zwaardere gevallen zijn echter niet de belangrijkste, dit zijn dikwijls toch verloren levens, en de acute gevallen zijn ook niet de belangrijkste, want zij zijn zeldzaam en worden bovendien goed behandeld. Wel belangrijk zijn echter de lichtere gevallen, die personen, die hun werkkraft behouden, ofschoon zij zich dikwijls boven hunne krachten moeten inspannen om te blijven wat zij zijn en die ten slotte blij zijn wanneer zij afgeleefd hebben. Het leven is een last en een groote last ook, wanneer men, met behoud van ziekte-inzicht, dat moet doorbrengen vermoeid en afgemat, bezwaren ziende, waar zij niet zijn, opziende tegen elke moeielijkheid, en wanneer men in den arbeid niet een genot maar een last kan vinden. Deze zoo algemeen verspreide ziekte-toestand is voor een groot deel de oorzaak der tegenwoordige algemeene levensmoeheid, van die pessimistische wereldbeschouwing, die steeds meer wortel schiet.

Het tweede hoofdstuk zal behandelen de *Hysterie*, een ziekte, die wij hoofdzakelijk door Fransche onderzoekers hebben leeren kennen en die, voor zoover ik in staat ben er over te oordeelen, in Frankrijk meer voorkomt dan bij ons en in Duitschland. Niet dat ze bij ons zeldzaam is, maar tegenover Neurasthenie treedt zij toch meer op den achtergrond.

Als aanhangsel op deze beide hoofdstukken zal volgen de traumatische neurose, de *hystero-neurasthenie traumatique* der Franschen, die merkwaardige ziekte, die uit eene dooreenmenging der beide bovengenoemde ziekten schijnt te ontstaan; die ook in de etiologie de beide momenten dezer ziekten in zich bevat, n.l. de psychische schok, voorzoover die in elk ernstig trauma is gelegen, met de hysterie als oorzakelijk moment gemeen heeft, terwijl zij met neurasthenie hierin schijnt overeen te komen, dat het trauma behalve zijne direct zuiver psychologische werking, eene moleculaire invloed op het zenuwstelsel doet gelden, de oudtijds alleen erkende schok, en daardoor de vermoeienisverschijnselen der neurasthenie doet ontstaan.

Aan de behandeling der beide bovengenoemde ziekten zal zich aansluiten de bespreking van die onbepaalde nerveuse ziekten, welke thans gewoonlijk in de handboeken der neurologie te vinden zijn. Dit zijn Migraine, de verschillende vormen van Tic, de gelocaliseerde krampen, Chorea enz. Het komt mij voor dat deze toestanden, die stellig op de een of andere wijze met de beide functioneele neurosen neurasthenie en hysterie verbonden zijn, maar wier samenhang daarmede ons nog niet helder voor oogen staat, zich op geleidelijke wijze aan deze functioneele neurosen aansluiten en daardoor hier meer tehuis behooren dan bij de organische zenuwziekten.

Ik heb getwijfeld of ook Chorea minor hier tehuis behoorde en of het niet beter ware deze ziekte tot de infectiën terug te brengen. De overweging dat het psychisch moment bij Chorea zoo sterk op den voorgrond treedt, heeft mij doen besluiten de ziekte op te nemen.

Ook Epilepsie behoort in velerlei opzicht niet onder de functioneele neurosen tehuis; de klinische verschijnselen en hieronder vooral de in zoovele gevallen aanwezige dementie, verder het gewoonlijk ontbreken van elk psychologisch moment voor den afzonderlijken aanval en voor de accessen van epileptische krankzinnigheid, wijzen met groote waarschijnlijkheid op een organische

basis voor de ziekte. De organische verandering als zoodanig is ons echter nog geheel onbekend en in de niet progressieve gevallen, zooals er vele voorkomen, is van voor ons zichtbare organische veranderingen geen sprake. Daarbij komt, dat de groote meerderheid der gevallen van epilepsie buiten de krankzinnigengestichten blijft en door praktische medici behandeld wordt. Dit alles samengenomen heeft mij doen besluiten ook de epilepsie in dit werk te behandelen.

Het laatste hoofdstuk zal bevatten de *Degeneratieve psychische toestanden*. Bij de behandeling van deze moet een tamelijk willekeurige grens getrokken worden, omdat een zeer ruim gedeelte daarvan binnen het gebied der psychosen valt. Deze grens wordt wederom door praktische gronden aangegeven. Alles wat gevaarlijk is voor zich zelf of voor anderen en waarbij dus vrijheidsberooving noodzakelijk is, valt buiten mijne beschouwing. Van een wetenschappelijk standpunt uit dus zeer ongemotiveerd, maar door de praktische eischen noodzakelijk.

Bij de samenstelling van dit handboek heb ik mij hoofdzakelijk praktische doeleinden voor oogen gesteld. Daarom heb ik zorgvuldig vermeden wetenschappelijke vraagstukken te bespreken. Alleen in zooverre deze wetenschappelijke onderzoekingen reeds praktisch resultaat hebben of dit in de naaste toekomst beloven, ben ik daarop ingegaan. Dit is reeds in velerlei opzicht het geval. Schijnbaar van de praktijk zoo ver liggende onderzoekingen, als die van de experimenteele psychologie, zullen binnen eenige jaren blijken te zijn van groote praktische betekenis en de tijd, dat van den praktischen medicus geëischt zal worden zich een oordeel te vormen over eene vermoeidheidstoestand bij een scholier, ligt zoo ver niet meer in de toekomst.

Wanneer de vele moeite, aan een arbeid als deze besteed, er toe kon bijdragen om den praktischen medicus eenige kennis en belangstelling bij te brengen voor deze hem zoo nuttige en in ons land zoo weinig beoefende vakken, zou ik mij ruim be-
loond achten,

HOOFDSTUK I.

Etiologie.

De leer der oorzaken is in vele opzichten, zoowel uit een praktisch, als uit een theoretisch oogpunt, het meest belangrijke hoofdstuk der pathologie. Uit een praktisch oogpunt leert de kennis der oorzaken ons de meest werkdadige manier kennen de ziekten te voorkomen en te bestrijden, uit een theoretisch oogpunt geeft het ons een inzicht in de wording van ziekte-toestanden en is daardoor een onderdeel der algemeene biologie.

Bij de ziekte-toestanden, die ons bezighouden, maakt men onderscheid tusschen gelegenheidsoorzaken en praedisponerende oorzaken. Deze verdeeling is in menig opzicht kunstmatig; de meest juiste voorstelling en te gelijk de meest eenvoudige verkrijgt men door de dingen zoo algemeen mogelijk te beschouwen.

Veronderstellen wij eene geheel gezonde familie, eene soort middelmaat, die in geene richting in 't oog springende abnormaliteiten vertoont.

Het hangt dan slechts af van de uitwendige omstandigheden, waaronder de afstammelingen van deze familie verkeerden, hoe hun verder lot zal zijn. Onder uitwendige omstandigheden moet men alles verstaan wat van buiten af inwerkt. Een kind verwekt in dronkenschap zal minder solied ter wereld komen dan een ander kind. Het eene lid der familie zal meer of min zwaren tegenspoed ondervinden, kan aan allerlei infecties blootstaan, kan door traumata in zijne levenskracht verminderd zijn. Wij

hebben te maken met de talloze meer of min gunstige levensomstandigheden, waarvan later in dit hoofdstuk sprake zal zijn.

Laten wij nu over het gezonde geslacht, waarvan wij zijn uitgegaan, meerdere geslachten verloop, zooveel wij slechts willen, dan zullen wij na zekeren tijd, hoe lang doet er niet toe, maar stellen wij voor de eenvoudigheid bij het tegenwoordig levende geslacht, zeer samengestelde verhoudingen aantreffen.

Elk kind, dat geboren wordt, is het product van zijne voorouders, die alle onder verschillende uitwendige omstandigheden geleefd hebben.

Uitgaande van een gezonden ur-stamvader, zal het ten slotte slechts van de hoeveelheid en van de intensiteit der schadelijke uitwendige omstandigheden afhangen, die geslachten na elkaar hebben ingewerkt, hoe de geheele organisatie van het geboren wordende kind zal zijn. Dit is niet anders dan het product van van alles wat vroeger ingewerkt heeft.

Het resultaat nu, dat de som van al deze schadelijke en niet-schadelijke momenten op het geboren wordende individu heeft gehad, noemen wij den aanleg waarmede het ter wereld komt. Deze oorzaken hebben natuurlijkerwijze een grooten invloed gehad en hebben reeds de algemeen richting bepaald, waarin het individu zich zal ontwikkelen. Op deze groote rij van oorzaken volgt nu eene andere rij; dat zijn de omstandigheden waaraan het individu zelf tijdens zijn leven is blootgesteld.

Aldus komen wij tot 2 rijen van oorzaken:

1°. De erfelijkheid.

2°. De uitwendige omstandigheden van het individu zelf.

1°. ERFELIJKHEID.

Het is mijn doel niet hier de etiologische momenten der erfelijkheid uitgebreid te behandelen. Eene grondige behandeling hiervan laat zich beter bij het hoofdstuk Degeneratie onderbrengen, waar het als etiologisch moment veel sterker op den voorgrond treedt. Hier zij slechts zooveel besproken, als tot recht begrip der ziekte noodig is.

De aanleg tot zenuwziekten en dit geldt in gelijke mate van alle andere pathologische toestanden, moet wel onderscheiden worden van die ziekte-toestanden zelf. Wanneer het mogelijk was statistisch op te maken wat uit een gegeven aanleg zich verder ontwikkelde, dan zou men zonder twijfel getallen verkrijgen, die aantoonen, dat in vele dezer gevallen die aanleg zich tot de ziekte, waarvan zij de kiem in zich bevat, vervormde. Dit neemt echter niet weg, dat dit niet zoo *behoeft* te zijn, en dat zonder twijfel bij talrijke individuen levenslang een bepaalde aanleg blijft bestaan, die door de gunst der uitwendige omstandigheden, door eene verstandige levenswijze, door het ter juister tijd sparen en gebruik maken van de beschikbare krachten, niet verder tot ontwikkeling komt en nooit het stadium der zich openbarende ziekte bereikt. Afgezien dus hiervan, dat de verschijnselen van een aanleg tot zenuwziekte geheel andere zijn dan de verschijnselen dier ziekte zelf, is het uit een prognostisch oogpunt van groot gewicht onderscheid te maken tusschen den *aanleg* tot bepaalde ziekten en die *ziekten* *zelve*n.

De erfelijkheid van neurasthenie en van functioneele zenuwziekten in 't algemeen is oorzaak alleen van een aanleg tot die ziekten, zij veroorzaakt niet de ziekte zelf.

Er bestaat grond om tusschen de oorzaken, die men gewoon is erfelijkheidsmomenten te noemen, onderscheid te maken.

In de eerste plaats moet men onderscheiden de erfelijkheidsmomenten *sensu strictiori*; dit zijn die oorzaken welke geslachten na elkaar op de ascendentie hebben ingewerkt en die ten gevolge hebben gehad dat er een gedegenereerde familie ontstaan is. De afstammelingen hiervan kan men zich niet anders denken dan evenzoo gedegenereerd, omdat men moet aannemen, dat bij den algemeenen ziekte-toestand, minderwaardigheid zoo men wil, van den geheelen stam, ook het kiemplasma, waaruit het nieuwe individu zich zal gaan ontwikkelen in gelijke mate geleden heeft. Hier zijn de kiemveranderingen dus reeds van de ascendentie als ziek overgeërfd.

In de tweede plaats heeft men te onderscheiden de schade-

lijkheden waaraan de kiem, die van den beginne af aan gezond geweest is, heeft bloot gestaan door pathologische omstandigheden, die op de ouders hebben ingewerkt en waarvan de kiem als deel van het geheel, op de een of andere wijze de werking heeft ondervonden. Binswanger onderscheidt hierbij:

1°. Chronische en acute intoxicaties.

Het is door talrijke observaties bewezen, dat het onmatig gebruik van alcohol op de progenituur een zeer ongunstigen invloed heeft, vooral wat betreft het optreden van een aanleg tot talloze zenuwziekten; wij kunnen ons dit moeielijk anders voorstellen dan door aan te nemen, dat de chronische overlading van het bloed met alcohol een direct schadelijken invloed op de kiem heeft en aanleiding geeft tot de ontwikkeling van een ziekelijk individu. Wat van alcohol geldt is ook van andere intoxicaties van belang. Zelfs schijnen er waarnemingen te bestaan, die er op duiden dat ook de acute alcoholroes niet onverschillig voor de progenituur is en dat een in dronkenschap verwekt kind aanleg tot zenuwziekte kan vertoonen.

2°. Infecties. Hieronder komen vooral syphilis en tuberculose en misschien malaria in aanmerking. De wijze waarop deze werken is onbekend, misschien, dat het toxine van de bacil schadelijk op de kiem werkt, misschien dat de bacil zelf in de kiem binnendringt.

3°. Constitutioneele ziekten, zooals anaemie chlorose, chronische slechte voedingstoestanden enz.

4°. Locale ziekten der geslachtsorganen, die zonder het overige lichaam ziek te maken zieke geslachtsproducten kweeken.

Al deze oorzaken kunnen werken op de kiem, vóórdat deze met eene andere in copulatie is getreden; zij blijven echter ook in onverzwakte mate aanwezig na de copulatie en kunnen dus inwerken gedurende de geheele ontwikkeling van het organisme van kiemcel af tot rijpe vrucht toe. Is het voor de eicel en spermacel niet onverschillig of hij door alcoholitisch of tuberculeus bloed gevoed wordt, voor het zich ontwikkelende embryo

is het dit evenmin. Men kan misschien voor de kiemcel eene grootere vatbaarheid aannemen, om door de veranderingen in het organisme getroffen te worden, dan voor het embryo, dat steeds meer, naarmate het zich ontwikkelt, een zelfstandig bestaan gaat voeren; echter zie ik de noodzakelijkheid niet in om, zooals b. v. *Binswanger* in zijn nieuw boek over *Neurasthenie* tracht door te voeren, principieel een onderscheid te maken tusschen schadelijke invloeden op de kiemcel en op het embryo. Bovendien zijn deze verklaringen voor den verschillenden invloed der erfelijkheid, zooals de klinische waarneming ons die leert, ofschoon wij ze voorloopig niet anders kunnen denken, nog te zeer van theoretischen aard, om nu reeds daarop voortbouwende, verder gaande onderscheidingen te gaan maken.

Wij onderscheiden dus die gevallen, waar de erfelijkheid geslachten na elkaar is te vervolgen; van die andere, waar wij nerveuse verschijnselen van degeneratie waarnemen, maar bij welke de ascendentie die niet vertoonde. Hier zijn door verkregen ziekte-toestanden der ouders ten gevolge van een der bovengenoemde schadelijke momenten of zieke kiemcellen ontstaan of heeft een ziek embryo zich ontwikkeld.

Deze laatste gevallen vormen eene tegenstelling met die gevallen, waar de ouders ziekte-toestanden verkregen, die wel den geestelijken weerstand van hen zelven verminderde en ze ziek deed zijn, maar waarbij deze ziekte-toestanden der ouders geen invloed hebben gehad op de kiem.

Dergelijke gevallen komen zoo zeer zelden niet voor. Het wordt nu en dan wel waargenomen, dat b. v. na *trauma capitis* eene ernstige psychose of eene *neurasthenie* zich bij de ouders ontwikkelt en dat daarna gezonde kinderen geboren worden. Hier heeft dus kennelijk de kiem en de ontwikkeling van het embryo niet geleden.

Door dergelijke voorbeelden springt het in 't oog, dat in de praktijk wel degelijk een onderscheid gemaakt moet worden tusschen de verschillende vormen van erfelijkheid en dat ook deze min of meer theoretische uiteenzettingen voor de praktijk

waarde kunnen hebben. Voor 't oogenblik verlaat ik echter het theoretisch bespreken der heredititeit, om ze bij het hoofdstuk Degeneratie grondiger te kunnen behandelen.

Wij komen dus nu tot den invloed, die de erfelijkheid heeft op het zich ontwikkelen der neurasthenie. De getallen, die men hiervoor bij verschillende schrijvers opgegeven vindt, loopen vrij aanzienlijk uit elkaar, samenhangende waarschijnlijk met de verschillende opvattingen, die zij over erfelijkheid hebben, zoodat sommigen van hereditaire neurasthenie spreken, waar anderen slechts verkregene vormen meenen te zien.

Löwenfeld geeft 75 procent als erfelijk verkregen op, Binswanger slechts 35,5 proc. bij vrouwen en 49 proc. bij mannen, andere schrijvers, zoo b. v. Bouveret, Levillain, Strümpel, Möbius, Kraft-Ebing, geven geene nauwkeurige getallen. Von Hösslin geeft over 828 gevallen aan, dat in 35 procent zware vormen van psychose in de ascendentie bestonden, terwijl in nog 35 procent slechts lichtere psychische afwijkingen in de familie aanwezig waren.

Statistieken zijn, voorzoover mij bekend over een uitgebreider materiaal nog niet gemaakt.

De rol, die de erfelijkheid bij neurasthenie en bij andere zenuwziekten vervult, bestaat niet, zooals wij boven reeds met een enkel woord vermeld hebben, in het te voorschijn roepen der ziekte zelf, maar alleen van de predispositie daartoe. Wil de ziekte te voorschijn komen, dan zijn daartoe altijd nog bijkomende oorzaken noodig, de *agents provocateurs* der Franschen, de gelegenheidgevende oorzaken zouden wij ze kunnen noemen; deze oorzaken kunnen verschillend sterk zijn en men kan in 't algemeen aannemen, dat des te geringer oorzaak noodig is voor het tot stand komen der ziekte, naarmate de erfelijkheidsmomenten bij den lijder in sterkere mate aanwezig zijn. Vandaar, dat om een goed overzicht te verkrijgen van de erfelijke factoren, het niet voldoende is deze erfelijkheidsmomenten bij de zich ontwikkeld hebbende ziekte statistisch vast te stellen, maar men heeft ook nog de moeilijker vraag te behandelen in

hoeverre deze hereditaire momenten aanleiding geven tot een meer of min duidelijken en diagnosticeerbaren aanleg tot neurasthenie en andere zenuwziekten; deze eisch is bij den tegenwoordigen stand onzer wetenschap nauwelijks te volvoeren.

In vele gevallen, waar men zware erfelijkheid kan constateeren, zijn de oorzaken, die noodig zijn de ziekte te voorschijn te doen komen zeer gering, het heeft den schijn of deze zich vanzelf, als door de inwendige organisatie van den lijder zelf veroorzaakt, verder en verder ontwikkelt. In deze gevallen krijgt men dus de indruk, dat erfelijkheid de eenige oorzaak is en deze dus niet alleen den aanleg, maar ook de ziekte heeft veroorzaakt. Men moet daarbij echter in 't oog houden, dat de gewone omstandigheden van elk individu steeds min of meer schade gevende momenten bevatten en dat er niemand is, die gedurende zijn geheele leven niet meer of min in den strijd om het bestaan betrokken wordt.

De voorgaande overwegingen en feiten leeren ons dus, dat bij neurasthenie erfelijkheid in het te voorschijn roepen der ziekte een belangrijke rol vervult. Men gaat naar mijne meening niet te ver wanneer men aanneemt, dat zij in de helft der gevallen als hoofdoorzaak mag aangenomen worden. Hieruit volgt echter tegelijkertijd, dat in de andere helft der gevallen neurasthenie eene ziekte is, die tijdens het leven door schadelijke omstandigheden, die op het individu zelf inwerken, verkregen is.

Deze laatste omstandigheid stelt ons in staat eene verklaring te geven hoe het mogelijk is, dat deze ziekte in de laatste jaren zoo sterk is toegenomen. Deze toename der neurasthenie kan men niet verklaren door de gebrekkige medische kennis van vroeger. Zonder twijfel is het waar, dat neurasthenie vroeger voorkwam en dat zij niet werd herkend, maar dat hare verschijnselen verward werden met die van meer of min verwante ziekten, zooals hypochondrie, melancholie, vecordia enz. Dit verklaart echter niet in het minst de groote toename der ziekte.

Wanneer een bepaalde ziekte sterk toeneemt, komt dit omdat de oorzaken voor deze ziekte toenemen. Is dus erfelijkheid een oorzaak, en voor psychosen is dit een hoofdoorzaak, dan zou de

erfelijkheid moeten toenemen. Om echter eene toename van ziekten waar te nemen, welke op een vermeerderde erfelijkheid berust, zal men eenige geslachten moeten wachten, omdat bij ziekten, die uitsluitend door erfelijkheid veroorzaakt worden, de degeneratietoestand zich steeds eenige geslachten na elkaar laat vervolgen. Zoo zien wij dan ook, dat die psychosen, welke in hoofdzaak op erfelijkheid berusten, slechts weinig of niet toenemen, zoo b. v. de aangeboren waanzin, insania cyclica enz., terwijl andere, waar de heriditeit eene minder groote rol speelt, snel toenemen. Het beste voorbeeld hiervoor is Dementia paralytica. Elke snelle vermeerdering van eene bepaalde ziekte sluit dus in hoofdzaak het erfelijkheidsmoment als oorzaak van deze toename uit. Zoo is het ook met neurasthenie; omdat deze toename der ziekte in zoo betrekkelijk korten tijd heeft plaats gehad, mag men aannemen, dat niet eene sterkere psychopatisch behabte ascendentie hiervan de schuld is, maar komt men vanzelf tot het besluit, dat eene vermeerdering der schadelijke uitwendige omstandigheden, die op het individu zelf inwerken, de oorzaak voor de toename dezer ziekte is.

De invloed, die de heriditeit op het optreden van neurasthenie doet gelden, openbaart zich nog op eene andere wijze. Boven hebben wij er reeds op gewezen hoe door schadelijk inwerkende omstandigheden de kiem in hare normale ontwikkeling belemmerd kan worden en hoe daardoor individuen met een aanleg tot allerlei zenuwziekten kunnen geboren worden. Ofschoon nu in vele van deze gevallen het zenuwstelsel in de eerste plaats lijdt en dit zelfs een orgaan schijnt te zijn, dat het eerst van alle op schadelijke prikkels reageert, zoo openbaren zich deze kiembeleedigingen bij lange na niet uitsluitend in het zenuwstelsel alleen. Integendeel het is bekend genoeg, hoe onder invloed b. v. van hereditaire Lues of van Tuberculose individuen kunnen ontstaan, die behebt zijn met eene dusdanige gebrekkige ontwikkeling van alle organen, dat men ze het best kan karakteriseeren met eene uitdrukking van Fournier, dat zij lijden aan: „*incapacité de vivre*”.

Dit zijn de ergste gevallen, die kort na de geboorte aan allerlei aangeboren ontwikkelingsanomaliën, gebrekkige levensfunctien of pathologische reacties op normale prikkels komen te overlijden. De minder erge gevallen blijven taliter qualiter in leven en groeien op tot chetive, kleine, bleekzuchtige individuen, met langzame, vertraagde stofwisseling en stoornissen in alle organen, geene grof anatomische, maar functioneele; zij reageeren op elken kleinen prikkel met pathologische hevigheid en vertoonen in geheel hun voorkomen het cachet van den ziekgeboren mensch.

Ook de te vroeg geborene kinderen, kunnen op deze wijze groot worden en verder die kinderen welke in hunne ontwikkeling door ziektoestanden van de moeder hebben geleden, zoo b. v. de jongste kinderen uit groote families, wanneer de levenskracht der moeder door talrijke bevallingen meer of min is uitgeput. Dat chlorotische en anaemische en door allerhande ziekten uitgeputte moeders evenzoo zwakke kinderen doen geboren worden behoeft verder geen betoog. Wij betreden hier een gebied dat in onzen tegenwoordigen tijd nog maar al te zeer verwaarloosd wordt, hoewel het waarschijnlijk uit een algemeen hygiënisch oogpunt van het grootste belang is. De plicht n.l. van de ouders om eene zoo gezond mogelijke progenituur te verwekken, brengt wel degelijk mede conceptie in tijden van ziekte te voorkomen. Hierover verder uit te wijden ligt niet binnen het kader van dit werk.

Uit deze boven aangegevene categorie van lijders ontwikkelen zich talrijke neurasthenici; de vermoeidheidsverschijnselen, die in de gewone gevallen van neurasthenie in het zenuwstelsel alleen zich localiseeren, schijnen hier in het geheele lichaam te zetelen. Hun zenuwstelsel reageert op den minsten prikkel met pathologische reactie en zoo is het niet te verwonderen, dat deze categorie van personen het eerst van alle vermoeidheidsverschijnselen van den kant van het zenuwstelsel geven. Voor de behandeling zijn zij zeer moeilijk, de prognose is zeer twijfelachtig en in elk opzicht minder gunstig dan van de gewone neurasthenie. Hoofdzak is de algemeene voedingstoestand te

verbeteren en de personen voor schadelijke prikkels te bewaren.

Men zou echter dwalen met te meenen, dat de neurasthenie zich uitsluitend of ook maar slechts overwegend bij slecht gevoede personen ontwikkelt; integendeel talrijke schrijvers geven aan en ik kan dit uit mijne ondervinding geheel bevestigen, hoe zware gevallen van neurasthenie en naar mij toeschijnt vooral erfelijk gepredisponeerde gevallen, kunnen gepaard gaan met eene bloeiende lichamelijke ontwikkeling. *Beard* heeft hier reeds opmerkzaam op gemaakt, maar hij schijnt mij in dit opzicht te overdrijven, wanneer hij beweert, dat neurasthenici er gezonder uitzien dan normale menschen, evenzoo dat zij langer zouden leven.

In het voorgaande hebben wij de erfelijkheidsmomenten in den ruimsten zin van het woord kortelijk besproken; wij komen nu tot:

20. DE UITWENDIGE OMSTANDIGHEDEN.

De uitwendige omstandigheden, waardoor neurasthenie kan ontstaan of voorbereid worden, zijn talrijk. De algemeene gewoonte volgende, verdeelen wij deze oorzaken in predisponerende oorzaken en ziektegevende oorzaken.

Wij beginnen met:

A. De predisponerende oorzaken.

Hierin zullen wij achtereenvolgens bespreken:

10. het optreden der ziekte bij de verschillende sexen.
20. de invloed van den leeftijd.
30. de invloed van het ras.
40. het klimaat.
50. de maatschappelijke positie.
60. het stadsleven.
70. de opvoeding.

Wat het voorkomen der ons interesseerende ziekte-toestanden bij de verschillende sexen betreft, geeft dit aanleiding tot eenige bijzondere opmerkingen.

Voor de *nerveuse degeneratie* is een verschil in 't optreden bij den man en bij de vrouw statistisch niet aangetoond. Dit kan ons niet vreemd voorkomen, wanneer wij bedenken, dat de bijna uitsluitende oorzaak voor de nerveuse degeneratie in de erfelijkheid moet gezocht worden en deze heeft gelijken invloed op de mannelijke en de vrouwelijke progenituur. Dat er onder den vorm, waarin de nerveuse degeneratie bij man en vrouw zich voordoen echter nog verschillen bestaan, die van bijoorzaken afhangen, zullen wij bespreken, wanneer wij het hoofdstuk der degeneratie behandelen.

In het voorkomen der beide andere ziekten, de neurasthenie en de hysterie, is echter een onmiskenbaar verschil waar te nemen, wat betreft hun voorkomen bij de verschillende sexen.

Het is n.l. een ervaringsfeit, dat neurasthenie meer bij mannen voorkomt, dan bij vrouwen, terwijl hysterie meer bij vrouwen wordt waargenomen. Mannelijke hysterici zijn in ons land zelden, ten minste voor zoover mijne waarneming mij dit kon leeren. Ook in Duitschland schijnt dit volgens de opgave van verschillende schrijvers zoo te zijn. In Frankrijk daarentegen komt mannelijke hysterie meer voor. De opgaven hierover zijn verschillend; er bestaan zelfs statistieken uit Parijs, die aangeven, dat mannelijke hysterie meer voorkomt dan vrouwelijke. Deze zijn later weer tegengesproken en berusten waarschijnlijk op onjuiste diagnosen. Wij mogen evenwel aannemen, dat mannelijke hysterie in Frankrijk frequenter is dan bij ons.

Neurasthenie komt naar mijne ervaring meer bij mannen voor en het ligt voor de hand, de oorzaak hiervoor in den aard der ziekte te zoeken. Neurasthenie toch is, zooals wij zagen, zonder twijfel eene vermoeidheidstoestand van het centrale zenuwstelsel en voor deze vermoeidheid bestaan bij de sociale verhoudingen van den man veel meer redenen, dan bij de vrouw. De man voert den zwaren strijd voor het bestaan, wordt gedrukt door een zwaar gevoel van verantwoordelijkheid, ondervindt uit de eerste

hand alle decepties, die het tegenwoordige maatschappelijke leven in zoo groote verscheidenheid aanbiedt, hij wordt hoofdzakelijk geprikkeld door de scherpe stekels van de eierzucht. Al deze momenten voor zenuwvermoeidheid werken bij de vrouw minder.

Het voorkomen van neurasthenie bij de vrouw is echter bij lange na niet zeldzaam en den indruk, dien ik uit persoonlijke ervaring daarover heb, en die ook andere onderzoekers als de hunne hebben medegedeeld, is deze, dat neurasthenie bij de vrouwelijke sexe frequenter gaat worden en hierbij kan men dan opmerken, dat in deze gevallen dezelfde oorzaken van zenuwvermoeidheid gevonden kunnen worden, die bij den man zoo werkzaam zijn.

Het zijn vooral de vrouwen, die den gewonen strijd om het bestaan medemaken, de onderwijzeressen, de telegraaf- en telefoonbeambten, de artiesten, die in den tegenwoordigen tijd herhaaldelijk verschijnselen van neurasthenie en somtijds zeer zware vormen daarvan vertoonen. Deze omstandigheden wijzen er op, dat het mannelijk of vrouwelijk karakter als zoodanig niet aanleiding geeft tot het optreden van de ééne of de andere der beide ziekten, maar dat het bijna uitsluitend de uitwendige omstandigheden zijn, waaronder het individu leeft, die beslissend zijn voor het optreden van een van beiden.

Neurasthenie treedt verder herhaaldelijk bij vrouwen op na verzwakkende invloeden, na herhaalde zwangerschappen, na eclampsie, na veel bloedverlies, na groote operaties, vooral na gynaecologische operaties in den vorm van traumatische neurasthenie met ongunstigen prognose.

Leeftijd. Over het optreden van neurasthenie op verschillende leeftijd bezitten wij een statistiek van v. Hösslin, die ik hier weergeef, zij loopt over 828 gevallen:

In den leeftijd van 10—20 jaar 38 personen.

"	"	"	"	20—30	"	209	"
"	"	"	"	30—40	"	271	"
"	"	"	"	40—50	"	205	"

In den leeftijd van 50—60 jaar 79 personen.

"	"	"	"	60—70	"	24	"
"	"	"	"	70—90	"	2	"

De gevallen waar de neurasthenie tusschen de leeftijd van 10 en 20 jaar of vóór dien tijd optreedt zijn betrekkelijk zeldzaam, het zijn in 't algemeen die lijders, waar eene zware hereditaire predispositie bestaat en waar geringe schadelijkheden in staat zijn de ziekte te voorschijn te doen treden.

Na den leeftijd van 20 jaar zien wij een sterke vermeerdering optreden, zoodat 83 % van het geheele aantal valt tusschen den leeftijd van 20—50 jaar. Dit is dus de meest gevaarlijke leeftijd. De invloed der puberteit op de ziekte is betrekkelijk gering en treedt geheel terug bij de oorzaken, die later gaan werken. Tusschen den 20 en 30-jarigen leeftijd ligt de periode, dat groote eischen aan de werkkraft van het individu gesteld worden om zich een zelfstandige positie in de maatschappij te verwerven, dit is de hoofdoorzaak voor de stijging tot 24 procent der gevallen. De leeftijd van 30—40 jaar is niet minder gevaarlijk (33 proc.). Hier zijn het schadelijkheden van een eenigszins anderen aard, en terwijl de zuivere intellectuele inspanning meer op den achtergrond treedt, komen hier de emoties meer in het spel. Teleurgestelde verwachtingen, verlies van vermogen, ongelukkige familieomstandigheden, de onmogelijke vervulling van eischen van weelde enz., doen hier als oorzaken dienst. Ook tusschen den leeftijd van 40—50 jaar (23 proc.) werken deze oorzaken nog, waarschijnlijk echter reeds in mindere mate en doet zich verder hier reeds een nieuw moment gevoelen, n.l. de seniele involutie van het centrale zenuwstelsel, een oorzaak, die met 't stijgen der jaren steeds belangrijker wordt en op hooger en ouderdom bijna de uitsluitende oorzaak voor neurasthenie wordt. Hierbij doet zich dan echter de moeielijkheid voor, dat het symptomenbeeld der neurasthenie op hoogen leeftijd steeds meer gaat gelijken op de dementia senilis, zoodat steeds meer organische verschijnselen het ziektebeeld compliceeren. In vele gevallen wordt door

dezen geleidelijken overgang de differentiale diagnose onmogelijk. Verschillende schrijvers geven echter op, dat op hoogen leeftijd nog zuivere gevallen van neurasthenie voorkomen. Ik zelf heb ze nooit waargenomen.

Wanneer wij de verdeeling van neurasthenie over de verschillende leeftijden nagaan, en wij construeerden ons een curve, waar de leeftijden als ordinaten en het aantal der ziektegevallen als abscissen werden gemarkeerd en wij deden hetzelfde voor eene andere psychische ziekte, de Dementia paralytica, een ziekte, die evenals Neurasthenie in de laatste jaren eene sterke toename vertoont, dan zouden wij getroffen zijn door het parallelle verloop van deze beide lijnen. Beide ziekten komen zeldzaam voor in de jeugd, bij neurasthenie begint de frequentie op ongeveer 20 jaar sterk snel te stijgen, bij dementia paralytica iets later op ongeveer 25 à 30 jarigen leeftijd; daarna komen beide ziekten van 30—50 jaar veel voor, om met den ouderdom wederom parallel te dalen. Beide ziekten loopen verder gelijkelijk uit in de dementia senilis, waarvan zij in de overgangsvormen niet te scheiden zijn. Beide ziekten zijn in de laatste jaren enorm toegenomen, waardoor de erfelijkheid als overwegend etiologisch moment voor beiden, zooals wij boven bespraken, moet uitgesloten worden. Deze uitgebreide overeenstemming is niet toevallig en zij berust op de gelijknamige etiologische momenten van beide ziekten. Vindt de neurasthenie zijn oorzaak in het moderne leven en de vermoeienis, die dit veroorzaakt, de dementia paralytica doet dit niet minder; slechts bestaat dit doorgaand verschil, dat, zal dementia paralytica ontstaan, de vermoeienis gevende oorzaken op een organisch gepredispondeerde basis moeten inwerken. In de meeste gevallen prepareert syphilis, in andere gevallen, hoewel veel minder dikwijls, alcoholmisbruik deze organische basis. Vermoeidheid alléén geeft neurasthenie, vermoeidheid plus een organisch vergif, veroorzaakt dementia paralytica, dit is de eenvoudigste en meest juiste voorstelling.

De invloed, die het *ras* heeft op de frequentie van het voor-

komen van neurasthenie is waarschijnlijk niet groot. De ziekte komt in alle beschaafde landen ongeveer in gelijke mate voor. Amerikanen, Israëlieten en aristocratische Russen worden opgegeven als bijzonder met neurasthenie bezocht te zijn. Voor Amerikanen is dit waarschijnlijk onjuist, bij de Israëlieten is dit geen rasbijzonderheid, maar wordt het door de onrustige levenswijze voldoende verklaard, en de algemeene moreele degradatie der Russische aristocratie is reden genoeg, om ook hier eene grootere frequentie der ziekte begrijpelijk te doen zijn.

Dat het *klimaat* eenigen invloed zou hebben is niet aangetoond.

De invloed, die de *maatschappelijke positie* op het voorkomen van neurasthenie heeft, laat zich het best uitdrukken door een statistiek van v. Hüsslin over 598 gevallen. Hij vond:

kooplieden	198
beambten	130
onderwijzers	68
studenten	56
officiëren	38
artiesten	33
renteniers	19
doctoren	17
landlieden	11
geestelijken	10
geleerden	6
scholieren	6
arbeiders	6

Ofschoon dergelijke statistieken slechts eene betrekkelijke waarde hebben, wanneer daarbij niet gelijktijdig wordt opgegeven hoe groot het aantal van deze genoemde beroepen van de geheele bevolking is en wanneer bovendien niet de verschillende beroepen naar rato van hunne frequentie in de statistiek voorkomen, zoo blijken er toch wel eenige algemeene waarheden uit, die zich trouwens ook nog op andere wijze laten verifieeren.

In de eerste plaats is opvallend, hoe groot het aantal per-

sonen is, dat geestelijk werk verricht en lijdende is aan neurasthenie. Het is een bekend feit, hoe weinig deze ziekte bij arbeiders voorkomt en hoe weinig dus in 't algemeen lichamelijke vermoeienis, slechte voeding en in 't algemeen ongunstige omstandigheden voor zich alleen in staat zijn de ziekte te veroorzaken. Wel kunnen deze laatste factoren meer of min den bodem voorbereiden en het psychisch moment een gemakkelijk aangrijpingspunt geven. Dit blijkt uit de frequentie van neurasthenie bij die personen, welke naast hunne lichamelijken arbeid, of onder slechte hygiënische omstandigheden, geestelijken arbeid verrichten. Deze zijn zeer gedisponeerd voor de ziekte. Zoo b. v. scholieren op middelbare scholen uit arbeidersgezinnen, onderwijzeressen, die slecht gevoed worden enz. In het algemeen echter is het waar, dat lichamelijke omstandigheden alléén niet voldoende zijn, maar dat het moment der geestelijke misère daaraan toegevoegd moet worden om de ziekte te voorschijn te roepen. Ook hierin heeft neurasthenie overeenkomst met dementia paralytica.

Gaan wij verder de gevallen der medegedeelde lijst na, dan geven zij ons aanleiding tot eenige nadere opmerkingen.

Bij de kooplieden, die bovenaan staan, zijn het vooral de emoties, die eene zeer noodlottigen invloed uitoefenen. De concurrentie dwingt tot maximale inspanning, die op zich zelf mischien nog zoo schadelijk niet zou zijn, wanneer zij niet gepaard ging met hevige emoties en een onrustig leven. De telegraaf en de telefoon, de groote reizen, het telkens opgeschrikt worden, noodlottige speculaties, de groote wisselvalligheid der markt en honderden omstandigheden meer, maken het leven van een koopman en niet het minst van den groothandelaar buitengewoon onrustig. Hier vindt men ook de meeste vormen van verkregene neurasthenie.

Weinig minder aangedaan is de positie van beambten en onderwijzers. Hier zijn eenigszins andere oorzaken werkzaam. De zorgen voor het bestaan, de drukkende verantwoordelijkheid bij sommige beambten, ingespannen studie bij veel werk voor de

betrekking, onvoldoende voeding enz. komen hier vooral in aanmerking en zijn de schadelijke invloeden, die aan het beroep zijn verbonden.

Bij studenten is het voornamelijk te intensieve geestelijke inspanning; bij officieren dikwijls eerezucht en den eisch, die hen gesteld wordt om een weelderig leven te voeren; artiesten lijden veel door eerezucht, door teleurgestelde verwachtingen, door spannende oogenblikken.

Op deze verschillende oorzaken komen wij bij de afzonderlijke bespreking der psychische oorzaken nog nader terug.

De invloed, die het leven in groote steden heeft op 't ontstaan van neurasthenie is evenzoo niet te miskennen. Getallen hiervoor zijn niet te geven, maar het is van algemeene bekendheid, hoezeer juist het leven in een groote stad met zich mede brengt alle schadelijke momenten, die wij reeds hebben opgenoemd; het leven in kleine steden kan echter reeds dikwijls hiermede wedijveren.

Het is voornamelijk de onrust, die hier schadelijk werkt. In de klasse der menschen, die aan neurasthenie lijden, ziet men eene onophoudelijke bezigheid, een hollen van het een op het ander, een bovenmatige inspanning zonder behoorlijke pauzen om tot rust te komen. Daarbij een verhoogd gebruik van genotmiddelen en excitantiën om te kunnen blijven presteeren, wat geëischt wordt. Het leven op de straten, het ratelen van trams en karren, het gejoel en geschreeuw der menschen, is eene getrouwe, uitwendige afspiegeling van den gewonen geestestoestand dezer klasse van menschen. Dat een dergelijke onrust zijne offers vergt en dat de zwaksten het eerst aan de beurt zijn, is de natuurlijkste zaak der wereld.

Wij komen nu tot een belangrijk gedeelte der algemeene etiologie, in hoeverre n.l. de opvoeding invloed heeft op het ontstaan van neurasthenie. Deze invloed bestaat stellig in hooge mate en in vele gevallen kan men zeggen dat neurasthenische individuen door de opvoeding gekweekt worden.

Het is hier ter plaatse niet mogelijk te schetsen, hoe eene

goede opvoeding moet zijn, hoe vooral eene opvoeding van tot zenuwziekte voorbeschikte kinderen moet zijn.

Wanneer men lijders aan neurasthenie naar de oorzaken van hunne ziekte vraagt, komt het meermalen voor, vooral bij erfelijk gepredisponeerde gevallen, dat de ziekte geweten wordt aan eene verkeerde opvoeding. In zeker opzicht is dit dikwijls wel juist, voor zoover bij eene erfelijke zenuwziekte ook gewoonlijk een of beide ouders nerveus zijn en deze zijn niet de ware personen om eene goede opvoeding te geven. In een ander opzicht hebben deze lijders ongelijk, omdat hunne ziekte gewoonlijk reeds bij de geboorte in aanleg bestond en zij vergeten het bijbelsche woord, dat men geen vijgen van distelen leest.

Eene goede opvoeding behoort reeds vroeg te beginnen, zelfs reeds bij de geboorte. Het is eene verkeerde gewoonte om angstvallig op het schreeuwen van het jonge kind te letten en het door sussen of spelen trachten stil te houden. Een gezond kind, dat geen honger heeft, schreeuwt niet of het heeft geleerd te schreeuwen. Veel kwaad kunnen angstige moeders doen, die op de kleinste stoornis letten en de onrust, die zij voor hunne eigene gezondheid hebben, overdragen op de kinderen.

Wordt het kind grooter, dan behoort het alleen te gaan slapen, liefst in donker of bij een zwak olielichtje; het mag niet in slaap gezongen of door verhaaltjes gerustgesteld worden. Verkeerd is het op de fantasie van het kind te werken door sprookjes of verhaaltjes, waarin allerlei verschrikkelijke dingen verteld worden. In 't algemeen moet alles, wat vrees en bangheid inboezemt, vermeden worden. Van groot belang is een consequent doorgevoerd strafsysteem. Een straf behoort te zijn een zoo natuurlijk en onvermijdelijk mogelijk gevolg van het delict, dat er onmiddellijk uit voortvloeit; zoodat het kind verband tusschen beide opmerkt en in het delict de oorzaak van de straf en in de straf het gevolg van het delict gaat zien.

Veel kwaad doet het boos worden op kinderen. Het kind bemerkt zeer spoedig de onevenredigheid van de straf met het

gepleegde vergrijp; bemerkt dit nog te spoediger, wanneer, zooals gewoonlijk bij booze menschen het geval is, de straf onmiddellijk daarna weer wordt ingetrokken; omdat de opvoeder zelf inziet, dat ze onbillijk is. Op deze wijze gaat, zooals dikwijls het geval is, elk respect en eerbied bij het kind voor den opvoeder verloren.

Is een of zijn beide opvoeders zenuwziek, dan komt men voor de moeielijkste omstandigheden te staan en als de toestand hopeloos is geworden, moet dikwijls de medicus helpen. Een zeer kwade naam als opvoedsters hebben, zooals *Binswanger* te recht opmerkt, moeders, die altijd met de dienstboden kijven, wier prikkelbaarheid en onredelijkheid wedijveren met eene sentimenteele overgevoeligheid, die gepaard gaat met huilbuien en scènes maken over nietigheden. Ook schrikachtigheid en bangheid bij moeders worden gemakkelijk door kinderen overgenomen. Driftbuien en onredelijke eischen vindt men meer bij de vaders en de impressionable kindergeest kan jaren lang de herinnering behouden van onbillijke, harde, onverdiende straffen, door den opvoeder in driftige oogenblikken opgelegd. Eene opvoeding kan verkeerd zijn door te groote zachtheid en te groote hardheid. Gemoedelijke vriendelijkheid en waar het noodig is consequente toepassing van billijke straffen zijn hoofdprincipes van een goede opvoeding.

Het kind moet ruimen tijd gelaten worden voor het spel en de ouders behooren mede te spelen. Extra lessen buiten de schooluren zijn voor kinderen jonger dan 12 jaar te verwerpen. Op onverstandige wijze wordt dikwijls de eerezucht van een kind geprikkeld. Vele kinderen behoeven geen aansporing tot werken en bij de tegenwoordige inrichting der scholen wordt de lust tot arbeid reeds voldoende opgewekt; sommige kinderen moeten zelfs gematigd worden. Alleen wanneer feitelijke kenteekenen van traagheid aanwezig zijn is eene aansporing noodig.

De uitspanning van kinderen behoort bijna uitsluitend in het spel gelegen te zijn; comedies, bals en in 't algemeen elke ontspanning voor groote menschen is altijd te verwerpen.

Bijzonder moeilijk worden de eischen der opvoeding wanneer het kind tot zenuwziekten gepredisponeerd is. Is dan te gelijk een of beide opvoeders zenuwziek, dan kan eene tijdelijke of zelfs duurzame scheiding aangewezen zijn; dit kan dan nog somtijds tot goede resultaten leiden.

Bij tot zenuwziekte gepredisponeerde kinderen, zij men vooral voorzichtig emoties en hartstochten op te wekken of de phantasie te prikkelen door avontuurlijke verhaaltjes of sprookjes. Men zende het nerveuse kind niet vroeg naar school, liefst niet voor het zevende jaar, en beginne met weinig uren per dag; men geve nauwkeurig acht of er spoedig vermoeidheidsverschijnselen komen, vooral bij kinderen, die in een of ander opzicht groote begaafdheid ten toon spreiden. Deze laatste kunnen daarbij nog allerlei andere afwijkingen vertoonen, als groote gemoedsprikkelbaarheid, emotionaliteit, eerzucht, eene zeer werkzame phantasie enz.; de bestrijding van deze eigenschappen kan zeer moeilijk, somtijds onmogelijk zijn; elk kind moet daarbij afzonderlijk beoordeeld worden en bij zorgvuldige inachtneming van alle omstandigheden kan dikwijls goed resultaat bereikt worden.

De opvoeding is, zooals gezegd, een buitengewoon belangrijke factor, en eene goede opvoeding kan dikwijls eene voorhandene aanleg wel niet genezen, maar toch hare verdere ontwikkeling beletten.

B. Ziektegevende oorzaken.

Wij hebben vroeger reeds gezien, hoe eene scherpere grens tusschen oorzaken, die een aanleg tot zenuwziekten gaven en andere, die de ziekte te voorschijn riepen, niet was te trekken; een gezond mensch heeft om ziek te worden een bepaald quantum van schadelijkheden nodig, de laatste oorzaak is de druppel, die den beker doet overloopen en roept de ziekte te voorschijn; de voorafgaande oorzaken geven de voorbeschikking tot de ziekte, dit is in 't algemeen de juiste voorstelling. Wij hebben echter tevens gezien, dat eene zekere rij van oorzaken speciaal de

heredititeit en verder de algemeene voorwaarden der hedendaagsche cultuur zelden de ziekte als zoodanig te voorschijn riepen; wij komen nu aan eene rij van speciale oorzaken, die zelden de predispositie scheppen en bijna altijd de ziekte doen optreden; daarbij is het volstrekt niet uitgesloten, dat eenzelfde oorzaak, wanneer zij in voldoende intensiteit en gedurende langeren tijd inwerkt, de predispositie veroorzaakt en ook de ziekte te voorschijn roept.

Onder de directe oorzaken voor de functioneele neurosen nemen de eerste plaats in de eischen, die de tegenwoordige samenleving aan het individu stelt.

Het is een onbetwistbaar feit, dat de ziekten van het zenuwstelsel in de laatste 20 jaar sterk zijn toegenomen. Deze toename openbaart zich niet voor alle zenuwziekten in dezelfde mate; maar wij zien sommige daarvan sneller toenemen dan andere en onder die, welke de snelste toename vertoonen behooren zonder twijfel de functioneele neurosen en onder de organische hersenziekten de *dementia paralytica*. Andere daarentegen, zoo b. v. de verschillende vormen van waanzin nemen zeker niet in die mate toe.

Deze toename van zenuwziekten is een van de meest ernstige verschijnselen van onzen tijd, vooral wanneer men daarbij in 't oog houdt, dat dit niet alleen geldt van de neurosen en psychosen in engeren zin, maar even zoo waar is voor allerlei verwante toestanden. Zoo neemt zonder twijfel toe het alcoholmisbruik, de misdaad en de suicide. Wanneer, zooals hier het geval is, deze toename zoo duidelijk is in een tijdsbestek van een twintigtal jaren, dan is men gerechtigd de oorzaken daarvan te zoeken *niet* in de voorvaderen, want deze waren nog niet door deze sterke toename van zenuwziekten geplaagd, en konden daardoor niet eene minderwaardige progenituur leveren, maar in de tegenwoordig bestaande uitwendige omstandigheden.

De eerste vraag dus, die zich aan ons voordoet is deze: zijn de uitwendige omstandigheden van het tegenwoordige maatschappelijke leven, vergeleken bij vroeger, in die mate veran-

derd, dat zij eene dusdanige toename der zenuwziekten in het algemeen kunnen verklaren of ook slechts begrijpelijk kunnen maken. Het antwoord hierop luidt naar mijne meening bevestigend; het best zal ons dit blijken, wanneer wij achtereenvolgens de verschillende oorzaken bespreken, waarbij wij dan nog meerdere malen gelegenheid zullen hebben meer algemeene opmerkingen te maken.

Wij leven in den tegenwoordigen tijd midden in eene revolutie. Op elk gebied is alles in rep en roer. De natuurwetenschappen stellen dagelijks de belangrijkste vragen aan de orde, op praktisch, zoowel als op theoretisch gebied. Op praktisch terrein vervormen spoorwezen en telegraaf geheel ons maatschappelijk leven en scheppen levensbehoeften, waaraan vroeger niet gedacht werd. Op theoretisch gebied worden waarheden gevonden, die oud gevestigde overtuigingen omverwerpen. De Darwinistische leer geeft verklaringsmogelijkheden, waaraan vroeger niet gedacht is en heeft in de laatste jaren door hare toepassing op geestelijk gebied strijd en onrust in de wereld gebracht, zooals nooit is geweest. De hoogste moreele eigenschappen van den mensch worden getracht onder te brengen bij het beginsel van oorzaak en gevolg, worden getracht te meten met passer en lineaal, zooals dat vroeger alleen met materiele dingen kon geschieden.

Zal de menschelijke geest aan eene dergelijke onrust weerstand kunnen bieden of zal zij er zich misschien op den duur aan kunnen accomodeeren? Wij weten het niet.

Wat voor den enkelen ziek gewordene neurasthenicus geldt, dat na vele emoties en na vele inspanning een rustpauze noodig is, geldt evenzoo voor het neurasthenisch geheel. Het groote verschil is echter, dat rust voor den enkelen mensch nog wel te vinden is; maar wie geeft rust aan eene geheele ontwikkelingsrichting van eene maatschappij? Het ontbreekt niet aan fanatici van de meeste verschillende politieke en religieuze richting, die elk voor zich meenen den steen der wijzen gevonden te hebben; maar al die steenen gelijken zeer weinig op elkaar en de keus daar tusschen is voor den

rustigen zoeker onmogelijk. Hij weet daarentegen wèl, dat er in den loop der geschiedenis meerdere beschavingsvormen vernietigd zijn, en wanneer eene zoo hooge beschaving als de onze valt, zal dat een groote val zijn.

Het is mogelijk dat de psychiater, die zoo uitsluitend kennis maakt met de *slachtoffers* onzer moderne cultuur en die dagelijks ziet hoe niet alleen ziekelijk voorbeschikte, maar ook in aanleg gezonde naturen, bezwijken aan de eischen onzer cultuur, in dit opzicht pessimistisch gestemd wordt; laten wij het hopen.

Het hoofdmoment, waardoor onze moderne beschaving zoo pernicious op het zenuwstelsel werkt, is de groote hoeveelheid emotie, die zij geeft, slechts in de tweede plaats komt in aanmerking de vermeerderde intellectueele inspanning. Evenwel zijn beide momenten niet onafhankelijk van elkaar. Vermeerderde intellectueele inspanning geeft als resultaat op theoretisch gebied een vermeerderd aantal waarheden of vermindering van bestaande onwaarheden, die als waarheden fungeerden; beide resultaten en het laatste niet het minst, veroorzaken emoties, en deze in overmaat geven zenuwziekten. Op praktisch terrein geeft vermeerderde intellectueele inspanning vermeerdering van uitvindingen en daardoor andere bestaansvoorwaarden, die zich hoofdzakelijk in verhoogde emoties openbaren. Vermeerderde intellectueele inspanning gaat echter wederom uit van een gevoel of wat 't zelfde is van een emotie. Zoo komen wij tot denzelfden vicieusen cirkel, die aan elk ziekteproces ten grondslag ligt.

Lombroso heeft beproefd voor de ernstige ziekteverschijnselen onzer eeuw eene verklaring te vinden. Hij meent, dat de intellectueele ontwikkeling, vergeleken met de moreele vooruitgang, te snel gaat. Onze moreele gevoelens zijn geconsolideerde intellectueele associaties. Wat een tegenwoordig geslacht door redeneering vindt, wordt in latere geslachten door direct sentiment gegeven en wat vroeger door verstand gevonden is, wordt thans direct gevoeld. Daardoor ontstaat eene zekere parallelgang tusschen intellectueel redeneeren en moreel gevoelen,

eene zekere onderlinge afhankelijkheid. Intellectueele vooruitgang kan echter veel sneller tot stand komen, dan moreele verfijning en het kenmerk van onzen tijd zou nu zijn een snelle intellectueele vooruitgang, die niet door eene daaraan evenredige moreele ontwikkeling kan bijgehouden worden; vandaar de groote crisen van onzen tijd.

Wij hebben gezien, dat voornamelijk in de ontwikkelde standen der maatschappij, bij hen die psychisch intens bezig zijn, neurasthenie zeer toenam. De andere standen, en speciaal de onvermogenden, ondervinden hier weinig van. De psychische werkers kenmerken zich bovendien door een geringe vruchtbaarheid, 't zij eene kunstmatige, 't zij eene natuurlijke. Zij gelijken hierin op de stedelingen en hun kring wordt dus evenals deze voortdurend door individuen uit andere rangen aangevuld. Mag men de onderzoekingen van Ammon over dit onderwerp aannemen, dan zou men hierin een moment voor een toekomstig evenwicht kunnen zien.

Ammon toch gelooft aangetoond te hebben, dat zoowel de trek naar de steden als. de toewijding tot geestelijken arbeid een kenmerk der langhoofden is; de langhoofden dus zijn het, die de toename der functioneele neurosen veroorzaken, wij zouden lijden aan abnormale langhoofdigheid. De langhoofden echter sterven uit en het zal nu slechts eene quaestie van tijd zijn om onze te geprononceerde landhoofdigheid te elimineeren. Te gelijk worden daarmede allerlei eigenschappen, die wij gewoon zijn in hooge mate te apprecieeren, zooals intellect, gevoel, moraliteit enz., en die de kenmerken der langhoofden zijn, geëlimineerd.

Dat in vroegere tijden er meer langhoofden waren dan thans, dat het zelfs een karaktertrek der oorspronkelijke Germaansche volksstammen is, behoeft niet in tegenspraak te zijn met bovengenoemde redeneering. Evenals elke eigenschap, heeft langhoofdigheid bepaalde voorwaarden noodig om zich in al hare qualiteiten te kunnen ontplooien.

Na deze uitweiding keeren wij terug tot de invloeden van psychische processen op het ontstaan der neurasthenie en be-

ginnen met het belangrijkste psychisch moment de emotie. Het kan niet ons doel zijn eene physiologie en pathologie der emotie te schrijven, hoewel daarvoor langzamerhand materiaal aanwezig is en dit onderwerp door Ribot in den laatsten tijd in zijne *Psychologie des sentiments* met succes is behandeld. Niet alle emoties predisponeren even sterk tot het ontstaan van functioneele neurose; in de eerste plaats is noodig, dat de emotie in voldoende intensiteit en gedurende voldoende langen tijd inwerkt; het normale, meest ordinaire leven gaat steeds met een zekere hoeveelheid emotie gepaard en alleen overmaat kan leiden tot ziekelijke toestanden. Verder zijn het hoofdzakelijk die emoties, welke door een negatieven gevoelston begeleid worden, die zenuwziekte geven; van vreugde wordt iemand niet ziek; wel daarentegen komen emoties in aanmerking, die niet door een duidelijken gevoelston vergezeld worden, zoo b. v. religieuze exaltatie en verder een karikatuur der emoties met positieven gevoelston, zooals die zich openbaart in de overdreven *genot-zucht*. Hoofdzakelijk komen echter in aanmerking de emoties met negatieven gevoelston. Hierbij moet men onderscheid maken tusschen *acute* en *chronische* emoties.

De acute emoties met negatieven gevoelston, zooals b. v. angst, schrik, vrees enz., zijn voor het ontstaan van neurasthenie van betrekkelijk weinig belang; in enkele gevallen kunnen zij dienst doen als agents provocateurs, als druppel, die bij voorbeschikten bodem den beker doet overloopen. Meer treden deze acute oorzaken op den voorgrond als oorzaak voor hysterie.

Van het grootste belang zijn de chronische depressieve emoties, hieronder kan men rangschikken vrees, kommer, verlegenheid, spanning, angst, hoop, zorg, trotschheid, deemoed, eerzucht enz. Hoe deze emoties inwerken hangt natuurlijk in de eerste plaats van het individu zelf af; bij een tot zenuwziekte gepredisponeerde persoonlijkheid is weinig voldoende, maar het is aan geen twijfel onderhevig, dat ook van huis uit gezonde personen door vele depressieve emoties neurasthenisch kunnen worden; dit komt zelfs dikwijls voor.

De pernicioose werking der chronisch depressieve emoties op het zenuwstelsel wordt ons begrijpelijk, indien wij nagaan hoe sterk reeds acute emoties op onze geheele lichaamsorganisatie werken. Deze invloed doet zich op bijna alle organen gevoelen, op circulatie, op respiratie of digestie, op onze algemeene stofwisseling enz.; wanneer dergelijke emoties chronisch voorkomen, kan het ons dus niet verwonderen, dat het zenuwstelsel schade lijdt.

Onze moderne cultuur onderscheidt zich, zooals wij reeds hebben gezegd, van de vroegere hoofdzakelijk door eene groote intellectuele ontwikkeling. Daardoor zijn geheel nieuwe bestaansvoorwaarden geworden, de strijd om het bestaan heeft zich in hooge mate verscherpt en werkt minder slecht nog door de geestelijke inspanning, die daarvoor vereischt wordt, dan wel door de voortdurende moreele spanning van het wel of niet slagen.

De moderne uitvindingen op praktisch terrein, de stoom, de electriciteit hebben gemeenschap doen ontstaan tusschen de menschen van onzen geheelen aardbol en hebben storend ingewerkt op het kalme leven van vroeger. Daardoor is het geheele handelsverkeer gewijzigd en de handel zelf van karakter veranderd. De snelle omzet, met kleine winst, geeft gelegenheid tot groote verliezen, geeft het gevoel van onzekerheid en angst voor de toekomst.

Van groot gewicht voor het ontstaan van chronische depressieve emoties zijn de democratische denkbeelden van den laatsten tijd. Hierdoor ontstaat een verwoede strijd om het bestaan, een strijd die voor het individu onder ongunstige omstandigheden gevoerd wordt. Door de democratische denkbeelden van thans is men niet meer zooals vroeger tevreden met de maatschappelijke positie der ouders, maar tracht verder te komen. Het ligt in den aard der zaak, dat dit dikwijls mislukt en bij dit mislukken zijn de slachtoffers talrijk. Hierbij komt dat de geestesarbeiders steeds bezig zijn met uit te sterven, dat het te kort door een voortdurenden stroom uit lagere rangen der maatschappij

wordt aangevuld en het hierbij ontstaande gedrang doet velen schade, niet door de inspanning, maar door de emotie van den strijd.

Een groot deel emotie geeft onze hoogere intellectueele ontwikkeling door het te niet gaan van vroegere religieuze overtuigingen; door het moeilijke en emotioneele psychologische proces van den twijfel heen, komen sommigen tot vertwijfeling; niet iedereen geraakt in dezen moeilijken tijd tot bezadigde rust. Wij beleven in onzen tijd ook in dit opzicht een strijd van overtuigingen, zooals nooit te voren en deze onderscheidt zich nog van dergelijke overgangstijden in vroegere perioden door de groote algemeenheid daarvan. Waren het vroeger hoofdzakelijk de geleerden, die nu en dan tot dissidente overtuigingen kwamen, thans is dit verschijnsel algemeen en vindt men ze in bijna alle rangen der maatschappij.

Eene andere quaestie, die veel emotie begint te geven is 'de vrouwenvraag. Niet alleen, dat de strijd als zoodanig zeer emotioneel is, maar naarmate de vrouw het werk van den man begint over te nemen, blijkt het duidelijker, dat de organisatie der vrouw in menig opzicht te kort schiet. Vandaar het belangrijke contingent van neurasthenie, dat geleverd wordt door onderwijzeressen, telegraphisten enz. In hoeverre ook hier accommodatie aan nieuwe toestanden mogelijk is, zal de toekomst leeren.

Hoogere geestelijke ontwikkeling geeft nog op andere wijze aanleiding tot vermeerdering van emotie en daardoor tot vermeerdering der functioneele neurose. Elke hoogere ontwikkeling kenmerkt zich door den steeds grooter wordenden invloed, die op het denken en het handelen wordt uitgeoefend door de dingen, die niet door de directe waarneming gegeven worden, maar die als voorstellingen of als herinneringen in onzen geest opkomen. Bij lager ontwikkelde menschen, bij imbecillen en bij wilden kan men opmerken, hoe hun handelen bijna uitsluitend bepaald wordt door hunne tegenwoordige waarnemingen en hunne behoeften van het oogenblik. Elk gevoel zoekt direct

naar bevrediging, honger wil gestild, hartstocht bevredigd worden. Daarbij bestaat tegen deze directe gevoelens weinig weerstandsvermogen. Abstracte denkbeelden of voorstellingen van gebeurtenissen in de toekomst hebben hoegenaamd geen invloed op de handelingen van het individu. Vandaar ontstaat een soort zorgeloosheid, een niet zien van gevaren, een gemoedsstemming die den indruk kan maken van vertrouwen in de toekomst, maar die in werkelijkheid geheel iets anders is en in een geestesdefect zijn oorzaak vindt.

De hooger georganiseerde mensch kenmerkt zich door den grooter wordenden invloed, die voorstellingen en herinneringsbeelden op zijn geestesleven en zijne handelingen verkrijgen; niet een oogenblikkelijk gevoelde behoefte alleen bepaalt zijn geestesleven, maar de voorstelling van toekomstig leed of toekomstig geluk verkrijgt daarbij grooten invloed en geeft daardoor emotie.

Deze complicatie in onzen geestestoestand heeft ver strekkende maatschappelijke gevolgen. Zij maakt dat een huisvader, en voornamelijk de besten onder hen, niet tevreden is met de oogenblikkelijke zorgen voor het gezin, maar ook de welvaart daarvan in de toekomst wil verzekeren. De bloei der tallooze levensverzekeringen in den tegenwoordigen tijd is hiervan het directe gevolg. Dit zou nog zoo erg niet zijn, wanneer de verzekerde niet meer betaalde, dan de kans om zijn gezin onverzorgd achter te laten billijkerwijze met zich medebracht. Dit is echter nooit het geval en kan nooit het geval zijn. De verzekerde toch betaalt de premie voor zijne levensverzekering om verlost te zijn van het gevoel van onrust, dat eene onzekere toekomst van zijn gezin hem geeft. Nu is het een feit, dat de intensiteit dezer onrust niet in het minst in verband staat of evenredig is met de waarschijnlijkheid van het te verwachten ongeluk, zooals behoorlijk zou zijn. Integendeel elke kans van ongeluk in de toekomst, hoe klein ook, geeft ongeveer dezelfde intensiteit van onrust.

Dit bestaande gevoel van onrust legt den verzorger aan-

zienlijke financiële lasten op en is, ingeval hieraan niet voldaan kan worden, een bron voor functioneele neurose, hoofdzakelijk neurasthenie.

De naasting der levensverzekering-maatschappijen door den Staat, schijnt mij uit medisch-psychologisch oogpunt een eisch des tijds te zijn en de juridisch-administratieve bezwaren daartegen behooren uit den weg geruimd te worden.

De hoogere intellectueele ontwikkeling op zich zelf leert ons steeds meer in de toekomst zien en steeds meer gebeurtenissen voorspellen.

In hoevele gevallen, om hiervan een voorbeeld op te noemen, is het bij de ontwikkeling van onze tegenwoordige medische wetenschap niet mogelijk, om met meer of min groote waarschijnlijkheid de kiem van eene ziekte te diagnosticeeren, waaraan het individu zal bezwijken. De tabeslijder van vroeger kon zich troosten met rheumatische pijnen in de beenen, de phthisicus van vroeger wist van zijne bacillen niet af en leed aan verkoudheid; tegenwoordig weten zij wel beter en worden geplaagd door de voorstelling van een lijden in de toekomst. Het is duidelijk dat hunne wetenschap eene vruchtbare bron is voor emotie.

Op andere wijze openbaart zich deze zorg voor de toekomst in het aangaan van huwelijken en dikwijls in het niet aangaan daarvan. Dit laatste is in meerder opzicht schadelijk, een der gronden voor dit verschijnsel is niet te miskennen; het is de voorstelling van mogelijk toekomstig lijden. Hierbij doet zich wederom deze noodlottige omstandigheid voor, dat de waarschijnlijkheid van het toekomstig verdriet niet van invloed is op het wel of niet tot stand komen van een bepaalde daad, in dien zin, dat een onwaarschijnlijk, maar mogelijk toekomstig leed, evenzoo goed van eene bepaalde handeling terughoudt, als een zeer waarschijnlijk toekomstig leed. Zonder twijfel zijn voor de vermindering der huwelijken in de ontwikkelde standen in den tegenwoordigen tijd meerdere redenen aan te voeren, maar zorg voor de toekomst is zeker één daarvan. Afwezigheid van

of mindere zorg voor de toekomst, euphemistisch gesproken, *vertrouwen* in de toekomst, was een der oorzaken dat vroeger gemakkelijker tot een huwelijk werd overgegaan dan thans, en dit was een betere toestand.

Zorg voor de toekomst openbaart zich in de uitgebreidheid waarmede wordt toegepast het z.g. twee kinderen of dikwijls geen kinderen stelsel, wederom hoofdzakelijk onder de ontwikkelde standen. Het valt niet te ontkennen, dat hier dikwijls motieven van twijfelachtige waarde toe medewerken, zooals b. v. het zich moeten ontfangen van luxe, de bezwaren der zwangerschap, het opzien tegen de plichten van het moeder zijn enz., maar bovendien ook motieven van groote waarde, zooals b. v. de vrees om een ziekelijk geslacht te verwekken, een motief dat mij in mijne praktische werkzaamheid meerdere malen is voorgekomen.

Het zou niet moeilijk vallen deze vrees voor toekomstig leed als motief voor handelingen of voor 't nalaten daarvan nog in velerlei opzicht verder uit te werken. Het onderwerp is waard om door een bekwaam psycho-socioloog behandeld te worden. Voor ons is van belang te constateeren, dat het als motief sterk toeneemt, dat het eene groote hoeveelheid emotie geeft en daardoor veel bijdraagt tot de tegenwoordige toename der functioneele neurose, vooral der neurasthenie.

Wij hebben vroeger opgemerkt, dat om de toename der neurasthenie en der functioneele neurose in 't algemeen te kunnen verklaren, men moest afzien van het groote en algemeene etiologisch moment der *erfelijkheid*, maar dat eene algemeene en zoo snelle toename alleen verklaard kon worden door eene even snelle verandering der uitwendige levensomstandigheden. Ik geloof in de vermeerdering van de emotie alleen reeds te hebben kunnen aantonen, hoe ons modern leven omstandigheden genoeg aanbiedt, om ons deze toename der functioneele neurose begrijpelijk te kunnen maken.

Wij komen nu tot den anderen psychischen factor: de *vermeerderde intellectuele inspanning*. Zonder twijfel wordt in onze tegen-

woordige maatschappij door die klasse van menschen, welke hoofdzakelijk door neurasthenie wordt geplaagd, meer intellectueelen arbeid verricht, dan vroeger het geval was. Het is echter buiten quaestie, dat de normale mensch tot groote intellectueele inspanning in staat is en dat deze alleen in overmaat tot vermoeidheidsverschijnselen aanleiding kan geven. In de gewone gevallen verdwijnen door een eenvoudige rustperiode deze weer gemakkelijk. Dit neemt niet weg, dat zij zich, onder den invloed van dezelfde prikkels, wanneer deze niet door behoorlijke rustpauzen worden onderbroken, verder kunnen ontwikkelen en ten slotte aanleiding kunnen geven tot de duurzame geestesuitputting, die wij neurasthenie noemen. Het zijn hoofdzakelijk de met de intellectueele werkzaamheid verbondene emotioneele prikkels, die de schadelijke werking te weeg brengen.

Een van de verschijnselen in de klasse der menschen, waarin neurasthenie voorkomt, die tegenwoordig zeer in 't oogvallend is, is de algemeene vacatiebehoefte. Slechts een beperkt inzicht kan hierin zien eene meerdere genotzucht. Inderdaad is het een vermoeidheidssymptoom. De gewone arbeid kan in de meeste gevallen niet onafgebroken voortgezet worden, maar moet door regelmatige rustpauzen worden onderbroken.

Uit mijne ervaring kan ik verschillende gevallen mededeelen. Ik ken personen met periodiek ernstige neurasthenische klachten, die door eene verstandige levenswijze en door geregelde rustpauzen gedurende hun vacantietijd verscheidene jaren reeds zich redelijk goed hebben staande weten te houden. Toch is dit een meer of min labiel evenwicht en gevaar voor een crise is niet te ontkennen.

Andere personen zijn mij bekend, eveneens geestesarbeiders, die ik meerdere jaren achter elkaar uitgeput heb gezien bij het begin van hunne vacantie, die jaren achter elkaar uitgerust na afloop van hun rusttijd terugkwamen, maar waar het niet te miskennen was, dat het herstel elk jaar minder volkomen was, die elk jaar minder goed hunne geestesinspanning verdroegen,

en waar ten slotte neurasthenie is opgetreden; in één geval zelfs in een ongeneeslijken vorm.

Wij komen nu tot de quaestie der intellectueele over-inspanning op de scholen, een vraag die zeer verschillend is beantwoord geworden en die wij hier slechts in 't kort zullen aanvoeren.

In de latere jaren is de leeftijd waarop de kinderen beginnen de school te bezoeken, te recht een weinig verschoven; ging men vroeger op 5-jarigen leeftijd naar school, tegenwoordig is dat 6 of 7 jaar geworden. De ondervinding heeft geleerd, dat dit later naar school gaan geen invloed op de vorderingen der kinderen op lateren leeftijd uitoefent; wat zij in de eerste jaren ten achter zijn, wordt door hen gemakkelijk weder ingehaald en het voordeel, dat het kinderlijke zenuwstelsel niet te vroeg met geestelijken arbeid wordt geplaagd, is niet gering te schatten. De eerste levensjaren van het kind tot 6 jaar toe, kunnen niet beter gebruikt worden dan voor lichamelijke ontwikkeling en tot geestelijken arbeid alleen in zooverre, als het kind dat zelf zoekt. Vooral door het spel worden de geestelijke qualiteiten van het kind reeds voldoende geoefend en bestaat er bij eene behoorlijke opvoeding voor de ouders gelegenheid te over den geest van het kind te leiden. Dat ouders, vooral vaders, in den tegenwoordigen tijd weinig gelegenheid hebben zich met de opvoeding der kinderen te bemoeien, is zeker te betreuren.

Gewenscht zou het mij toeschijnen, als algemeenen maatregel op de scholen in te stellen, dat in het eerste of in de beide eerste jaren de schooluren niet meer waren dan 3 per dag. Ik heb zelfs bij gezonde kinderen kunnen waarnemen, dat de plotselinge overgang van relatieve vrijheid tot een arbeid van 5 uur per dag in de eerste maanden niet ongemerkt voorbijgingen, maar dat na afloop van elken schooltijd duidelijke vermoeidheidsverschijnselen aanwezig waren, die door de korte rust van eenige uren weer verdwenen, maar waarbij ik toch ook onrustig slapen heb waargenomen. Na afloop van eenige maanden heeft dan het normale kind zich vanzelf aan het

schoolgaan geacommodeerd en treden geen verdere stoornissen op. Het schijnt mij toe dat deze niet zware vermoeidheidsverschijnselen door een meer geleidelijken overgang van rust tot arbeid zouden zijn te voorkomen.

De inrichting onzer scholen heeft in de laatste jaren talloze verbeteringen ondergaan. Sedert het moeilijke vraagstuk der opvoeding door bekwame psychologen op natuurwetenschappelijke wijze is bestudeerd, zijn de gezegende gevolgen daarvan op onmiskenbare wijze aan onze scholen ten goede gekomen, afgezien nog hiervan, dat steeds meer ernstige pogingen in het werk gesteld worden door betere schoolhygiëne voor de lichamelijke gezondheid van het kind en daardoor indirect ook voor de geestelijke gezondheid beter te zorgen.

Een belangrijke zaak is, dat de school aantrekkelijk voor het kind gemaakt wordt; vergeleken bij vroeger is dit stellig het geval. Evenals in zijne ouders moet het kind in zijne onderwijzers een vriend leeren zien.

Het onderwijs, zooals dat op onze scholen gegeven wordt, brengt eenige bezwaren mede, die in den aard van het onderwijs zelf liggen. Het is berekend op een middelmatig kind en zij die daar beneden zijn, kunnen dat alleen door verhoogde inspanning compenseeren. Daardoor is men er in den laatsten tijd toe gekomen in groote steden scholen voor achterlijke kinderen op te richten, een maatregel, die alleszins aanbeveling verdient, ook omdat het onderwijs voor achterlijke kinderen van andere principes moet uitgaan, dan voor gezonde. Op deze scholen wordt dan van hen nog gemaakt, wat er redelijkerwijze van te verwachten is.

Dikwijls wordt er door de ouders tegen de regelen van eene rationeele geesteshygiëne van het kind gezondigd. Vooral in steden is het gewoonte de vrije uren van het onderwijs door allerlei lessen aan te vullen. Een normaal kind kan in enkele vakken achterlijk zijn, direct moeten privaattlessen dit vergoeden. Het is beter het kind zijne vrijheid te laten en het een jaar of een half jaar in dezelfde klasse te laten blijven.

Muziekles, dansles, zangles, gymnastiekles, teekenles, handwerkles, heilgymnastiek. Zander-inrichtingen en wie weet wat al niet meer, deugen voor een kind beneden 12 jaar niet; zulk een kind moet vrij zijn en leeren spelen. Het spel is voor het kind eene natuurlijke uiting van zijn gezond zijn.

Wat voor gezonde kinderen geldt, is nog meer op nerveuse of in aanleg nerveuse kinderen van toepassing. Hier is het aan te raden de grootste voorzichtigheid in acht te nemen en stellig eischt voor hen in vele gevallen de school te veel. Deze nerveuse aanleg blijkt volstrekt niet altijd door achterlijkheid, integendeel zijn hierbij zeer vlugge kinderen, een vlugheid die dikwijls zelfs een ziekteverschijnsel is. De pathologie van dezen nerveusen aanleg is nog onvoldoende bestudeerd, ze verschilt in elk geval veel van die der geopenbaarde zenuwziekte. Waarschijnlijk kan eene rationeele opvoeding hier veel goed doen of veel kwaad voorkomen. Een der belangrijkste kenteekenen op intellectueel gebied is eene abnormaal snelle vermoeibaarheid, zooals die door de methode van Kräpelin gemakkelijk is aan te toonen. Evenzoo goed als afzonderlijk onderwijs voor achterlijke kinderen noodig is, schijnt mij dit het geval te zijn voor nerveuse kinderen. De vraag hoe dit moet ingericht worden is nog eene onbeantwoorde; nauwkeurig onderzoek in deze richting volgens de nieuwe experimenteel-psychologische methode is een eisch des tijds. De „surmenage intellectuelle” voor nerveuse kinderen bestaat op onze tegenwoordige scholen stellig en werkt zonder twijfel schadelijk.

Wat voor de lagere scholen geldt, kan met enkele wijzigingen ook van de middelbare en hogere gezegd worden. Ook deze zijn in de laatste jaren in elk opzicht veel verbeterd. Op de middelbare school komt het reeds voor dat neurasthenie uitbreekt. Dit zijn die gevallen, waar erfelijkheid of schadelijkheden, die op de kiem hebben ingewerkt, een hoofdrol spelen. Intellectuele over-inspanning, gepaard gewoonlijk met emoties, zooals moeilijkheden voor het examen, doen hier duidelijk hunnen invloed kennen.

Het ware te wenschen, dat hier reeds door de ouders, voorgelicht door den leeraar en door den medicus, maatregelen van voorzorg werden genomen. Hier toch blijkt het reeds herhaaldelijk, dat ook bij de best denkbare inrichting van het onderwijs, er leerlingen zijn, die niet kunnen presteeren wat redelijkerwijze van hen geëischt moet worden, 't zij dat zij de intellectueele vermogens missen om op te nemen wat noodig is, 't zij dat zij door abnormaal snelle vermoeibaarheid niet de noodige inspanning kunnen verdragen. Hoe vroeger dergelijke gevallen herkend worden, hoe beter en hoe vroeger een andere, voor den leerling beter passende, opleiding gevolgd wordt, des te minder kans zal men hebben later die ongeneeslijke vormen van zenuwlijden te ontmoeten, die aan eene *surmenage intellectuelle*, gevoegd bij de daarmede noodzakelijkerwijze verbondene moreele misère, hun ontstaan hebben te danken. De grootste moeilijkheid is gewoonlijk de ouders te overtuigen van de ongeschiktheid van hun kind voor studie, omdat door 't aanzien waarin de beoefening der verschillende wetenschappen zich tegenwoordig mag verheugen, dit eene steeds meer begeerde carrière wordt.

Ook onder de aan onze universiteiten studeerende jongelingschap is intellectueele over-inspanning een nog al eens voorkomende oorzaak voor 't ontstaan van neurasthenie. Deze invloed, bij de meer onregelmatige afwisseling in de studietijden, doet zich hoofdzakelijk gevoelen vóór of na den tijd der examina; emotioneele momenten werken dus hier dikwijls mede.

Intellectueele over-inspanning werkt vooral daar, waar de bodem door erfelijkheid of door andere vroeger genoemde oorzaken is voorbereid; alleen als oorzaak zal het zelden gevonden worden; een gezond, geestelijk goed geëquilibreerd mensch kan zeer veel inspanning verdragen, en komen daar al vermoeidheidsverschijnselen voor, dan zijn die door korte rustperioden gemakkelijk te verdrijven. In vereeniging, zooals gewoonlijk het geval is met emotioneele momenten, is het echter zeer dikwijls de oorzaak voor neurasthenie, en wij weten tegenwoordig met zekerheid, dat de geestkracht van een volkomen gezond mensch

bij voldoende intensief inwerken van deze beide momenten gesloopt en vernietigd kan worden. Wij hebben verder gezien, dat de groote vermeerdering der functioneele neurose bijna uitsluitend aan een daaraan evenredige vermeerdering van emotie en intellectueele inspanning, zooals de moderne beschaving die medebrengt, moet toegeschreven worden.

Korte vermelding, als oorzakelijk moment voor neurasthenie, verdient de *physische over-inspanning*. Het is zooals wij zagen een ervaringsfeit, dat in die klasse van menschen, waar physische over-inspanning het meest voorkomt, neurasthenie zelden is. Eene belangrijke oorzaak is het dus waarschijnlijk niet. De physische inspanning gaat gewoonlijk met weinige geesteswerkzaamheid gepaard; dit vindt niet direct zijn oorzaak in den aard der physische inspanning zelf, maar hoofdzakelijk hierin, dat gewoonlijk gedurende het geheele leven of in elk geval tijden lang achter elkaar, dezelfde soort inspanning gedaan wordt. Daardoor gaan deze werkzaamheden hoe langer hoe meer buiten den geest om en wordt het eene volkomene reflectorische bezigheid. Vandaar het feit, dat geestelijk zeer zwakke menschen tot zeer inspannenden spierarbeid in staat zijn, wanneer slechts hun spierstelsel goed ontwikkeld is. Vandaar ook de goede invloed, langs organischen weg dan, door verbeterde circulatie enz., die spierinspanning somtijds op zenuwziekten kan hebben.

Niet altijd echter gaat met spierarbeid weinig geestesinspanning gepaard. Voor menschen, die geen spierarbeid gewoon zijn, is hiermede steeds geestesinspanning gepaard. Elke spierbeweging is hier eene willekeurige en er moet gekozen en beslist worden. Dit is de oorzaak dat zenuwzieken, ook bij goed ontwikkeld spierstelsel, tot weinig willekeurigen spierarbeid in staat zijn. Meerdere malen heb ik genezende neurasthenieën onder invloed van te grooten spierarbeid zien verergeren. Daarom is het ook verkeerd neurasthenici ter genezing bergtochten en voetreizen aan te raden, zooals nog meerdere malen gedaan wordt. Ook langs experimenteelen weg is het door Kräpelin aangetoond, dat de rustpauzen tusschen geestelijken

arbeid, b. v. bij scholieren, niet door spierarbeid aangevuld moeten worden, ten minste niet bij nerveuse personen. Bij gezonden luistert dit zoo precies niet en voor dezen schijnt het mij zoo gewenscht niet toe ze angstvallig voor den kleinsten schadelijken prikkel te bewaren.

Psychische infectie, die men voor verschillende zenuwziekten, vooral voor hysterie, als een oorzakelijk moment moet erkennen, werkt voor neurasthenie weinig als zoodanig. Het valt ook weinig binnen het kader van het groote etiologische moment van deze ziekte, de vermoeienis; en slechts in zooverre als door langdurig verkeer met zenuwzieke personen en familiebetrekkingen herhaaldelijk depressieve emoties en daardoor geestelijke vermoeidheid ontstaan, kan psychische infectie onder de oorzaken worden opgenomen.

Hiermede hebben wij de psychische momenten, die oorzaak voor neurasthenie kunnen zijn afgehandeld en komen nu tot de somatische ziekte-toestanden, die het ontstaan der neurose kunnen verklaren. Hierbij behoeft nauwelijks nog opgemerkt te worden, dat zij nooit alleen als oorzaak fungeeren; dit volgt reeds hieruit, dat slechts een klein gedeelte der lijders aan eene somatische ziekte neurasthenisch wordt en het zenuwstelsel van de meeste menschen best bestand is tegen de meest verschillende lichamelijke ziekten.

Wij beginnen ons overzicht met de locale aandoeningen.

Over de beteekenis der locale aandoeningen, als oorzaak voor neurasthenie, is het gewenscht enkele algemeene opmerkingen vooraf te laten gaan, vooral omdat men in de practijk dikwijls zal ervaren, dat de patiënt zelf het optreden van zijne neurasthenie positief in verband brengt met eene of andere locale aandoening. In dit opzicht kan men de meest avontuurlijke ervaringen maken; kou vatten of influenza wordt zeer frequent als oorzaak opgegeven, maar ook nog veel geringere oorzaken, als een copieuze maaltijd, of een glas wijn, kan het begin der ziekte zijn.

Het behoeft geen betoog dat dergelijke aandoeningen niet de

oorzaak voor zulk eene ernstige ziekte kunnen zijn. Toch hebben de lijders in hunne opgave tot zekere hoogte recht en vertellen zij geene onwaarheden. Men is namelijk meerdere malen in de gelegenheid te constateeren, hoe in het verloop van eene neurasthenie kleine oorzaken zeer acute en ernstige verheffingen der ziekte te voorschijn kunnen roepen. Wanneer de bezwaren van een neuskathar heftig zijn, kunnen alle psychische verschijnselen onder invloed daarvan eene vroeger niet gekende hoogte bereiken, eene genezene neurasthenie kan daardoor acuut wederom te voorschijn worden geroepen. Hetzelfde laat zich somtijds constateeren omtrent de gevoeligheid van sommige lijders voor geneesmiddelen, minimale doses kunnen intoxicatieverschijnselen te voorschijn roepen of tot onverklaarbaar nerveuse verschijnselen aanleiding geven. Dit laatste wordt dikwijls ten onrechte simulatie genoemd. Ik ken personen, die na 1 gram broomnatrium acné vertoonden en anderen, die bij gebruik van 5 mgr. morphine halucineerden; overgevoeligheid voor alcohol is een zeer bekend verschijnsel. Kennelijk is ook het medicament in sommige gevallen een schadelijken prikkel, in een dosis, dat het voor gezonden absoluut zonder beteekenis is. Eene neurasthenica, die goed op weg van genezen was, viel en verwonde haar lip met de tanden, een onbeteekenend wondje met zwelling van de lip. De gevolgen waren niet onbeteekenend, n.l. acute verheffing harer vroegere neurasthenische verschijnselen, met van de lip uitstralende pijnen door het geheele hoofd en den hals, drukking op 't hoofd en onmogelijkheid tot geestelijke inspanning. Er waren 14 dagen noodig voor het teruggaan dezer verschijnselen.

Hoofdzaak in deze gevallen is natuurlijk, dat eene nerveus gepredisponeerde bodem op geringe prikkels abnormaal reageert en in hooge mate is dit het geval in het reconvalescentie-tijdperk der neurasthenie.

Gaan wij nu achtereenvolgens de meer of min locale aandoeningen na die eene neurasthenie te voorschijn kunnen roepen.

Aandoeningen van het maag-darmkanaal. Het is reeds van

oudsher bekend hoe groot de invloed der digestie op onzen psychischen toestand is en hoe reeds onder invloed van acute digestiestoornissen moeielijkheden in het abstracte denken, zwaarte in 't hoofd, hoofdpijnen etc. optreden. De psychische stoornissen, die echter ook bij chronische aandoeningen van den digestietractus ontstaan zijn gewoonlijk niet van dien aard dat zij eene goed gekarakteriseerde neurasthenie kunnen genoemd worden en verdwijnen bij de genezing der maag-darm-ziekte. De invloed op het ontstaan van neurasthenie door de verschillende maag-darmaandoeningen is meer indirect, door tusschenkomst van een verminderden voedingstoestand; bestaat deze ten gevolge van de maag-darmaandoening gedurende langeren tijd, dan behoort, vooral bij een gepredisponeerden bodem, het optreden van ernstige neurasthenieën niet tot de zeldzaamheden. In dergelijke gevallen is een nauwkeurig vaststellen van de anamnese van het grootste belang en gelukt het dikwijls door doelmatige behandeling der dyspepsie de neurasthenie te doen genezen.

Ook chronische obstipatie kan neurasthenische verschijnselen te voorschijn roepen, zonder ooit goed gekarakteriseerde neurasthenie te veroorzaken. Het is vooral hoofdpijn, drukking in 't hoofd, duizeligheid, die wij bij chronische obstipanten waarnemen.

Veel meer dan als oorzaak, zien wij digestieafwijkingen als gevolg van neurasthenie optreden; wij komen daar bij de symptomatologie nog op terug en moeten hier nog nader bespreken de z.g. *enteroptose*, die door *Glénard* als de uitsluitende oorzaak der neurasthenische dyspepsieën werd beschouwd.

De *enteroptose* kenmerkt zich volgens *Glénard* door de volgende verschijnselen:

- 1°. slapte van den buikwand;
- 2°. naar beneden zakking der geheele intestinaal-massa, maag-darmkanaal, lever, milt, nieren;
- 3°. vernauwing en contractuur van den dikken darm;
- 4°. vergrooting en atonie van de maag.

De klinische waarneming en beschrijving van dezen pathologischen toestand van den inhoud der buikholte door Glénard, is zonder twijfel juist en reeds herhaaldelijk is ze aan het cadaver gecontroleerd kunnen worden. Ook de diagnose daarvan bij den patiënt is niet moeielijk, de slappe naar beneden hangende buikwand, dien men achter den lijder staande op de handen kan laten rusten, de vernauwde dikkarm, dien men dikwijls als een streng kan voelen, de uitgezette maag, die een sterk succussiegeluid geeft, dit alles maakt, dat de pathologische afwijking gemakkelijk in 't oog springt. Eene andere vraag is echter of de enteroptose een oorzaak voor de bestaande nerveuse dyspepsie is. Dit is slechts in een klein aantal van de gevallen. Enteroptose treedt op na herhaalde zwangerschappen, na extirpatie van groote tumoren, in 't algemeen na herhaalde rekkingen van den buikwand. In vele van deze gevallen bestaan wel locale bezwaren, verschillende pijnen in het abdomen in den rug, obstipatie, maagbezwaren etc., maar eene duidelijk uitgesproken neurasthenie is niet aanwezig. Bij een mijner patiënten waar verschijnselen van enteroptose waren, ontstaan na extirpatie van een myoma uteri, bestond gelijktijdig een zware vorm van cardiale neurasthenie; de anamnese leerde echter dat neurasthenische verschijnselen reeds vóór de operatie bestonden en dat deze zelfs de indicatie voor de operatie waren geweest. In plaats van verlichting te geven had een operatie de neurasthenische bezwaren zeer verergerd, en was gelijktijdig eene enteroptose ontstaan. De verergerde neurasthenie was in dit geval veeleer op te vatten als eene traumatische neurasthenie, waar het ziektebeeld zeer op geleek, daar de abnormale sensaties in den buik op de meest avontuurlijke wijze verwerkt werden en als irradiatie-verschijnsel de cardiale bezwaren gaven.

Enteroptose kan echter zonder twijfel het gevolg van neurasthenie zijn. Wij weten toch hoe neurasthenie zich kan openbaren als eene algemeene spierzwakte, niet alleen van de willekeurige spieren, maar evenzoo van de organische spieren. Uitzettingen der maag, verslapping van den buikwand enz. behooren tot de ge-

wone verschijnselen van neurasthenie en op deze wijze zijn de voorwaarden voor het ontstaan van enteroptose gegeven. Later komen wij hierop nog terug. De enteroptose met de daaruit resulteerende pathologische gevoelens, de irradiatie van deze gevoelens bij hyperaesthetische neurasthenie, zijn dan wederom eene vruchtbare bron voor verdere ontwikkeling der ziekte.

De *losse nier*, die ook bij enteroptose voor kan komen, maar ook als zelfstandige aandoening, gaat dikwijls met nerveuse klachten gepaard, die echter zelden het karakter van eene duidelijk uitgesprokene neurasthenie dragen.

Ziektetoestanden der genitaalorganen kunnen de oorzaak van neurasthenie zijn; hiervan geldt echter 't zelfde wat van de aandoeningen der digestieorganen gezegd is, dat zij namelijk evenzoo goed gevolgen van neurasthenie kunnen zijn. Wanneer na een of andere acute oorzaak een neurasthenie ontstaat, kunnen impotentie, spermatorrhoe enz. als symptomen van neurasthenie optreden. In een dergelijk geval is twijfel niet wel mogelijk en niemand zal in de afwijkingen der genitaalorganen de oorzaak der ziekte zien. Andere gevallen zijn moeilijker te beoordeelen. Met een neurasthenischen bodem, vooral wanneer deze een hereditair-degeneratief karakter draagt, gaat dikwijls een verhoogde geslachtsdrift gepaard; excessen in deze richting veroorzaken een verdere ontwikkeling van den neurasthenischen toestand. Hier zijn dus de excessen zoowel oorzaak als gevolg van neurasthenie.

Er blijven evenwel nog gevallen over, waar men de geslachtelijke excessen verantwoordelijk voor de ziekte moet stellen, dit is dan vooral masturbatie en te frequente coitus. Een maat in deze zaken te bepalen is echter zeer moeilijk, wat den een hindert, verdraagt een ander met gemak.

Behalve geslachtelijke excessen komt in aanmerking geslachtelijke onthouding en de z.g. preventieve geslachtelijke gemeenschap. De eerste is zelden oorzaak voor neurasthenie. Zij kan het echter zijn bij geslachtelijk zeer geëxiteerde personen, welke excitatie dikwijls een nerveus degeneratief verschijnsel is.

In dergelijke gevallen behoort de medicus geslachtelijk verkeer te ontraden.

Wat men van de schadelijkheid van preventieve geslachtelijke gemeenschap verteld heeft, is grootendeels onjuist. Eenigszins denkbaar is de schadelijke invloed van lang voortgezette coitus interruptus. Of de preventieve coitus door moreele invloeden bij sommige personen indirect schadelijk werkt, zou mogelijk kunnen zijn.

Ziektetoestanden der genitaalorganen kunnen hetzelfde effect hebben. Bij den man is dit hoofdzakelijk de chronische gonorrhoe met zijn aanhang, vooral de strictura uruthrae en de hypertrophie van den prostaat. Bij de vrouw zijn het allerlei chronische aandoeningen van het genitaalsysteem.

Het is hier de plaats op de groote overdrijving te wijzen, die in den laatsten tijd valt waar te nemen met betrekking der aandoeningen van het vrouwelijke genitaalsysteem, als oorzaak voor nerveuse stoornissen. Ook ik heb gevallen ontmoet die, om met *Playfair* te spreken, lijdende waren aan een pessarium in de hersenen.

Ik ben er stellig van overtuigd, dat bij den tegenwoordigen vooruitgang der gynaekologie, de geslachtsorganen van de vrouw te veel behandeld worden. Een of andere kleine afwijking hierin wordt zoo gemakkelijk als oorzaak van eene bestaande neurasthenie opgevat, ze wordt behandeld en genezen en de zenuwziekte blijft bestaan of wordt erger. Men bedenke wel, dat de vagina bij de vrouw een zeer suggestiebel orgaan is en dat ze vooral bij ongehuwde personen zeer op een afstand behandeld moet worden.

Dit alles neemt niet weg, dat er gevallen voorkomen, waarbij de afwijking in het genitaalsysteem de oorzaak of een der oorzaken voor de bestaande neurasthenie is. Het is echter van gewicht aan te toonen, dat de ziekte der genitalieën aan de neurasthenie vooraf is gegaan. In twijfelachtige gevallen behandelde men eerst de zenuwverschijnselen, daarbij is de mogelijkheid niet uit te sluiten, dat de genitaalafwijking na genezing der zenuwziekte vanzelf verdwijnt.

Neusaandoeningen. Het is bekend, dat in sommige gevallen neusaandoeningen neurasthenie veroorzaken; waarschijnlijk is eene door andere oorzaken gepredisponeerde bodem een vereischte. Het zijn voornamelijk de adenoïde vegetaties in de naso-pharyngeaal holte, die hiertoe aanleiding geven. Gewoonlijk draagt deze vorm van neurasthenie een eigenaardig cachet en kenmerkt zij zich door een bijzonder symptoom, de aprosexia, die het eerst als gevolg van neusaandoeningen door Guye is beschreven. Ook in andere vormen van neurasthenie kan dit verschijnsel zeer sterk optreden, maar is dan meestal door talrijke andere verschijnselen vergezeld. Aprosexia is, zooals wij later nog in bijzonderheden zullen zien, de onmogelijkheid om de willekeurige aandacht te schenken.

Omdat deze neusaandoeningen gepaard gaan met een bemoeielijkte afvloeiing der lympe, der stofwisselingsproducten dus, voornamelijk uit het *frontale* gedeelte der hersenen, zoo is het waarschijnlijk, dat aprosexia is een localiseerbaar psychisch wegvalverschijnsel. Dat de neusaandoening in vele gevallen het werkelijk etiologisch moment is blijkt hieruit, dat de neurasthenie na locale behandeling van den neus òf aanzienlijk verbetert òf geheel geneest.

Organische ziekten van het zenuwstelsel. Ofschoon functioneel nerveuse verschijnselen niet te huis behooren onder de symptomen der organische ziekten van het zenuwstelsel, zoo bestaat er toch op meerdere wijzen verband tusschen beiden. Verschillende diffuse of systematische organische ziekten van het zenuwstelsel doorloopen een begin-stadium, dat door goed gekarakteriseerde functioneele verschijnselen gekenmerkt wordt. Dementia paralytica, tabes dorsalis en multiple sclerose gaan in den beginne vergezeld van talrijke neurasthenische verschijnselen. Kennelijk doorloopt de organische laesie hier een begin-stadium, gedurende welke de zich voorbereidende organische veranderingen dezelfde zijn, als die der functioneele neurose, en onderscheiden zich hiervan alleen in hunne verdere ontwikkeling tot organische laesie.

Evenwel ook bij de welontwikkelde organische ziekten kunnen zich functioneele verschijnselen voordoen. Dit berust op eene secundaire functioneele stoornis, ten gevolge van de organische laesie. Het is bekend, dat lijders aan tabes dorsalis talrijke neurasthenisch-hysterische verschijnselen geven. Bij tumor cerebri ziet men dikwijls hysterische symptomen; dit is zelfs van dien aard, dat de diagnose van tumor en dikwijls ook de localisatie daarvan gemakkelijk is, wanneer men hysterie kan uitsluiten, of onder de voorhandene symptomen de organische van de hysterische kan scheiden.

In de derde plaats praedisponeren organische ziekten van het zenuwstelsel tot neurasthenie langs zuiver psychischen weg. De meeste organische ziekten, die op volwassen leeftijd ontstaan, zijn ongeneeslijk en chronisch en gaan gepaard met veel lijden. Bij een organisch verzwakt zenuwstelsel kan het wel niet anders, of al deze momenten begunstigen het optreden eener functioneele neurose.

Wij komen nu tot intoxicatieën als oorzaak voor neurasthenie.

De invloed van alcohol op de ontwikkeling der functioneele neurosen wordt zeer verschillend beoordeeld. Naar het mij voorkomt is ze niet zoo groot, als wel aangenomen wordt; in 't algemeen geeft het misbruik van alcoholische dranken meer aanleiding tot het optreden van psychosen met een organischen grondslag.

Dat neurasthenie door alcohol-misbruik alleen veroorzaakt wordt komt zelden voor; gewoonlijk moet daarbij dan een hereditair moment mede aanwezig zijn. Men neemt wel waar, dat neurasthenici gebruik maken van alcohol, misbruik slechts zeer zelden. Meerdere malen heb ik waargenomen, dat zij dit doen om de toniseerende en anaesthetische werking van den alcohol. Eene kleine hoeveelheid, b.v. een enkel glas wijn, is somtijds in staat hun den zoo drukkend gevoelden last van het leven lichter te doen maken. Daarbij is het dikwijls opvallend, hoe zij daardoor in staat waren hun arbeid, die hun anders onmogelijk was, ten minste tijdelijk weer te verrichten. Dat alcohol in deze

gevallen als een therapeuticum werkt, zou ik niet durven beweren; dat het schadelijk is evenmin. In deze gevallen maak ik volstrekt geen bezwaar alcohol als therapeutisch middel voor te schrijven en bewijst het minstens even goede diensten als morphine, chloral, sulfonal enz.

In de groote meerderheid der gevallen is van alcoholmisbruik bij neurasthenie geen sprake. De meeste van hen zijn geheel-onthouders geworden en vertoonen daardoor de groote gevoeligheid voor alcohol, die de onthouders kenmerkt. Tot hunne onthouding zijn zij gewoonlijk gekomen, door de neiging alles te vermijden, wat mogelijkwijze van ongunstigen invloed op hunne ziekte zou kunnen zijn. Geheel onthouding is aan te raden, maar wordt gewoonlijk reeds beoefend in die gevallen, waar primaire intolerantie voor alcoholica bestaat; deze intolerantie komt bij neurasthenie zelden voor, ze is daarentegen dikwijls een verschijnsel der degeneratie.

Groot is de invloed van het alcoholmisbruik op de psychosen met organische basis. Het is dan niet uitgesloten, dat deze psychosen enkele neurasthenische verschijnselen geven, vooral in het begin, maar dit zijn bijkomende symptomen, die tot de organische ziekte niet afdoen. Deze openbaart zich meer of min duidelijk door de haar kenmerkende psychische wegvalverschijnselen.

Ik behandelde een alcoholist, die mijn hulp in kwam roepen voor de hem lastige verschijnselen van *agorophobie*. Dit verschijnsel, dat patiënt zijn eenig ziektesymptoom noemde, verdween bij alcohol-onthouding; de daarnaast bestaande verschijnselen, amoenomanie, onmogelijkheid om willekeurig de aandacht te vestigen, groote spraakzaamheid over nietige dingen, bleven ook na de genezing bestaan; dit waren de geestelijke wegvalverschijnselen, de symptomen van het chronisch alcoholisme.

Nog in een ander opzicht is het chronisch alcoholisme voor ons van groot belang; dit is door den grooten invloed, die het alcohol-misbruik heeft op de progenituur. Zonder twijfel berusten talrijke ziekte-toestanden, die wij onder het hoofdstuk „Degeneratie”

zullen beschrijven op het alcohol-misbruik van de ouders en voorouders. Alcohol werkt hier niet alleen op het zenuwstelsel, maar ook direct op het kiemplasma en daardoor ontstaat eene verzwakte progenituur, waarvan het zenuwstelsel dikwijls in ernstigen graad geleden heeft. Naast andere defecttoestanden, ziet men hier ontstaan de zware gevallen van hereditaire neurasthenie en hysterie, die gewoonlijk zulk eene ongunstige prognose geven.

De invloed van alcohol, en waarschijnlijk van andere vergiften, is in dit opzicht klaarblijkelijk zeer groot. De mogelijkheid, dat een in alcoholroes verwekt kind de verschijnselen der degeneratiepsychose zal geven, is niet meer van de hand te wijzen.

Ook andere vergiften kunnen neurasthenische verschijnselen geven, speciaal geldt dit van tabak, morphine, cocaïne enz. Groot is hun invloed waarschijnlijk niet. Trauma kan de oorzaak zijn voor ernstige vormen van neurasthenie, die zich over het geheele verdere leven uitstrekken. De werking van het trauma op het zenuwstelsel is zeer verschillend en in de meeste gevallen is de daarop volgende ziekte geen neurasthenie, maar mengen zich daarmede duidelijk hysterische verschijnselen en ontstaat de neuro-hysterie traumatique der Franschen. Naast dezen meest gewonen vorm vindt men daarentegen ook aan de eene zijde zuivere neurasthenie en aan de andere zijde zuivere hysterie.

De werking van het trauma op het zenuwstelsel bestaat in het algemeen uit twee verschillende factoren. Het eene moment is de zuiver mechanische invloed van het trauma op het zenuwstelsel, wat men vroeger de *shok* noemde; hierbij zien wij af van de directe groffe mechanische laesieën, waarbij zenuwzelfstandigheid direct vernietigd wordt en waar eene verbreking van continuïteit in het centrale zenuwstelsel heeft plaats gevonden. Bij de *shok* door traumatischen invloed stelt men zich voor, dat stoornissen van moleculairen aard in het zenuwstelsel zijn opgetreden, die bewusteloosheid met herinneringsverlies en verder de traumatische neurose ten gevolge kunnen hebben. Dit is het organische moment, dat in elk trauma min of meer ligt opgesloten.

Daarnaast bevat elk trauma een psychisch moment, een schrik, eene emotie. Sommige traumata zijn hiervoor berucht, zoo b. v. spoorwegongelukken, het neervallen van steigers enz. Deze beide momenten, het organische en het psychische, kunnen in hooge mate varieeren, zoodat in het eene geval de organische, in het andere de psychische factor de hoofdrol speelt en neemt men hierbij dan nog in aanmerking, dat ook het individu, waarop het trauma inwerkt zeer verschillend is, dan kan het niet anders of de invloed daarvan moet zeer wisselend zijn.

Eene nieuwe moeilijkheid voor de traumatische neurose spruit voort uit de omstandigheid, dat er dikwijls simulatie bij plaats vindt. In het algemeen is het mijne overtuiging, dat simulatie bij zenuwziekten minder voorkomt dan men algemeen aanneemt, omdat men geneigd is alle symptomen, die men op het tegenwoordig standpunt der wetenschap niet begrijpt, als simulatie te beschouwen. Het zou gemakkelijk zijn talrijke verschijnselen op te noemen, die men uit zuivere onwetendheid of gemakzucht tot simulatie teruggebracht heeft. Men doet, naar mijne opvatting, het veiligst en komt het dichtst bij de waarheid, wanneer men voorloopig alleen in die gevallen simulatie veronderstelt, waar het directe eigenbelang van den lijder er mede gemoeid is. Dit is dikwijls het geval bij de traumatische neurose. Hier toch is het dikwijls de vraag of de patiënt in aanmerking komt voor een pensioen, wanneer n.l. de bestaande zenuwziekte als gevolg van het trauma moet opgevat worden. De nieuwe pensioenwetten brengen er feitelijk vele menschen toe ziekten in hunne betrekking voor te wenden en wel hoofdzakelijk zenuwziekten, die door het subjectieve der verschijnselen zoo moeilijk te controleeren zijn. Zoo werd een brandweerman gepensionneerd wegens duizeligheid, die later als schoorsteenveger werkzaam was. Evenwel, het is ook in deze gevallen reeds gebleken, dat men simulatie in vele gevallen heeft vermoed, waar zij niet bestond.

De invloed van het trauma op eene ontstaande neurasthenie is somtijds zeer duidelijk, wanneer de ziekte bij een tot nog toe gezond individu in onmiddellijke aansluiting aan het trauma

optreedt, hetzij dat bewusteloosheid wèl of niet op het trauma is gevolgd, zal niemand tegenwoordig meer twijfelen dat het de oorzaak van de ziekte is. Naar tweeërlei richtingen komen echter in andere gevallen moeilijkheden.

Ten eerste wat betreft de intensiteit van het trauma. Van welke intensiteit een trauma moet zijn om iemand neurasthenisch te maken is niet te bepalen. Van huis uit gezonde menschen verdragen zeer veel, maar aan den anderen kant kan men waarnemen hoe zeer onbeteekenende traumata bij nerveus gepre-disponeerde personen tot hoogst ernstige gevolgen aanleiding kunnen geven. Tusschen deze beide uitersten bestaan alle geleidelijke overgangen.

In eene andere richting ontstaan moeilijkheden in de beoor-deeling, doordat de neurasthenie zich niet onmiddellijk aan het trauma behoeft aan te sluiten en dit in de meeste gevallen feitelijk ook niet doet. Men ziet dikwijls na eene betrekkelijk gezonde periode de zenuwziekte zich langzamerhand ontwikkelen; het trauma wordt hoe langer hoe meer psychisch verwerkt of wel men ziet allerlei irradiaties van algesieën of paralgesieën van uit de plaats waar het trauma heeft ingewerkt zich over het lichaam verspreiden.

Door combinatie van beide laatstgenoemde momenten, gevoegd bij de moeilijkheden, die eene mogelijke simulatie daaraan toevoegt, kan het voor den deskundige in een bepaald geval onmogelijk zijn eene bepaalde overtuiging uit te spreken.

Eene andere rij van oorzaken geven ons de chronische en acute infectieziekten, de algemeene stofwisselings- en bloedziekten. De chronische infectieziekten, die het belangrijkste zijn mogen het eerst besproken worden.

Fournier heeft aangetoond, dat syphilis de oorzaak van eene zich ontwikkelende neurasthenie kan zijn. Zij is dit op tweeërlei wijze.

Neurasthenie kan optreden in de eerste periode, kort na het acquireeren van syphilis, evenals men nu en dan de ziekte ziet verschijnen na gonorrhoe. Syphilis werkt dan als een psychische

schok; het bewustzijn een ernstige ziekte te hebben, waarvan het verloop niet met zekerheid is te bepalen; en die allerlei noodlottige gevolgen na zich kan slepen, waarvan men met zekerheid nooit kan zeggen, dat zij genezen is, deze psychische momenten geven bij meer of min gepredisponeerde personen aanleiding tot de ontwikkeling van eene neurasthenie. De prognose van dezen vorm van neurasthenie is in 't algemeen gunstig.

Behalve langs psychischen, werkt syphilis langs organischen weg. De hierdoor veroorzaakte neurasthenieën treden in een later tijdperk der syphilis op en missen elk psychisch verband met de ziekte. De persoon zelf meent gewoonlijk reeds langen tijd van zijne syphilis genezen te zijn. Deze neurasthenieën zijn gewoonlijk veel hardnekkiger en wij moeten aannemen, dat zij langs organischen weg ontstaan, door directe inwerking van het syphilitische virus op de hersenen. Soms zijn deze laatste neurasthenieën beginstadiën van tabes dorsalis of van dementia paralytica. De differentieel-diagnose met deze laatste aandoeningen kan moeielijk zijn en wij moeten daarvoor somtijds het verloop afwachten. Reeds vroeger wezen wij er op, dat syphilis en alcohol meer de oorzaken waren voor organische ziekten van het zenuwstelsel.

De werking van syphilis openbaart zich nog op andere wijze, namelijk als hereditair moment, 't zij dat de lues direct op de kiem overgaat of dat de ziekte werkt als algemeen verzwakkend moment voor het zich ontwikkelende foetus. In 't eerste geval vertoont het kind hereditair-luetische openbaringen, in 't laatste geval ontstaan die zwakke kinderen waarover wij vroeger reeds gesproken hebben. In beide gevallen is aanleiding gegeven voor het ontstaan op lateren leeftijd van neurasthenieën en meestal van zware vormen daarvan.

Op analoge wijze als syphilis kan Tuberculose werken. Het hereditaire moment is hier evenzoo aanwezig. De verkregen tuberculose werkt hoofdzakelijk door de algemeene verzwakking, die de infectieziekte teweegbrengt en waaraan ook het zenuwstelsel kan deelnemen.

Van de acute infectieziekten verdient in de eerste plaats genoemd

te worden de influenza. Het is zeer gewoon dat men patiënten hunne ziekte terug ziet brengen tot eene influenza-aanval. Zonder twijfel wordt in dit opzicht door de lijders sterk overdreven, en komt het dikwijls voor, dat de vermeende influenza niets anders is dan een acuut begin van hunne zenuwziekte; dit komt vooral veel voor, wanneer het acute begin zich kenmerkt door neuralgiforme pijnen. Bovendien moet men in 't oog houden, dat bij nerveus gepredisponeerden elke kleine acute ziekte, eene verkoudheid b. v., in staat is om het sluimerende zenuwlijden te voorschijn te roepen.

Ondanks dit alles is het zonder twijfel waar, dat na influenza-aanvallen herhaaldelijk het optreden van talloze nerveuse verschijnselen en van zeer verschillende goed gekarakteriseerde zenuwziekten is waargenomen, ook bij personen die geen nerveusen aanleg vóór dien tijd vertoonden. Wat de oorzaak is, dat influenza zoo pernicieus op het zenuwstelsel kan werken, weten wij niet. Wij stellen ons evenals bij de andere infectieziekten voor, dat het door de bacterieën afgezonderde toxine eene giftige werking op het zenuwstelsel uitoefent.

Op kinderlijken leeftijd kunnen na diphteritis, kinkhoest, mazelen, scarlatina, uitputtingstoestanden en voedingsstoornissen ontstaan, die predisponeren tot neurasthenische toestanden.

Hetzelfde is op lateren leeftijd nog al eens het geval na typhus en acuut gewrichtsrheumatisme. Ook malaria, vooral wanneer het chronisch wordt en wanneer de malariakachexie zich begint te ontwikkelen, kan een vruchtbare bodem zijn voor de ontwikkeling van neurasthenie. Deze neurasthenieën geven eene vrij gunstige prognose.

Ten slotte moeten wij nog even de aandacht vestigen op de stofwisselingziekten.

Chlorotische en anaemische toestanden vindt men dikwijls bij neurasthenie. Zij kunnen daarvan het directe gevolg zijn; het is n.l. bekend genoeg hoezeer de voeding kan lijden onder invloed van het zenuwstelsel en in ons geval van eene zich ontwikkelende neurasthenie, waarbij de eetlust en de stofwisseling direct

verminderd zijn. In andere gevallen zijn neurasthenie en chlorose of anaemie te zamen gevolgen van een zelfde oorzaak. Dit kan men waarnemen in die gevallen, waar door eene gebrekkige ontwikkeling, b. v. door schadelijkheden die de kiem getroffen hebben, het geheele individu geleden heeft; deze gevallen hebben wij vroeger herhaaldelijk genoemd. In nog andere gevallen is de chlorose oorzaak van de neurasthenie. Dit kan men waarnemen bij meisjes aan het einde van de puberteit, die zonder dat zij een aanleg tot zenuwziekten vertoonen, chlorotisch worden en waar deze chlorose gevolgd kan worden door min of meer duidelijke neurasthenische verschijnselen. Deze laatste gevallen hebben eene gunstige prognose en de verdwijning der neurasthenische verschijnselen houdt gelijken tred met de anatomisch aantoonbare restitutie van het bloed.

Diabetis wordt gewoonlijk vergezeld door duidelijke verschijnselen van zenuwuitputting.

Jicht en chronisch arthritisme bezitten zonder twijfel eene groote verwantschap tot neurasthenie; vooral door Fransche schrijvers is dit op den voorgrond gesteld. Dat zij in direct oorzakelijk verband tot elkaar staan is in vele gevallen twijfelachtig; dikwijls zijn het coëffecten van dezelfde nerveuse predispositie en dat het chronisch arthritisme te huis behoort in de „famille neuropathique” is wel niet meer aan redelijken twijfel onderhevig.

HOOFDSTUK II.

Symptomatologie der neurasthenie.

Het groote aantal verschijnselen, dat neurasthenie ons aanbiedt, en de moeielijkheid om den aard dezer verschijnselen te bepalen, maakt een overzicht daarvan moeielijk. In vroegeren tijd was dit veel gemakkelijker, omdat men meende, dat op de plaats waar eene stoornis aangetroffen werd of door den lijder gevoeld werd, dat ook daar de oorzaak van deze stoornis gelegen was. Tegenwoordig weten wij beter en zoeken niet meer de oorzaak van het vermoeidheidsgevoel der beenen in de beenen zelf, of van maagkramp in de maag, maar wij hebben leeren inzien dat in veel van deze gevallen de verschijnselen zijn een periphere projectie van centrale stoornissen.

Door deze vermeerdering van onze kennis zijn echter groote moeielijkheden ontstaan in de beoordeeling van de verschijnselen. Ons staan geen doorgaande differentieel-diagnostische momenten ten dienste om uit te maken, wanneer eene stoornis in het centrum en wanneer het in de peripherie zijn oorzaak vindt.

Voor sommige verschijnselen, zoo b. v. de motorische stoornissen weten wij dit wel; eene centrale verlamming of beter uitgedrukt eene verlamming van het tweede neuron kunnen wij uit de verschijnselen, die de verlamming zelf geeft, onderscheiden van eene periphere, eene verlamming van het eerste neuron.

Voor de sensibele verschijnselen, en hiervan is bij neurasthenie in hoofdzaak sprake, zijn wij zoo gelukkig niet; de aard van eene cerebrale anaesthesie is dezelfde, voor zoover wij weten, als van

eene periphère, en wij zijn hier genoodzaakt uit bijkomende omstandigheden, zooals de verdeeling der anaesthesie, haar verloop, enz. indirect tot de oorzaak der gevoelsstoornis te besluiten. Dit is volstrekt niet altijd mogelijk, ook nog omdat de loop der sensibele geleiding naar de hersenen bij lange na niet zoo eenvoudig is, als de motorische geleiding. Hieruit volgt dat eene rationeele verdeeling der neurasthenische verschijnselen nog tot de onmogelijkheden behoort.

De verdeeling, die wij hier aangenomen hebben, heeft niet meer dan eene didactische waarde. Zij dient alleen om het overzicht gemakkelijker te maken en geleidelijk alle verschijnselen na te gaan. Wij zijn nog te weinig bekend met den aard der symptomen om eene rationeele verdeeling daarvan te kunnen doorvoeren. Vandaar dat wij orgaan voor orgaan de afwijkingen, die daarin waargenomen worden, nagaan en beschrijven. Het zal daarbij dikwijls voorkomen, dat de stoornissen in een bepaald orgaan voorkomende, hun oorzaak geheel ergens anders vinden en wel hoofdzakelijk in de psyche.

Neurasthenie is hoofdzakelijk, zoo niet uitsluitend, eene psychische ziekte en in het meerendeel der gevallen zijn de lichamelijke stoornissen, die wij waarnemen, directe of indirecte gevolgen van de cerebrale stoornis. In vele gevallen is dit slechts waarschijnlijk, in andere is dit verband voor ons nog in 't geheel niet aan te toonen.

Het bovengenoemde in aanmerking nemende zullen wij de neurasthenische symptomen volgens het volgende schema behandelen:

1. Psychische verschijnselen.
2. Sensibele verschijnselen.
3. Motorische verschijnselen.
4. Reflexen.
5. Vaso-motorische verschijnselen.
6. Gastro-intestinale symptomen.
7. Sexueele en secretorische verschijnselen.

Hierbij valt op te merken, dat deze verdeeling niet beweert rekening te houden met den aard van de oorzaak der symptomen.

Onder psychische verschijnselen bedoelen wij die symptomen, welke onmiddellijk als psychisch te herkennen zijn. Stoornissen in den gang der denkbeelden en dergelijke meer zijn natuurlijk wat hun aard betreft niet te miskennen.

Wat de sub 2—7 genoemde symptomengroepen betreft, zoo zouden wij allermint daarvan een psychisch ontstaan willen ontkennen; integendeel zijn ook deze in hoofdzaak psychisch, zooals onze voortgaande ervaring steeds duidelijker aantoonst. Wij hebben ze echter afzonderlijk gerangschikt:

1°. omdat zij voor den lijder altijd in een of ander orgaan worden gelocaliseerd en hij voor zich zelf, ze niet als psychisch opvat.

2°. omdat voor sommige verschijnselen niet uitgesloten is, dat zij door functioneele stoornis van het ruggemerg, het periphære of sympathische zenuwstelsel ontstaan. Bij neurasthenie, waar wij zeker weten, dat het centrale zenuwstelsel in een toestand van functioneele stoornis verkeert, is echter niet *à priori* uit te sluiten, dat eene analoge stoornis ook niet in het periphære zenuwstelsel aanwezig zou kunnen zijn;

3°. uit zuiver didaktische gronden om een overzicht van den grooten chaos van verschijnselen van deze ziekte mogelijk te maken.

I. PSYCHISCHE VERSCHIJNSELEN.

Het eerste verschijnsel, dat wij bij elken neurasthenicus in meerdere of mindere mate opmerken is een uitputtingstoestand van alle psychische vermogens. Deze kan zich op zeer verschillende manieren openbaren en in enkele gevallen schijnbaar ontbreken, hoewel nader onderzoek ze toch wel duidelijk maakt.

Elke inspanning valt moeielijk. Het eerst openbaart zich dit bij die bezigheden, welke de hoogste eischen stellen aan onze psychische functiën. Volgens mijne ervaring is dit het willekeurig vestigen van de aandacht, het willekeurig concentreeren van de gedachte op een bepaald onderwerp. Deze definitie van een der voornaamste verschijnselen bij neurasthenie schijnt zeer eenvoudig,

ze is dat echter niet en is meer eene theoretische samenvatting van verschillende symptomen, dan wel eene eenvoudige weergave der klinische feiten.

In uitgesproken gevallen is het constateeren van dezen uitputtingstoestand niet moeielijk; alles wat op willekeurige psychische inspanning gelijk is eenvoudig onmogelijk. Bij het lezen van een regel schrift, bij het fixeeren van een voorwerp of het volgen van een eenvoudig gesprek, treden hevige prikkelingsverschijnselen op, zooals duizelingen, hoofdpijnen. Het is voor den patiënt ondoenlijk zich ergens willekeurig-geestelijk mede bezig te houden. Dikwijls is hij dan nog in staat zich aan een meer of min onbewusten gedachtengang over te geven; hij kan zich desnoods vermijden in allerlei droomerijen, phantastische plannen maken en zijne gedachten op allerlei gebied laten rondzwerven. Dit gaat alles meer of min vanzelf, maar hij mist volkomen de hoogste psychische functie zich willekeurig te kunnen concentreren. Dit totaal gebrek aan concentratie ziet men in acute en in zeer ernstige chronische gevallen. Meestal is het minder duidelijk uitgesproken en openbaart het zich in eene lichte vermoeibaarheid, doordat b. v. de courant niet meer gelezen kan worden, het schrijven van een brief onmogelijk is. Er zijn mij verschillende gevallen van neurasthenie bekend, waar deze vermoeibaarheid gedurende lange jaren het eenige verschijnsel was. De persoon was redelijk gezond, zijne dagelijksche bezigheden gingen vrij goed, dat was hij jarenlang gewoon en eischte geene bijzondere inspanning. Toch openbaarde zich in kleinigheden zelfs reeds duidelijk de psychische invaliditeit. Eene kleine moeielijkheid bracht den lijder geheel overstuur. Een brief schrijven ging bezwaarlijk, vooral als het geen dagelijksche bezigheid was, in 't algemeen gaf alles moeite, wat niet begrepen was in de gewone sleur van het dagelijksche leven.

Hieruit volgt een diagnostisch hulpmiddel, dat voor ons van groot belang is bij het constateeren van neurasthenie niet alleen, maar meer of min ook van alle andere functioneele zenuwziekten.

Dit is het constateeren der vermoeibaarheid. Het best doet

men dit door eene eenvoudige rekenkunstige opgave, of het rangschikken van woorden of getallen naar bepaalde regels enz. Is het verschijnsel, al is het slechts in geringe mate, voorhanden, dan is het altijd gemakkelijk te constateeren.

Een gevolg dezer vermoeibaarheid bij den patiënt is de onmogelijkheid iets nieuws te produceeren. Ook dit verschijnsel is alleen van belang, wanneer het in extreme mate aanwezig is en de patiënt b. v. geen enkele gedachte op papier kan brengen, geen eenvoudig verhaal kan lezen enz.

Behalve het algemeene verschijnsel van uitputting van alle geestelijke vermogens, neemt men bij neurasthenie talrijke andere psychische symptomen waar, die meer of min tot de enkele eigenschappen der psyche beperkt blijven en die wij wederom uit didactische gronden volgens een schema afzonderlijk zullen bespreken. Men kan onderscheiden :

- A. Stoornis in het psychisch gevoelen.
- B. Stoornis in de voorstellingen.
- C. Stoornis in den slaap.

A. Stoornis in het psychisch gevoelen.

Het eerste verschijnsel, dat wij in deze sfeer van afwijkingen ontmoeten is de psychische hyperaesthesie, die bij neurasthenie een zeer hoogen graad kan verkrijgen. In sommige gevallen gaat elke waarneming gepaard met een gevoel van pijn en afmatting, elk geluid of elke lichtindruk is pijnlijk en vermoeiend. In dergelijke gevallen zoekt de patiënt zooveel mogelijk de eenzaamheid en de stilte. Deze hyperaesthesie komt vooral voor geluidsindrukken voor en geeft dan voor de behandeling moeilijkheid, omdat het gewenscht is zoo mogelijk alle hinderlijke geluidsindrukken te vermijden. Ook voor licht kan deze overgevoeligheid bestaan. Voor de andere zintuigen heb ik het nooit waargenomen en wordt het in de literatuur niet vermeld.

Strikt genomen zou men in deze gevallen niet van hyperaesthesie mogen spreken. Hieronder zou men moeten verstaan een meer

intensief waarnemen der geluiden dan normaal en dat is bij neurasthenie niet het geval. Was dat het geval, dan zou b. v. voor geluiden de juist nog waarneembare geluidsintensiteit zeer klein moeten zijn, en zou verder het waarneembare intensiteitsverschil tusschen twee geluiden evenzoo klein moeten zijn. Dit is volstrekt niet aldus. De zintuigwaarnemingen zijn dus niet verscherpt, zooals dat bij hysterie en ook bij normale menschen voor kan komen, maar zij zijn door storende bijgevoelens hinderlijk, het is meer een *dysaesthesie*. De naam hyperaesthesie zal ik echter ook in het vervolg, omdat ze algemeen ingang heeft gevonden, blijven gebruiken.

Gaat deze overgevoeligheid met het gevoelen van pijn gepaard dan noemt men dit psychische neuralgie.

Ook voor meer samengestelde psychische indrukken kan dezelfde gevoeligheid bestaan. Eene kleine gemoedsaandoening, een onschuldige gebeurtenis, die door een gezond mensch nauwelijks opgemerkt wordt, kan den neurasthenicus als pijn gevoelen. Vandaar de neiging elke gemoedsaandoening, elke gebeurtenis, te ontwijken en de gemakkelijheid waarmede dergelijke patiënten een bedbehandeling ondergaan, berust gedeeltelijk op deze overgevoeligheid. Men kan een dergelijken toestand vergelijken bij een patiënt met een gebroken been, die angstvallig uit vrees voor pijn zijn been in een bepaalde positie in rust houdt. Zoo ook de overgevoelige neurasthenicus, die angstvallig elke geestesbeweging vermijdt en zijn psyche kunstmatig in den meest gunstigen rusttoestand zoekt te handhaven.

Eene veelvuldig voorkomende vorm van psychische hyperaesthesie is het optreden van emoties na oorzaken, die bij gezonde menschen geene emotieve reactie veroorzaken. Een bericht van overlijden van een verre kennis, het lezen van een ongeluk in de couranten, dergelijke eventualiteiten brengen den lijder geheel van streek en maken hem tot bezigheid ongeschikt. In ernstige gevallen komt de patiënt van de eene emotie in de andere; wanneer hij op een plaatje een luchtballon geteekend ziet, wordt hij duizelig; het gezicht op een stad in vogelvlucht doet hem

denken aan een toren, waar hij van afvalt. In schouwburgen of kerken zijn zij tot tranen geroerd. De lijder zelf erkent zeer goed het ziekelijke van zijne emoties, tobt er over en verwerkt ze dikwijls tot allerlei nosophobische denkbeelden.

Een gevolg van deze hyperaesthesie is de *prikkelbaarheid* van den neurasthenicus. Hij reageert met pijn op de kleine verdrietelijkheden van het dagelijksch leven en wordt onbillijk tegen zijne omgeving. Dit geeft weer aanleiding tot nieuwe prikkels en omdat de patient zeer goed zijn eigen onbillijkheid inziet, m. a. w. steeds ziekteinzicht heeft, ontstaat er op den duur een circulus vitiosus, die het moeilijk kan zijn te onderbreken.

Behalve door van buiten inwerkende omstandigheden openbaart zich de hyperaesthesie door het niet bestand zijn tegen lichamelijk lijden. De geringste hoofdpijn, eene kleine indigestie is in staat den patiënt verdrietig te maken. Daar neurasthenie als zoodanig talrijke lichamelijke verschijnselen geeft, en deze hyperaesthetisch gevoeld worden, is dit ook dikwijls een bron voor veel lijden.

Let men op bovengenoemde verschijnselen van overgevoeligheid, en de gevolgen daarvan, dan worden ons talrijke klachten van den neurasthenicus, die gewoonlijk als overdrijving en lastigheid beschouwd worden, begrijpelijk en verklaarbaar. Ook de neurasthenicus, juist zooals vele andere zenuwzieken, heeft weinig neiging tot simulatie, niet omdat hij zooveel eerlijker is dan een gewoon mensch, maar omdat in de meeste gevallen het groote motief tot simulatie, het eigenbelang, ontbreekt. Dit neemt niet weg dat de fameuse en somtijds onbegrijpelijke klachten van den neurasthenicus de grootste eischen stellen aan het geduld en den tact van den medicus. Slechts een zich goed in kunnen denken in den toestand van den lijder, voorkomt onbillijke behandeling.

Aan de hyperaesthesie tegenovergesteld is de *anaesthesie*, een symptoom, dat hoewel minder veelvuldig, toch nog dikwijls genoeg bij neurasthenie waargenomen wordt. Deze anaesthesie openbaart zich niet zoozeer voor de gewone zintuigindrukken, als wel voor de hoogere psychische gevoelens. De patiënt neemt minder

deel in zijne omgeving, gevoelt geene belangstelling voor dingen, die hem vroeger na aan 't hart lagen, doet uit gebrek aan belangstelling zijn werk minder goed. Hierbij komt het dikwijls voor dat te gelijk hyperaesthesie bestaat voor den toestand van het eigen lichaam en dus het psychisch voelen meer in eene vicieuse richting verplaatst is. De lijder geeft dan den indruk egoïst te zijn en valt een ieder lastig met zijne eigene directe interessen. Dikwijls lijdt hierbij het gevoel van decorum; flatus en ructus worden in gezelschap losgelaten, met mededeelingen over stoelgang enz. wordt de omgeving lastig gevallen.

Deze psychische anaesthesie kan een zeer kwellend verschijnsel voor den lijder zijn. Hij klaagt daarbij over sufheid en gevoelloosheid, meent dat zijn verstand weggaat, klaagt over de weinige belangstelling, die hij gevoelt voor wat hem in normale tijden dierbaar was. Dikwijls combineert zich deze anaesthesie met paraesthetische gevoelens in het hoofd, die er dan veel toe bijdragen voor de verdere ontwikkeling dezer nosophobische denkbeelden.

Om vooral niets te vergeten komt de patiënt bij den medicus met een excerpt zijner klachten op papier, dagelijks wordt op schrift de ziektegeschiedenis door hem bijgehouden enz.

De stoornissen in het psychisch gevoelen verklaren voor een groot deel de afwijking in de stemming van den neurasthenicus. Gewoonlijk is deze gedrukt, dikwijls veroorzaakt door de psychische pijn, ook somtijds door de gevoelloosheid.

Bij tijdelijke verbetering der verschijnselen wordt ook de stemming opgewekter, ja het is dikwijls opvallend waar te nemen, hoe de stemming onmiddellijk het uitvloeisel is van de andere ziekteverschijnselen. Hierdoor ontstaat somtijds een zeer wisselende stemming. De gedrukte stemming bij neurasthenie is altijd secundair en onderscheidt zich daardoor wezenlijk van de primaire ongemotiveerde stemmingsafwijking bij den melancholicus. In dit opzicht komt zij overeen met die bij vecordia, waar de inhoud der waandenkbeelden beslissend zijn voor de kwaliteit van de stemming.

De stemming van den neurasthenicus kan dus in den grond der zaak niet als ziekelijk beschouwd worden, maar is eene normale reactie op pathologische toestanden.

Een verder belangrijk symptoom der neurasthenie, dat gedeeltelijk als gevolg der gevoelsafwijkingen, gedeeltelijk ook primair kan optreden, is de *angst*.

Onder angst verstaat men een centralen affecttoestand met negatieven gevoelston, die als zoodanig niet nader gedefinieerd kan worden, maar die gepaard gaat met begeleidende lichamelijke verschijnselen, die hier even nader beschreven moeten worden.

Als meest karakteristiek voor den angst is de daarmede gepaard gaande algemeene spanning der willekeurige spieren; zoo zien wij den angst bij de zware psychosen. Het komt dan voor, dat het geheele lichaam bewegingloos, uren en dagen na elkaar, neergehurkt is met gefronst voorhoofd, buigingscontractie in armen en beenen, krachtig weerstand biedend aan elke beweging van buitenaf. In dergelijke mate vinden wij dit verschijnsel niet of slechts zeer voorbijgaand bij neurasthenie. Hier beperkt het zich tot de z.g. angstbewegingen, waarvan de physionomie evenwel zeer karakteristiek is.

Het voorhoofd is gefronst, de oogen, wijd opengespleten, treden naar voren, de romp wordt naar voren, naar achter en op zij heen en weer bewogen, de armen en beenen afwisselend gebogen en gestrekt. Dikwijls wordt op de nagels gebeten, aan de hoofdharen getrokken, de mondhoecken naar beneden, de wenkbrauwen naar boven getrokken, de neusvleugels verwijd en naar boven gericht. De ademhaling is zeer onregelmatig, de spraak belemmerd.

Met deze spanning in de willekeurige spieren combineert zich een spanning in de spieren van den bloedvaatwand, die zich in de polscurve openbaart door een naar boven verplaatst zijn en eene vergrooting der eerste elasticiteits-elevatie en door een algemeen bleek worden, gepaard met afscheiding van koud zweet.

De angst is een zeer hevig affect met sterk negatieven gevoelston. Alle andere psychische functiën zijn geremd. De

spraak is somtijds onmogelijk, allerlei ongecoördineerde bewegingen worden uitgevoerd. Daarbij heeft de lijder soms het gevoel, dat hij gaat sterven, dat hij stikken zal enz.; de pols is klein, de respiratie onregelmatig. Gewoonlijk duurt een dergelijke hevige angstaanval bij neurasthenie niet lang en kan hij spoedig gevolgd worden door een periode van welzijn.

Behalve deze objectief waarneembare verschijnselen worden subjectief verschillende gevoelens waargenomen. Dikwijls bestaat een gevoel van hevige beklemming in de hartstreek met uitstralende pijnen in den linkerarm. Andere personen localiseeren den angst in de maagstreek of in den buik, soms stijgt dit op naar den hals; in andere gevallen wordt de angst gelocaliseerd in 't hoofd, somtijds in het geheele lichaam.

De angst, zooals die bij neurasthenie voorkomt, is in vele gevallen af te leiden van de algemeene overgevoeligheid. In dit geval is er een oorzaak voor aanwezig, 't zij eene uitwendige of een inwendige. Een uitwendige oorzaak is er in die gevallen, waar de angst optreedt bij 't binnenkomen in een gezelschap of in andere gevallen bij 't schrijven van een brief enz. Belangrijker zijn die gevallen, waar de angst een interne oorzaak heeft en optreedt als vrees voor een ernstige ziekte. Zoo ziet men dikwijls, dat de abnormale sensaties in het hoofd den lijder doet denken, dat hij lijdt aan hersenverweking of geeft een congestie het denkbeeld van een dreigende apoplexie. Op zich zelf zeer onbeteekenende ziekteverschijnselen kunnen de oorzaak zijn van hevige angstaanvallen. Alle bovengenoemde vormen van angst kunnen opgevat worden als eene bepaalde vorm van hyperaesthesie.

Moeielijker is dit reeds met die angsten, welke bekend zijn als de verschillende vormen van phobiën. De meest bekende hiervan is de z.g. *Agoraphobie*. Bij het betreden van eene groote ruimte, van een plein, een straat of een groot gebouw wordt de lijder door een hevig gevoel van angst overvallen, dat tot bewusteloosheid kan gaan. Een mijner patiënten had het gevoel hoe langer hoe kleiner te worden, terwijl de omgeving steeds

grooter en ruimer werd. Men moet een dergelijken aanval gezien hebben om de hevigheid er van naar waarde te schatten. Soms tijds, maar niet altijd blijven de aanvallen weg, wanneer de lijder in gezelschap van een ander is.

Naast deze *agorophobie*, die door de beschrijving van Westphal eene historische bekendheid heeft verkregen, komen talrijke andere soorten van angst voor, die alleen verschillen door de aanleiding, die ze doet optreden, maar in 't wezen der zaak hetzelfde zijn. Zoo heeft men een angst voor onweer en wind, die zoo hevig kan zijn, dat de lijder nachten achtereen slapeloos doorbrengt; een angst voor de mechaniek van 't heelal, die b. v. optreedt wanneer de lijder des avonds de sterren ziet en die gepaard gaat met een angst, dat de hemellichamen uiteen zullen springen of tegen elkaar zullen vliegen; een angst voor gesloten ruimten, voor spoorwegen, voor besmettelijke ziekten en eindelijk een angst voor alles.

Over de verklaring dezer angsten, die alle in 't wezen der zaak hetzelfde zijn en die tot de hevigste verschijnselen der neurasthenie behooren, is men het niet eens. De vraag is wat in deze gevallen het primaire is, de voorstelling of de angst. Zoo b. v. voor de *agorophobie*, is de patiënt angstig omdat hij bevreesd is, dat hij bij 't overgaan van een plein of straat in elkaar zal zakken of vallen zal of iets anders, dan wel is hij primair angstig en zakt hij daarom in elkaar.

Naar mijne meening is het eerste het meest waarschijnlijk. De agorophobie en evenzoo de andere vormen van angst vinden in het normale leven meer of min huns gelijken. Bekend zijn de duizeligheid bij het beklimmen van hoogten, de angst voor vuurwapenen en snijdende werktuigen enz. In deze gevallen is het duidelijk, dat de voorstelling van het gevaar den angst langs associatieven weg opwekt en van deze betrekkelijk normale gevallen bestaat eene geleidelijke serie van overgangen tot den meest pathologischen angst toe. Wanneer de angst voor snijdende werktuigen zoo ver gaat, dat de persoon des avonds niet durft te gaan slapen, wanneer een mes op de slaapkamer zich bevindt of niet

een messenwinkel durft binnen te treden, noemen wij dat reeds meer of min ziekelijk, maar er gaat toch zonder twijfel een gedachtengang aan vooraf, die zijn oorsprong vindt in de waarneming van het gevaarlijke voorwerp. Men heeft deze pathologische gevoeligheid slechts een weinig meer ontwikkeld zich te denken, om te komen tot de agorophobie, waar de eenvoudige waarneming van eene groote ruimte langs associatieven weg gevolgd wordt door het gevoel van angst en waar deze laatste de overige verschijnselen, onvermogen tot bewegen enz. geeft. Duidelijker is dit nog voor den angst voor onweer, den angst voor het heelal, waar aan den angst min of meer eene samengestelde gedachtengang moet voorafgaan.

Op deze wijze laten zich deze angsten dus opvatten als eene in speciale richting gewijzigde vorm van hyperaesthesie.

Anders is dit met sommige andere vormen van angst, waar deze geheel primair optreedt en niet aan eenige waarneming of voorstelling gebonden is. De lijder klaagt hier eenvoudig over angst zonder meer, en geeft zelfs aan dat er geen oorzaak voor is. Deze vorm van angst is bij neurasthenie gewoonlijk minder hevig, dan de vroeger genoemde vormen, ze is daarentegen dikwijls zeer lang van duur en kan tijden achtereen aanhouden. Dikwijls wordt ze in de maag of hartstreek gelocaliseerd, ook wel in het hoofd. Vooral is dit verschijnsel hinderlijk wanneer de slaap daardoor belemmerd wordt of de patiënt er wakker door wordt.

In een geval, dat ik waarnam, was elke gedachte van angst vergezeld. In dergelijke gevallen neemt de angst een meer onbestemden vorm aan en kan het voorkomen, dat de patiënt geen onderscheid weet te maken tusschen angst en pijn.

Dikwijls treedt de angst in aanvallen op die, wanneer zij chronisch worden, wel niet zeer hevig zijn, maar toch door den lijder zeer gevreesd worden. Op deze wijze ontstaat de angst voor den angst, de lijder weet dan niet of hij werkelijk angstig is, dan wel of hij bang voor den angst is. Herhaaldelijk heb ik dit waargenomen, vooral bij vrouwen. Bij eene dergelijke ontwikkeling

van het verschijnsel is het zeer hardnekkig en zij men voorzichtig met zijne prognose, ook al is de angst niet hevig.

B. Stoornis in de voorstellingen.

De voorstellingen kunnen bij neurasthenie in verschillend opzicht stoornissen aanbieden; het volgende schema, dat wij achter-eenvolgens zullen bespreken, geeft daar een voorstelling van.

- a. verandering in de snelheid der voorstellingen.
- b. veranderingen in den duur en de intensiteit daarvan (dwanggedachten).
- c. veranderingen in de associatie van voorstellingen.
- d. veranderingen in de reproductie daarvan.

Stoornis in den inhoud van de voorstelling (waandenkbeelden) komt bij neurasthenie niet voor. De waan in zijne velerlei vormen is afwezig; dit is de meest scherpe lijn, die tusschen deze ziekte en de verschillende vormen van krankzinnigheid kan worden getrokken.

a. Verandering in de snelheid der voorstellingen.

Deze afwijking is voor de symptomatologie der neurasthenie niet van zeer groot belang. Dikwijls is het moeilijk hieromtrent betrouwbare gegevens van den patiënt te verkrijgen. In vele gevallen mag men echter aannemen, dat de afzonderlijke voorstelling verlangzaamd is. De lijder heeft dan een gevoel alsof zijn denken moeilijk wordt, alsof zijn geest leeg is. Dit geeft dan aanleiding tot allerlei nosophobische voorstellingen, sommigen denken dat zij geestelijk verstompen of idioot worden, anderen vreezen voor krankzinnigheid. Slechts enkelen gevoelen direct dat hunne voorstellingen langzamer gaan. Deze verlangzaming der voorstellingen is niet anders, dan een der uitdrukkingen voor de algemeene vermoeidheid van alle geestvermogens.

De afloop der afzonderlijke voorstelling kan ook versneld zijn,

dit is dan gewoonlijk gecombineerd met eene snellere en dikwijls onregelmatigere verbinding der voorstellingen onderling; wij vinden dus deze stoornis bij de associatieve verschijnselen weder en behandelen die daar uitvoeriger.

b. Veranderingen in den duur en de intensiteit der voorstellingen (dwanggedachten).

Wanneer een voorstelling of een denkbeeld een dergelijke intensiteit verkrijgt, dat zij niet door de andere voorstellingen, die zich opdoen, verdrongen wordt, maar zich voor onbepaalden tijd handhaaft en binnen de bewustzijnssfeer van het individu blijft en wanneer de hardnekkigheid van deze voorstelling niet gemotiveerd wordt door de inhoud daarvan, spreekt men van een dwangdenkbeeld of dwangvoorstelling. Het individu is zich daarbij zeer goed bewust van het vreemde en ziekelijke van de voorstelling. Welke moeite hij doet er zich van te ontdoen, met onverzwakte kracht komt het steeds weer te voorschijn. De persoon behoudt daarbij geheel zijne kritiek over den inhoud van de voorstelling en wanneer de inhoud van het denkbeeld onlogisch is of wat bijna altijd het geval is, niet evenredig is aan de vastheid en hardnekkigheid, waarmede deze voorstelling de gewone denkbeelden van het individu onderbreekt, heeft hij altijd een inzicht hierin. Daardoor onderscheidt het dwangdenkbeeld zich van de waanvoorstelling, waarvan de inhoud door den persoon zonder verdere kritiek geaccepteerd wordt.

Het best verkrijgt men een begrip van het ontstaan en de kracht van het dwangdenkbeeld, door van analoge maar zwakkere verschijnselen bij gezonde mensen uit te gaan en te zien hoe door eenzijdige versterking daarvan het pathologische dwangdenkbeeld ontstaat. Dat gezonde mensen zich van bepaalde voorstellingen niet los kunnen maken, komt vooral voor na ernstige gebeurtenissen, die diep in het leven van den persoon hebben ingegrepen. Tijden lang kan iemand vervolgd worden door het beeld van een gestorven familielid, door het herinne-

ringsbeeld van eene of andere catastrophie. Of wel dagen lang is iemand geplaagd door een vastgeworteld deuntje, dat hij voortdurend opdreunt en dat zich overal tusschen inschuift. Een meer ziekelijk karakter krijgt de voorstelling reeds, wanneer iemand 10 maal het adres van een brief beziet alvorens dien in de bus te werpen, om dan misschien na een uur nog eens het postkantoor te bezoeken. Geheel in het pathologische komen wij wanneer wij zien hoe het denkbeeld van brandgevaar, van vergif enz. zich met onweerstaanbare kracht kan opdringen, ondanks dat de persoon zelf er het ongerijmde volkomen van inziet.

Bij gezonde menschen bereiken deze dwangvoorstellingen niet eene dergelijke intensiteit als onder ziekelijke omstandigheden. Door het willekeurig vestigen van de aandacht op andere dingen gelukt het gewoonlijk ze uit het bewustzijn te verdrijven.

Bij den neurasthenicus is dat anders en wel in de eerste plaats, omdat de dwangvoorstelling als zoodanig reeds sterker is; maar bovendien ook nog daarom, omdat de lijder door zijne geestelijke uitputting zoo weinig kracht heeft om zijne aandacht op andere dingen te vestigen. Zoo komt het, dat het hem nu en dan tijdelijk gelukt zijn dwang te verdringen, maar deze verschijnt weer, zoodra zijn zwak aandachtsvermogen uitgeput is.

De vormen waarin dwangvoorstellingen bij neurasthenie voorkomen zijn talloos, te veel om op te noemen. Nu eens gevoelt een lijder den drang om in gezelschap onbehoorlijke woorden te zeggen, dan weer kan hij van het denkbeeld niet los worden dat hij iemand beledigd heeft, zelfs dat hij een misdaad gedaan had. Een mijner patiënten had tijdelijk het dwangdenkbeeld dat hij een moord gedaan had, waarvan men den dader zocht. Telkens en telkens moest hij bij zich zelf zeggen: „wat zoekt toch de politie naar den dader, ze moesten eens weten dat hij hier zat.”

Op tweeërlei wijzen kan bij neurasthenie de dwang nog gecompliceerd worden:

1°. Door het in aansluiting met den dwang optreden van angst.

Dikwijls geschiedt dit bewust; de lijder is zich van het lastige en van het vreemde van zijne dwangvoorstellingen pijnlijk bewust, hij zoekt er een reden voor en komt daarbij spoedig tot het idee van ziek zijn. Het is dan de vrees voor een hersenziekte, voor krankzinnig worden enz., die dezen dwang steeds vergezelt.

In andere gevallen voegt de angst zich bij de dwangvoorstelling, zonder dat er een psychologisch verband tusschen beide bestaat; beide verschijnselen zijn dan samen afhankelijk van de ziekte zelf.

2°. Door den overgang van een dwangvoorstelling in eene dwanghandeling.

Elke handeling is het resultaat van eene combinatie van verschillende voorstellingen. Naarmate bepaalde voorstellingen sterker of zwakker zijn, naarmate zij in deze of gene richting overwegen, zal hun resultaat, de handeling, verschillend zijn. De eene voorstelling drijft tot een zekere handeling, de andere houdt daarvan terug. Zoo heeft er eene voortdurende strijd plaats waarvan het resultaat het doen of het niet doen van eene handeling is.

Bij een neurasthenicus met dwangvoorstellingen is het ook aldus, maar de strijd der voorstellingen heeft hier onder eenigszins abnormale omstandigheden plaats. Elke voorstelling heeft op zichzelf reeds de neiging tot een handeling te komen of van eene handeling terug te houden. Zeer sterk bestaat deze neiging bij voorstellingen, die zich kenmerken door eene bijzondere intensiteit en door een langen duur, zooals dit bij de dwangvoorstelling het geval is. Voortdurend zal er dus neiging bestaan om tot de uit de voorstelling resulterende *dwanghandeling* over te gaan. Aan den anderen kant zijn er bij den neurasthenicus voorstellingen, die de handeling zullen trachten te beletten, en dit wel des te meer, naarmate deze meer doelloos en meer dwaas is, meer in strijd dus met de normale voorstellingen van den lijder.

Deze strijd om niet tot de handeling te geraken is voor den

lijder dikwijls zeer pijnlijk; altijd en altijd weer dringt de voorstelling zich op, altijd en altijd weer tracht hij de handeling te beletten. Eindelijk bezwijkt hij en verkrijgt de *dwangvoorstelling* de kracht van een *dwanghandeling*. Is dit eenmaal geschied, dan gebeurt dit telkens gemakkelijker en de lijder wordt steeds meer de willooze speelbal van zijne ongemotiveerde voorstellingen.

Of dwanghandelingen onafhankelijk van dwangvoorstellingen voorkomen, is zeer twijfelachtig. De stoornissen, die wij hier bespreken liggen geheel binnen de sfeer van het bewustzijn en hier gaat aan elke handeling, ook aan de dwanghandeling, eene combinatie van voorstellingen vooraf.

Somtijds laat zich de ontwikkeling van dwangvoorstelling tot dwanghandeling bij denzelfden patiënt vervolgen.

Binswanger deelt een geval mede, dat iemand bij het zien van scherpe voorwerpen de dwangvoorstelling verkrijgt, dat hij bij 't gebruik van deze dingen anderen of zich zelf daarmede, zonder dat hij het wilde, letsel kon toebrengen. Bij de verdere ontwikkeling van zijne ziekte kwam de voorstelling, dat hij dit doen *moest* en dat hij met het mes zijn kind in de borst moest steken. Hij leefde in voortdurenden angst, dat hij hiertoe zou komen en moest alle krachten inspannen zich van de handeling te onthouden. Hij gevoelde de spieren van zijn rechterhand en arm zich krampachtig samentrekken om het mes te grijpen en het liefste wat hij had te dooden.

Dergelijke gevallen zijn bij neurasthenie zeldzaam, gewoonlijk komt het hier niet tot gevaarlijke handelingen, 't zij omdat de intensiteit van de dwangimpuls niet sterk genoeg is, 't zij omdat de normale associaties sterk genoeg zijn om van de handeling terug te houden. Eene reactieve angst op dergelijke dwangvoorstellingen is zeer gewoon.

Een ander gevolg van ernstige dwangvoorstellingen van homicide of suicide inhoud kan zijn, dat de lijder door allerlei onzinnige handelingen, door heen- en weerloopen, door zich zelf te slaan, door het opzeggen van versjes etc., afleiding van zijne zoo hinderlijke voorstellingen tracht te verschaffen. Voor

zoover ik er over kan oordeelen zijn ook bij neurasthenie de dwangvoorstellingen van gevaarlijke handelingen niet zeer frequent.

Meer neemt men waar onzinnige en onbeteekenende dwanghandelingen. Een mijner patiënten moest wanneer zij over een tegelvloer liep, altijd tusschen de voegen van de tegels doorloopen; een ander moest wanneer hij 's morgens naar zijn kantoor ging altijd precies op 't randje van het trottoir loopen. Dit trok de opmerkzaamheid van voorbijgangers en was oorzaak, dat hij over zijn dwanghandeling mij kwam raadplegen. Soms weet de lijder voor dergelijke onzinnige handelingen geen motief aan te geven. Het kan echter ook voorkomen, dat aan de dwanghandeling de dwangvoorstelling voorafgaat, dat er een ongeluk zou gebeuren, indien de handeling niet verricht werd.

De intensiteit der dwangvoorstellingen en handelingen is bij neurasthenie niet zoo sterk als bij sommige vormen van krankzinnigheid. De ernstige vormen op degeneratief-hereditairen bodem, waar de dwangvoorstelling en dwanghandeling komt tot suicide en homicide, is men gewoon niet meer onder de neurasthenie te rekenen, maar men heeft deze tot afzonderlijke vormen van geestesstoornis gebracht. Evenwel bestaan er, wanneer het erfelijk degeneratief karakter zich met neurasthenie combineert, geleidelijke overgangen tot deze vormen van geestesafwijking.

Het effect der psychische degeneratie openbaart zich bij neurasthenie en hysterie altijd door het op den voorgrond komen van dwangvoorstellingen en de gevolgen daarvan.

De psychologie der dwangvoorstellingen ligt nog geheel in het duister, wij kunnen niet meer doen dan het voorkomen er van constateeren en hun invloed op het geestesleven nagaan; maar hoe het komt dat dergelijke voorstellingen ontstaan, die door hun duur en door hun intensiteit zoo boven alle andere uitsteken, weten wij niet; bewuste motieven er voor zijn bij den patiënt steeds afwezig.

Men is gewoon de talrijke nosophobiën, die bij neurasthenie

voorkomen, ook onder de dwangvoorstellingen te rekenen. In strikten zin zijn zij dat niet, omdat er een motief voor in het bewustzijn van den lijder bestaat. Alle nosophobiën volgen logisch uit de verkeerde sensaties van den patiënt en omdat deze sensaties voor hem een droevige werkelijkheid zijn, houdt hij daar in zijne conclusiën rekening mede. Vandaar de vrees voor apoplexie, voor een hartaandoening, een maaglijden, voor krankzinnigheid enz. Door redeneering is de lijder meestal van de ongegrondheid van zijn vrees te overtuigen, dit onderscheidt ze van den zuiveren dwang en van dezelfde denkbeelden bij hypochondrie. Bij den hypochonder neemt de vrees voor 't ziek zijn meer het karakter aan van een incorrigeerbaren waan. Toch kan het in enkele gevallen moeilijk zijn het verschil te maken en het verder verloop der ziekte moet het dan uitmaken. Later komen wij hier uitvoeriger op terug.

c. Verandering in de associatie van voorstellingen.

De verbinding der voorstellingen onderling, hunne verwerking tot meer samengestelde voorstellingen en begrippen biedt bij neurasthenie velerlei stoornissen aan. Zonder in onderverdeelingen te vervallen kan men aannemen, dat de verbinding der voorstellingen vergemakkelijkt of bemoeielijkt is; in het eerste geval combineeren de verschillende voorstellingen zich vlug en gemakkelijk tot meer gecompliceerde eenheden, in 't laatste geval is dit proces vertraagd.

Eene vergemakkelijking in de verbinding der voorstellingen komt bij neurasthenie dikwijls voor. In de handboeken vindt men dit niet vermeld (1), ik heb echter herhaaldelijk daarvan gevallen waargenomen, zoodat ik geloof dat het tot de gewone verschijnselen der ziekte gerekend moet worden.

(1) Binswanger bespreekt het in zijn leerboek, het vorige jaar besprak ik het op de zomervergadering der psychiatrische vereeniging.

Men zou zich vergissen, indien men in dit symptoom eene vermeerdering van geestelijke kracht meende te vinden. Het tegendeel is waar. Dit wordt duidelijk, wanneer men in aanmerking neemt, dat het niet is een willekeurig en gewild combineeren van voorstellingen om te komen tot een meer samengesteld denkbeeld, tot een nieuw geheel; het is veel meer een onbesuisd doorhollen, een herkauwen van vroeger ondervonden en doorleefde voorstellingen, of een onwillekeurige combinatie van voorstellingen voor de toekomst, altemaal combinaties, die het hoogste psychische cachet, het willekeurig willen, missen; al deze verbindingen van voorstellingen gebeuren tegen den wil van den lijder, die ze als vermoeidheid ondervindt en er zich vruchteloos tegen verzet; het is een soort gedachtenjacht, zooals men dat bij een acute manie waarneemt, maar zonder de begeleidende motorische gevolgen daarvan.

In plaats dus van eene verhoogde normale werkzaamheid is het een wegvallen van eene normaliter bestaande remming door den bewusten wil.

Het verschijnsel treedt het sterkst op, wanneer de lijder alleen is, hetzij des nachts hetzij over dag geïsoleerd van zijne omgeving. Een onverschillig gesprek kan dikwijls eenige tijdelijke distractie geven, daarna vervalt hij echter weer tot zijn vroeger jagen. Gewoonlijk is de patiënt bezig een of andere omstandigheid van zijn vroeger leven zich voor den geest te stellen, deze herinneringsbeelden hebben groote levendigheid; hij stelt zich voor, hoe hij in vroegere omstandigheden gehandeld heeft, hoe hij het nu zou doen, maakt in zijne gedachte ongenoegen met vroegere personen, zegt hen z.g. de waarheid, springt daarbij van het een op het ander, en doorloopt in zijne fantasie met eene helderheid van herinneringsbeelden, die afmattend is, geheele tooneelen uit zijn vroeger leven. Dit jagen der gedachten is voor den lijder zeer vermoeiend, het dringt zich echter met onweerstaanbare kracht dagen en nachten lang aan hem op en belemmert hem in zijn slaap, totdat een gevoel van afmatting komt, dat hem tijdelijk tot rust brengt.

De hoofdinhoud van de gedachten is bijna altijd kibbel- en vechtpartijen. Een mijner patiënten had tijden lang voortdurend Lombokkers en Atjehers bij hun kraag, hier begon het gewoonlijk mede, dan plantte zijn toorn zich over op de gevolgde politiek in Indië en de leiders daarvan, dezen moesten het daarna ontgelden en werden in zijne gedachten naar huis gestuurd of openlijk aangeklaagd van plichtverzuim; voortdurend hetzelfde vermoeiende jagen van de eene gedachte op de andere, zonder dat hij in staat was er iets aan te doen.

Niet altijd is deze gedachtenjacht beperkt tot herinneringen dikwijls zijn het ook plannen voor de toekomst of worden naar aanleiding van herinneringen nieuwe redeneeringen gehouden.

Dikwijls gaat dit verschijnsel gepaard met allerlei abnormale sensaties in 't hoofd of met paraesthesiën in maag en ingewanden; het kan dan den lijder den slaap geheel beletten of wel is hij eens in slaap, dan kan de geschiedenis zich in den droom voortzetten en bij een of ander saillant punt in de historie schrikt hij wakker.

Niet altijd ontstaat deze gedachtenjacht spontaan, wanneer de lijder zich in zijn verleden verdiept, dikwijls geven kleine uitwendige omstandigheden daartoe aanleiding, ja zelfs eene enkele waarneming is daartoe in staat. Hoofdzaak hierbij is dat de waarneming eenige geestelijke inspanning kost, d. w. z. dat zij gewild en met opzet geschiedt; wij zien hier wederom dat het vestigen van de aandacht een der meest inspanning vereischende psychische bezigheden is.

In zware gevallen kan deze gedachtenjacht eene contra-indicatie voor het toepassen van therapeutische manipulaties zijn. Ik heb gevallen behandeld, waar ik successievelijk steeds minder ben gaan toepassen; een bad werd niet verdragen, omdat zich daaraan onmiddellijk een gedachtenjacht aansloot, reeds in 't bad begon het, evenzoo electriciteit-massage etc.; eindelijk was 't eenige wat te doen mogelijk bleef het toepassen van bedrust. Ik beschouw het als een therapeutische fout deze gevallen te miskennen. De bedrust wordt hier niet zooals in

vele andere gevallen noodzakelijk door de sterke hyperaesthesie, maar door de op elken kleinen prikkel volgende gedachtenjacht.

Dit verschijnsel heeft voor de verbinding der voorstellingen ongeveer dezelfde beteekenis, als de dwanggedachte dat heeft voor de afzonderlijke voorstelling. Evenals deze laatste is het een dwang, waaronder de patiënt souffreert en waaraan hij met zijn bewustens wil niets kan doen.

Slechts zelden is dit verschijnsel in zoo hevige mate aanwezig, als het daar juist beschreven is, maar in de meeste gevallen zijn er duidelijke sporen van te vinden. Het is dikwijls niet meer dan een zich in gedachten boos maken zonder aanleidende oorzaak over gebeurde dingen; evenals alle andere verschijnselen sluit ook dit zich op die wijze aan den normalen toestand aan.

Het tegengestelde van bovengenoemd verschijnsel is eene verlangzaming in de verbinding der voorstellingen. Ook dit komt meerdere malen voor en openbaart zich door het gevoel de dingen niet te kunnen begrijpen, een langzaamheid in de gedachten, die den lijder den indruk geeft stompzinnig te zijn. Hiermede verbindt zich wederom gemakkelijk de vrees geheel te versuffen en andere nosophobische denkbeelden. Ook de bovengenoemde gedachtenjacht is met een dergelijke vrees verbonden, gewoonlijk de vrees om krankzinnig te worden.

Tot de groep der associatiestoornissen behoort verder de twijfelmoedigheid en besluiteloosheid van den neurasthenicus. Niet zooals bij den normalen mensch combineeren voorstellingen zich tot een oordeel of tot een handeling, maar elke combinatie van voorstellingen roepen bij wijze van contrast tegengestelde voorstellingen wakker en zoo ontstaat een voortdurend wijfelen, een onmogelijkheid om tot een eindbesluit te komen.

Men is gewoon deze besluiteloosheid terug te brengen tot een z.g. wilszwakte. De oudere psychiatrie en evenzoo de psychologie nam een afzonderlijk vermogen van den menschelijken geest aan, een z.g. wil, en plaatste deze als een soort heerscher over de andere eigenschappen van den geest, waar hij naar welbehagen over be-

schikte. De nieuwere experimenteele psychologie heeft te recht ingezien dat een dergelijk vermogen, dat zijn oorzaak in niets vond, dat onafhankelijk van alles voortleefde en zijne besluiten decreteerde, een onding was. Te meer was dit het geval, omdat alle eigenschappen, die men aan dit zelfstandig wilsvermogen toeschreef vanzelf verklaard werden door de associatie van voorstellingen onderling. Wanneer men zegt, dat iemand iets wil, dan beteekent dit niets anders, dan dat men zegt, dat de combinatie van motieven en voorstellingen zich in eene bepaalde richting geuit heeft; een zelfstandig en onafhankelijk vermogen hiervoor aan te nemen is onnoodig en dus onwetenschappelijk. De studie der geestesafwijkingen heeft slechts dit resultaat der psychologie bevestigd.

Het zoogenaamd ontbreken der wilskracht bij neurasthenie wil dus niets meer zeggen, dan dat er in den geest van den lijder een voortdurend op en neer gaan der motieven en voorstellingen plaats vindt, zonder dat het tot een eindresultaat, dat is een wil, komt. De lijder heeft hierbij het gevoel niets meer te kunnen, tot niets meer in staat te zijn.

In sommige gevallen kan deze willoosheid (aboulie) tot zeer storende verschijnselen aanleiding geven. Het komt n.l. voor dat deze willoosheid zich bij wijze van contrast openbaart op oogenblikken, dat zij juist zeer ongewenscht is. Zoo b. v. bij het zetten van een handteekening onder officieele stukken, bij een contract, bij een huwelijk enz. Daarbij compliceert zij zich dan met een intens gevoel van onmacht en angst, somtijds gepaard met een sterk schaamtegevoel over de onmacht. Hoe meer de lijder zich hiervan bewust is, des te onmogelijker wordt het. Somtijds is het mogelijk door distractie, door overrompeling als het ware, de handteekening te plaatsen. Deze willoosheid is ook de oorzaak, dat suicide bij neurasthenie slechts hoogst zelden voorkomt; de gedachte daaraan, de vrees er voor is bij den lijder dikwijls aanwezig. In de meeste gevallen bestaat bij neurasthenie min of meer een *taedium vitae*; altijd wordt het leven met moeite voortgesleept, wat, de verschijnselen der ziekte in aanmerking geno-

men, ook niet te verwonderen is. Het is de wilszwakte, het voortdurend weifelen tusschen ja en neen, dat de oorzaak is, dat suicide bijna nooit voorkomt.

In meer of mindere mate is dit taedium vitae bijna altijd aanwezig; dikwijls vindt men het in beginnende gevallen, waar de verschijnselen slechts een geringe intensiteit hebben, sommige, misschien zelfs wel vele menschen blijft het hun geheele leven bij; het vindt zijn uitdrukking in de z.g. pessimistische levensbeschouwing, die zoovele menschen tegenwoordig eigen is, en is niet specifiek neurasthenisch. Dit verschijnsel, dat in den tegenwoordigen tijd, treurig genoeg, eene sociale beteekenis verkrijgt, berust op eene verzwakking der persoonlijkheid, van het *ik*.

Doordat het voorstellingsleven van den neurasthenicus bijna voortdurend gevuld is met gedachten over zichzelf of met de waarneming van zijne talrijke gevoelsafwijkingen en paraesthesiën, blijft er weinig plaats over voor andere voorstellingen. De patiënt is wat men noemt bijna voortdurend gepreoccupeerd en er geschiedt een massa om hem heen, wat niet tot hem komt. Het apperceptievermogen is dus verminderd, zonder dat dit echter berust op eene werkelijke verzwakking van dit vermogen; dit blijkt duidelijk, wanneer het gelukt den gewonen bewustzijnsinhoud van den lijder op een of andere wijze te ecarteeren of in perioden van beterschap.

d. Veranderingen in de reproductie der voorstellingen.

Een der gewone klachten der neurasthenie, ook reeds in de beginnende gevallen, is de herinneringszwakte. Dikwijls geven de lijders zelf hiervan zeer correcte voorbeelden aan en vertellen zij, dat zij eigennamen zoo moeilijk kunnen onthouden, dat zij het gelezene zich niet meer kunnen herinneren, ja zelfs dat beleefde gebeurtenissen uit hunne herinnering zijn verdwenen. Hierbij bestaat dus een sterk bewustzijn van de memoriezwakte, een inzicht in den ziekte-toestand.

Reeds dit laatste doet ons vermoeden, dat de herinneringszwakte van den neurasthenicus iets anders is, dan hetzelfde verschijnsel bij organische aandoeningen der hersenen. Alleen bij zeer chronische hersenaandoeningen, zoo b. v. bij dementia senilis bestaat ten minste in den beginne een dergelijk inzicht in de ziekte, later verdwijnt dit geheel en bij de meer acute gevallen van organische hersenziekten, zoo b. v. bij dementia paralytica, heeft dit inzicht nooit bestaan.

De herinneringszwakte bij neurasthenie is bovendien voor het grootste gedeelte slechts schijnbaar en is een gevolg van de boven reeds besproken afwijking, de verstrooidheid en van de onmogelijkheid voor den lijder om zijn aandacht ergens op te vestigen. Zooals wij boven reeds hebben gezien, is het reeds in het begin der ziekte uiterst moeielijk voor den neurasthenicus zich gezet met een bepaald onderwerp bezig te houden, onophoudelijk wordt de normale gang der gedachten afgebroken, vooral door associaties, waarbij het directe lichamelijke eigenbelang van den lijder betrokken is. Nooit heeft men een geregelden gedachtengang, altijd een van den hak op den tak springen; de lijder is distrait, is zich daarvan bewust en gevoelt dat pijnlijk.

In deze omstandigheden is het niet te verwonderen, dat hij voor zich zelf, en voor de omgeving evenzoo, den indruk verkrijgt alles te vergeten; de oorzaak hiervan echter is, dat niets goed tot hem komt en hij het dus nooit geweten heeft. Dezelfde verstrooidheid is de oorzaak, dat hij zoo moeielijk iets nieuws leert.

Dit blijkt voldoende zoodra men de voorwaarden der waarneming goed genoeg kiest. Wanneer men er op aandringt is het altijd mogelijk de attentie van den lijder voor korteren of langeren tijd te vestigen en dan kan men zich overtuigen, dat indien de patiënt werkelijk iets in zich opgenomen heeft, hij 't dan ook niet vergeet. Of in geringe mate niet werkelijk een memoriezwakte voorkomt is natuurlijk moeielijk uit te maken, omdat deze door zoo talrijke bijomstandigheden is gemaskeerd.

De aandacht verdient nog gevestigd te worden op de omstandigheden, waaronder deze herinneringszwakte bij neurasthenie hoofdzakelijk voorkomt. Vooral dan, wanneer de lijder zich iets willekeurig wil herinneren, wanneer hij eene herinnering noodig heeft voor een bepaald doel, is het hem onmogelijk het gezochte te vinden. Vandaar, dat hij zich zoo sterk van zijne onmacht bewust is; dikwijls voegt hij daar verder zelf aan toe, dat op zijn onverwachtst, als hij het juist niet noodig heeft, de herinnering bij hem opkomt, en somtijds trekt hij daaruit wederom het besluit, dat zijn memorie toch niet zoo zwak is, als hij werkelijk nu en dan meent.

Voor ons is dit wederom een bewijs, dat de memoriezwakte bij neurasthenie geen wegvalverschijnsel is door organische vernietiging van hersenzelfstandigheid, maar eene functioneele remming der hoogere geestvermogens.

Het constateeren van herinneringszwakte is voor de diagnose en prognose zeer belangrijk. Werkelijke verzwakking van herinneringsvermogen toch, is een der voornaamste verschijnselen, een psychisch wegvalsymptoom, van alle organische hersenziekten en indien het in eenigszins belangrijke mate gevonden wordt een zeer gewichtig verschijnsel voor de diagnose daarvan. Het is daarom van belang de pseudo-herinneringszwakte van neurasthenie goed te herkennen en zich van het feit te vergewissen of deze ook bestaat, wanneer men er zeker van is, dat de persoon tijdens de oorspronkelijke waarneming zijne aandacht daarop gevestigd had en indien dit zoo was of dan de herinnering daaraan niet nu en dan spontaan voor den dag komt en alleen maar weg is, als de lijder het zich willekeurig wil herinneren.

Niet altijd is dit even gemakkelijk en in twijfelachtige gevallen moet men goed met den lijder bekend zijn.

Ook eene versterking van het herinneringsvermogen komt bij neurasthenie voor. Ik heb dit meerdere malen kunnen constateeren in verband met het vroeger genoemde verschijnsel der gedachtenjacht. De herinneringsbeelden van het vroeger doorleefde kunnen hier een groote duidelijkheid hebben, het is

alsof de lijder de vroegere personen weer ziet optreden en zich daartusschen beweegt. Men zou zich wederom vergissen, wanneer men er eene vermeerdering van psychischen arbeid in zag, integendeel moet men het evenals de andere symptomen van neurasthenie beschouwen als een zuiver uitputtingsverschijnsel.

Ook onafhankelijk van gedachtenjacht hoort men patiënten klagen over eene vermoeiende duidelijkheid der herinneringen.

Een enkele maal heb ik in een zwaar geval van neurasthenie herinneringsbedrog waargenomen. Dit verschijnsel bestaat hierin, dat eene tegenwoordige gebeurtenis gemeend wordt vroeger reeds doorleefd te zijn, of dat vroeger niet doorleefde gebeurtenissen als doorleefd worden voorgesteld. Het laatste, waar men steeds op leugens verdacht moet zijn, heb ik dikwijls bij psychosen waargenomen, speciaal in acute gevallen van dementia paralytica; het eerste komt bij neurasthenie voor.

C. Stoornis in den slaap.

Als psychische verschijnselen beschouwen wij ten slotte nog de stoornissen in den slaap; het is zonder meer duidelijk dat het onjuist is de slaap als een afzonderlijk psychisch vermogen op te vatten, dit wordt hiermede ook natuurlijk niet bedoeld; het is alleen om het overzicht te vergemakkelijken, dat dit hoofdstuk op deze plaats behandeld wordt.

De stoornissen in den slaap zijn bij neurasthenie zeer gewoon; in een minderheid der gevallen blijft de slaap gedurende de geheele ziekte normaal, meestal is dit niet het geval.

Erkomt een meer dan een normaal slapen voor; niet alleen zijn de nachten dan lang, maar ook over dag bestaat groote behoefte tot slaap. De slaap kan dan te diep en te zwaar zijn en bovendien niet dat gevoel van rust en verkwikking geven, dat gezonde menschen daarvan ondervinden.

Gewoonlijk is de slaap te kort van duur. De patiënt kan dan 's avonds niet in slaap komen of wordt zeer spoedig weer wakker. In gevallen, waar dit verschijnsel zeer sterk is uitge-

drukt, kan het komen tot absolute slapeloosheid. Dit is een zeer hinderlijk symptoom en brengt den patiënt tot wanhoop, ook voor de behandeling kan het zeer hardnekkig zijn.

Eene zeer gewone klacht is het, dat de slaap geen verkwikking geeft, ook wanneer ze overigens normaal is; de patiënt is dan 's morgens bij het wakker worden nog meer uitgeput dan 's avonds en heeft de klacht, die men bij tal van andere zenuwzieken terugvindt, dat de morgenuren de slechtste zijn van den geheelen dag.

De intensiteit van den slaap is zeer verschillend; men heeft gevallen, waar de slaap abnormaal diep is, waar de persoon moeielijk gewekt kan worden. Deze gevallen zijn waarschijnlijk niet dezelfde waar de lijder klaagt over diepen slaap, daar dit laatste nog met andere verschijnselen gepaard gaat. Meer komt voor dat de slaap zeer licht is en dat de lijder door het minste geruisch gewekt wordt. In deze gevallen ziet men ook, dat de patiënt zegt niet geslapen te hebben, terwijl de pleegzuster verzekert, dat de slaap normaal was. Dit zijn toestanden van halven slaap, gedurende welke de gewone gedachtengang van den lijder nog voortgaat, waarvan hij na zijn ontwaken de herinnering behoudt, terwijl alle spontane beweging en uiting, evenals dit in den normalen slaap het geval is, heeft opgehouden. Dergelijke toestanden zijn in den kunstmatigen slaap door suggestie zeer gewoon, ook hier zegt de patiënt niet geslapen te hebben, terwijl de omgeving meent, dat het wèl het geval was; in beide gevallen zijn de objectieve verschijnselen van den slaap aanwezig, terwijl het subjectieve gevoel daarvoor uitbreekt. Dit laatste wordt door den patiënt hoofdzakelijk daarnaar beoordeeld, of hij in wakenden toestand zich herinnert, wat gedurende zijn slaap om hem heen gebeurd is.

Tegen één vooroordeel moet ik waarschuwen. Het is mij herhaaldelijk voorgekomen, dat dergelijke subjectieve slapeloosheid als simulatie werd beschouwd. Dit is ook van medici, een zeer gewoon stokpaardje, eigenlijk een *testimonium paupertatis*. Mijne overtuiging is, dat door zenuw-

zieken weinig gesimuleerd wordt; de arme lijdens verlangen in de eerste plaats om te genezen en begrijpen, dat zij niet moeten simuleeren. Wanneer een medicus van simulatie spreekt, komt het gewoonlijk daardoor, dat hij zich niet de moeite heeft gegeven, zijn patiënt te begrijpen. Naar mijne ervaring is de eerste vraag, die men bij een geval van mogelijke simulatie uit moet maken deze: welk belang heeft de patiënt er bij? Is het eigenbelang er mede gemoeid, dan simuleeren zieken en gezonden.

Op velerlei andere manier kan de slaap van den neurasthenicus gestoord zijn.

Dikwijls komt voor een herhaald wakker worden; de patient schrikt dan telkens wakker, somtijds ten gevolge van een droom, soms ook zonder dit, dikwijls met angstgevoelens of abnormale sensaties in de maagstreek of in het hoofd.

Droomen gedurende den slaap zijn gewoon en kunnen zeer hinderlijk zijn; zij gaan dikwijls gepaard met abnormale sensaties in het hoofd of met angstige gevoelens en duizeligheid. De lijder meent van een hoogte naar beneden te storten, heeft het gevoel over zijn hoofd heen achterover te vallen enz. Dikwijls staat 't angstzweet op 't gelaat. Ook kan de droom zich in een meer of min wakenden toestand voortzetten en moet de patiënt er zich met alle inspanning aan ontworstelen.

Slecht slapen en zware droomen zijn somtijds de meest hinderlijke omstandigheden, die een genezing in den weg staan.

Het niet kunnen slapen heeft dikwijls een psychische oorzaak, de patiënt in zijn angst ziet tegen den nacht op, meent niet te zullen slapen, neemt allerlei kunstmiddelen te baat om den slaap te vatten, reciteert bij zich zelf verzen, maakt zelfs allerlei eentonige bewegingen enz. en 't eind van de geschiedenis is, dat hij een onrustigen nacht heeft en zeer afgemat des morgens opstaat.

De droomen en angstige voorstellingen des nachts hangen dikwijls samen met pathologische orgaangevoelens, die ook in wakende toestanden den lijder hinderen en in den slaap tot allerlei phantastische geestesproducten verwerkt worden.

II. SENSIBELE VERSCHIJNSELEN.

De sensibele stoornissen bij neurasthenie zijn van zeer uiteenlopenden aard en in vele gevallen is het moeilijk hunne beteekenis naar waarde te schatten.

Voordat wij tot de gedetailleerde behandeling daarvan overgaan, zal het nuttig zijn eenige algemeene opmerkingen daarover te maken.

Een van de meest eigenaardige kenmerken, dat bij neurasthenie zeer sterk op den voorgrond treedt, is de irradiatie der gevoelsstoornissen. Ook onder normale omstandigheden nemen wij dit irradieeren van gevoelens waar; hierbij valt op te merken, dat in dit geval of het gevoel zeer intensief of zeer langdurig moet zijn. Hevige kiespijn b. v. wordt niet alleen in de zieke kies zelve gevoeld, maar kan uitstralen over de geheele kaak, somtijds over het geheele hoofd. Slechts zelden irradieert een gevoel naar de andere lichaamshelft.

Deze irradiatie, welke hoofdzakelijk voor pijngevoelens wordt waargenomen, houdt zich niet aan de verspreiding der periphere zenuwen; hierdoor wordt het duidelijk, dat het geen proces is, dat in het periphere zenuwstelsel affloopt en dat men b. v. zou kunnen verklaren door het overspringen van den pijnverwekkenden prikkel van de eene zenuwvezel op de andere.

Het irradieeren van pijnprikkel berust op overgaan van den pijnprikkel in het centrum van de eene gangliencel op de andere. Wanneer eene sensibele prikkel langs de zenuw in het intervertebrale ganglion en in het ruggemerg aankomt, wordt zij hier opgevangen door de zich daar bevindende gangliencellen. Deze gangliencellen staan door middel van de z.g. strengcellen in verband met verschillende gedeelten van het ruggemerg, en het hangt nu slechts af van den loop der uitsteeksels van deze strengcellen, welke andere gangliencellen evenzoo den invloed van den ontvangen prikkel zullen ontvangen. Het is daarbij duidelijk, dat de verspreiding van dezen pijnprikkel in de eerste plaats afhankelijk is van de intensiteit van den prikkel. Wij

stellen ons voor, dat bij het zich verspreiden van prikkels door het centrale zenuwstelsel weerstanden zijn te overwinnen. Voor eene prikkel van normale intensiteit beletten deze weerstanden de verdere verspreiding van den prikkelingstoestand en blijft deze beperkt tot het centrum van de pijngeleidende zenuw en de voortgeleiding daarvan naar de hersenen. Wordt de intensiteit van den prikkel sterker of in een ander geval worden de te overwinnen weerstanden in het centrale zenuwstelsel geringer, dan zal irradiatie der pijn optreden.

Over welke deelen van het lichaam zich deze irradiatie zal uitstrekken is nog weinig bekend, in elk geval zijn hiervoor nog geene bepaalde regels gevonden voor zoover het algemeene huidgevoel betreft.

Voor de pijnen van verschillende inwendige organen, waarvan de irradiatie ons sedert langen tijd bekend is, zijn in den laatsten tijd belangrijke resultaten verkregen. Head heeft n.l. aangetoond, dat bij pijn in de verschillende lichaamsorganen er op de huid bepaalde en constante regionen gevonden worden, waar deze pijn gevoeld wordt en waar eene duidelijke Hyperalgesie bestond. Elk gedeelte huidoppervlak vertegenwoordigt een bepaald orgaan. Ook hier dus hebben wij een verspreiding van den van het zieke orgaan in het centrum opgevangen pijn-prikkel en irradiatie daarvan naar een ander centrum, volgens bepaalde regels, met projectie naar buiten van den geïrradieerden prikkel en ook hier volgt deze irradiatie niet het verloop van de periphere zenuwen.

De irradiatie van prikkels is bij neurasthenie een zeer belangrijk verschijnsel, het onderscheidt zich van de normale irradiatie slechts hierdoor, dat er geene hevige of lang aanhoudende prikkels voor noodig zijn, maar dat in vele gevallen de gewone prikkels van het dagelijksche leven en de prikkels, die gepaard gaan met de normale functie der lichaamsorganen, als pijn gepercipieerd worden en door irradiatie op bepaalde plaatsen, waarschijnlijk volgens vaste, ons echter nog onvoltoend bekende, regels naar andere lichaamsdeelen uitstralen.

Wij zien dus, dat bij neurasthenie de intensiteit van den prikkel niet verhoogd is en het verschijnsel der irradiatie alleen verklaard kan worden door den anderen factor, die op haar ontstaan invloed heeft, d. i. de vermindering der binnen het centraalorgaan te overwinnen weerstanden. Wij nemen dus aan, dat door de vermindering hiervan een overgaan van den prikkel van de eene gangliencel op naburig gelegene mogelijk wordt gemaakt.

De vraag, waar deze irradiatie in het centrale zenuwstelsel gelocaliseerd is, kan tegenwoordig nog niet uitgemaakt worden. Men denkt onmiddellijk aan het ruggemerg, waar door de z.g. strengcellen anatomisch de weg voor verspreiding van den prikkel over meerdere gedeelten gegeven is. De mogelijkheid is echter volstrekt niet buiten te sluiten, dat ook in meer centraal gelegene gedeelten van het zenuwstelsel en zelfs in de hersenschors deze verspreiding van prikkels mogelijk is.

Met de irradiatieverschijnselen zijn na verwant de z.g. medegevoelens. Een bepaald gelocaliseerde prikkel wordt niet alleen op de juiste plaats, maar ook nog ergens anders gevoeld of een gehoorsindruk geeft ook nog een gezichtsindruk. Van groot belang zijn deze verschijnselen niet.

Nog op andere manier kan zich de irradiatie van sensibele prikkels openbaren, wanneer n.l. deze niet op gelijkwaardige sensibele gangliencellen overgaan, maar wanneer zij zich tot motorische gangliencellen uitbreidt. In dit geval kunnen de z.g. reflex-verlammingen ontstaan. Het komt b. v. bij neurasthenie voor, dat na onbetekenende traumata, b. v. na een lichten val op het been, een verlamming der geheele extremititeit ontstaat, soms zelfs van beide. Deze gevallen kan men, indien zooals dikwijls het geval is, men bewuste simulatie mag uitsluiten, alleen verklaren door aan te nemen eene gemakkelijke verspreiding van den prikkel in het centrum door wegvallen van normaliter bestaande weerstanden. In vele van deze gevallen is het duidelijk, dat dit irradiatieproces zich in de hersenen afspeelt, niet langs psychologischen weg, door middel van de ideeën-associatie, maar langs organischen weg buiten het bewustzijn om.

Wat nu verder de aard der sensibele stoornissen bij neurasthenie betreft, zoo hebben wij er reeds op gewezen, dat deze hoofdzakelijk van psychischen aard zijn.

Dikwijls wordt bij neurasthenie van spinale verschijnselen gesproken, zelfs wel van stoornissen in het lendemerg of in het halsmerg, echter geheel ten onrechte. Rachialgie b. v. als een stoornis van het ruggemerg op te vatten, is wat al te naïef en behoort thuis in een tijd, toen men meende dat *spinaalirritatie* eene afzonderlijke ziekte was. Neurasthenie is eene ziekte, waarvan wij weten, dat zij hare oorzaak vindt in eene functioneele aandoening der hersenen, maar in aanmerking genomen de algemeene en de ernstige verschijnselen, die deze ziekte geeft, kan men vermoeden, dat ook wel andere gedeelten van het zenuwstelsel analoge afwijkingen vertoonen.

Nu staan wij echter voor de moeielijkheid, dat de functioneele stoornissen van ruggemerg en periphere zenuwen ons zoo goed als geheel onbekend zijn en dat zij dus uit de verschijnselen zelf niet kunnen opmaken, waardoor wij veroorzaakt worden, door eene functioneele stoornis in de hersenen of van het ruggemerg.

Het is dan ook hoofdzakelijk door de bijomstandigheden en door de manier van ontstaan der sensibele verschijnselen, dat wij er toe komen de oorzaak daarvoor in de hersenen te zoeken. Zoo is het b. v. in vele gevallen opmerkelijk hoe deze stoornissen, b. v. neuralgiforme pijnen in de beenen of in den rug, ontstaan na psychische prikkels en hoe zij direct afhankelijk zijn van den gemoedstoestand van den lijder. Bij elke recidive of verergering der ziekte zien wij onmiddellijk deze pijnen weer optreden. Eene kleine psychische inspanning kan genezen pijnen weer te voorschijn roepen. Al deze omstandigheden laten zich moeielijk vereenigen met eene medullaire of periphere localisatie van het verschijnsel.

De gevoelsstoornissen bij neurasthenie zijn verder niet gebonden aan het anatomisch verloop der periphere zenuwen, maar zijn dikwijls zeer zonderling en voor ons voorloopig onbegrijpelijk.

Dikwijls zijn wij in de gelegenheid te constateeren, dat zij afhankelijk zijn van stoornissen in de inwendige organen, zooals wij reeds bespraken, toen wij over de irradiatie van pijn-gevoelens handelden.

Eene verdere oorzaak voor gevoelsstoornissen zijn zonder twijfel de denkbeelden van den lijder zelven. Bij de bestaande neiging van neurasthenici tot waarneming van hun eigen lichaam en van de kleine stoornissen daarin, richten zij op elk ongevoel zeer intensief hunne aandacht. Elke stoornis wordt in nosophobische richting verwerkt; er ontstaan zeer gemakkelijk angstvoorstellingen, die op hun beurt wederom de primitieve stoornis verergeren.

Gaan wij nu de gevoelsstoornissen in de verschillende qualiteiten na en behandelen 't eerst de algemeene lichaamssensibiliteit.

Het eerste wat van belang is op te merken, is het ontbreken van anaesthesiën en analgesiën, zooals die door objectief onderzoek kunnen aangetoond worden. Dit is een der meest belangrijke differentieel diagnostische kenteekenen tusschen neurasthenie en hysterie, waar deze verschijnselen zeer gewoon zijn. Hetzelfde geldt ook voor de zintuigwaarnemingen.

De gevoelstoornissen bewegen zich bij neurasthenie hoofdzakelijk in de richting van hyperaesthesiën, hyperalgesiën en paraesthesiën. Of zuivere hyperaesthesiën bij neurasthenie voorkomen is voor het huidgevoel minstens twijfelachtig en is in elk geval niet aangetoond. Deze hyperaesthesie zou moeten blijken òf door het percipieeren van prikkels, die in normale omstandigheden niet waargenomen worden òf door het waarnemen van fijnere onderscheidingen in de intensiteit van prikkels, dan normale menschen dat kunnen doen. Speciaal in deze richting geleide onderzoekingen hebben aangetoond dat deze overgevoeligheid voor huidprikkels niet bestond. Voor de hoogere zintuigen en voor de gevoelens der inwendige organen is het echter wel mogelijk dat zuivere hyperaesthesie bestaat.

Voor de algemeene sensibiliteit blijven ons dus over om te bespreken de hyperalgesiën en de paraesthesiën.

De hyperalgesie is bij neurasthenie een zeer belangrijk verschijnsel. Dit symptoom kan het geheele ziektebeeld beheerschen en daaraan een eigenaardig cachet geven. Men neemt dan somtijds waar, wat men heeft genoemd eene monosymptomatische vorm van neurasthenie.

Onder hyperalgesie verstaat men het als pijn voelen van prikkels, die onder normale omstandigheden niet als zoodanig worden gepercipieerd.

Deze hyperalgesiën komen zeer veelvuldig voor, en hebben een grooten invloed op de gemoedsstemming van den lijder, niet alleen door hunne hevigheid, maar evenzoo door hun langen duur. Daardoor is het den lijder onmogelijk zich met iets anders dan met zijne pijnen te bemoeien. Deze pijnen zijn van verschillende aard, soms is het mogelijk binnen het pijnlijk gebied bepaalde zeer pijnlijke punten te bepalen, die vooral voor druk zeer gevoelig zijn. Hebben zij dan verder het karakter van schietende pijnen, dan gelijken zij veel op neuralgiën, waarvan zij echter gewoonlijk gemakkelijk te onderkennen zijn door hunne localisatie, die zich niet houdt aan de verspreiding der periphere zenuwen. Somtijds zijn deze pijnen rond of binnen in de gewrichten gelocaliseerd, waardoor deze in hunne beweeglijkheid ernstig gestoord kunnen zijn. Ook komen zij voor in de diepere weeke deelen, zoo b. v. in de spieren en worden door bewegingen vermeerderd.

Een zeer veel voorkomende vorm van pijn, die tot groote bezwaren aanleiding geeft is de rachialgie. De lijder gevoelt de pijn somtijds langs de geheele lengte der wervelkolom; daardoor kunnen de bewegingen zeer bemoeielijkt zijn en tijden lang blijft de patiënt in een liggende houding. In andere gevallen is de pijn meer op bepaalde plaatsen gelocaliseerd, met predilectie voor de halsstreek, de maagstreek en de lendestreek; soms zijn dan punten te vinden, die op druk exquisiet pijnlijk zijn. Redenen, die deze ruggepijnen tot eene afzonderlijke ziekte, de z.g. spinaalirritatie zouden stempelen zijn er niet. Het is een lastig en hardnekkig verschijnsel, dat bovendien voor

den patiënt somtijds aanleiding is te denken, dat hij een rug-gemergslijden heeft.

Dezelfde soort pijnen, die in den rug voorkomen, kunnen zich ook op bijna alle andere plaatsen van het lichaam localiseeren. Dikwijls vindt men ze in de beenen, in de lendestreek, in de armen en in de schouders. Het komt dan voor dat zij zeer beweeglijk zijn, nu eens hier, dan weer daar. Daarbij kunnen zij plotseling verdwijnen om even plotseling weer te voorschijn te komen. Zij hebben in hun karakter, zooals de patiënt ze beschrijft, eenigen overeenkomst met neuralgiën, ze zijn echter niet aan de verbreiding der periphäre zenuwen gebonden. Gewoonlijk zijn zij hardnekkig.

Op allerlei plaatsen van het lichaam komen pijnpunten voor, voornamelijk echter aan het hoofd; predilectie plaatsen voor deze pijnpunten, zooals die bij hysterie voorkomen, zijn nog voor neurasthenie onbekend.

Veelvuldig zijn paraesthesiën, ook wederom over het geheele lichaam verdeeld. Nu eens zijn het rillingen over een of ander lichaamsdeel, dan weer kriebelingen, ook heb ik herhaaldelijk jeuk waargenomen, waarvoor ik geen objectieve oorzaak kon vinden en die dan tot de verschillende vormen van pruritus worden teruggebracht.

Onder deze paraesthesiën komt de grootst mogelijke verscheidenheid voor en hier kan men dikwijls het verschijnsel der irradiatie in hoogen mate waarnemen. Dikwijls worden deze paraesthetische gevoelens op zeer avontuurlijke wijze verwerkt.

Talrijk zijn de gevoelens die van het hoofd uitgaan, zoo b. v. leegheid in het hoofd, bewegingen, verschuivingen, dreunen, pijn, die met de gedachten samenhangt enz. Deze gevoelens beperken zich niet tot het hoofd, maar „stralen daarvan uit,” of „hangen samen,” of „correspondeeren” met allerlei gevoelens in 't lichaam. Dikwijls hoort men dat zij uitstralen „naar de maag toe,” „waar het blijft zitten,” of „naar het hart,” of naar de „teel-deelen,” waar de verbinding met het eerste gevoel in het hoofd plaats heeft. De meest avontuurlijke combinaties zijn in de

gevoelens van den lijder mogelijk. Een patiënt vertelde mij, dat het was alsof zijn hersenen zich verwrongen in een vuurbol, die vandaar uit door zijn rug naar zijne genitaliën schoot. Eene dergelijke klacht schijnt vreemd, dikwijls heeft men het simulatie genoemd. Iemand, die zenuwlijders goed verstaat weet echter beter, zulke dingen worden niet gesimuleerd. De vraag is echter, hoe men dergelijke klachten moet opvatten en dan geloof ik, dat eene mogelijkheid van verklaring alleen gegeven is, wanneer men aanneemt, dat zij op de een of andere wijze samenhangen met de denkbeelden van den patiënt over zijn lichaam en de samenstelling daarvan.

Hoe het lichaam is samengesteld, is ook aan het ontwikkelde publiek hoogst onvoldoende bekend, omdat de persoon het nooit geleerd heeft. Wanneer men bij ontwikkelde menschen daarnaar een onderzoek doet, valt dat ontzettend tegen. Het denkbeeld dat de nieren in de maag zitten, dat de hersenen door den neus uitgesnoten worden, is zoo bijzonder ongewoon niet. Het wil mij voorkomen, dat bovengenoemde zonderlinge gevoelens bij neurasthenie, die dikwijls door den patiënt met groote nauwkeurigheid worden beschreven, met dergelijke denkbeelden samenhangen.

De patiënt, die dergelijke gevoelens heeft, is met den uitleg daarvan minder verlegen dan zijn medicus. Hij zal niet meenen, dat er werkelijk een vuurklomp van zijn hersenen door zijn ruggemerg heenschiet, maar alle gevoelens samen geven hem het denkbeeld, dat zijn hersenen, zijn ruggemerg etc., niet in orde zijn; zij zijn verweekt, ontstoken, enz. Deze gevoelens geven den patiënt den voornaamsten grond tot zijn nosophobische denkbeelden en maken hem tot een hypochonder.

Nog talrijke andere gevoelsafwijkingen zijn in en aan het hoofd te constateeren. Sommige lijders klagen over het gevoel of er een band om hun hoofd zit, of hebben bepaalde punten, die dikwijls tijden lang dezelfde ligging houden, die bij eenvoudige aanraking zeer pijnlijk zijn. Deze pijnpunten doen sterk denken aan dezelfde verschijnselen bij hysterie. Een mijner patiënten

klaagde, dat hij voortdurend het gevoel had van een gat in zijn hoofd, tot op zijn hersenen door. Anderen hebben het gevoel dat hun hoofd te groot of te klein is, dat er mieren in de hersenen loopen; een ander mijner patiënten had het gevoel, dat de eene helft van 't hoofd bij de andere helft een stukje naar voren was verschoven. Lastig zijn de gevoelens van bewegingen en kantelingen in het hoofd. De lijder vindt zulke gevoelens zelf zoo zonderling, dat hij als vanzelf tot het denkbeeld komt, dat er aan zijn hersenen iets ziek is. Zeer algemeen is een gevoel van drukking op of in het hoofd, dat soms niet van pijn in 't hoofd onderscheiden kan worden.

Pijn in 't hoofd komt veel voor; ze is zeer verschillend gelocaliseerd, in 't voorhoofd, in 't achterhoofd, dwars door 't hoofd, door 't geheele hoofd enz. In 't algemeen is de pijn niet zoo hevig, als het bij migraine en andere ziekten voorkomt.

Al deze sensibele stoornissen gemeenzaam is hunne directe afhankelijkheid van het geestelijk leven. Eene kleine inspanning, de lectuur van eenige regels schrift, is in vele gevallen voldoende ze te voorschijn te roepen. Dit geldt van deze gevoelens nog in meerdere mate, dan van de vroeger besprokene sensibele stoornissen, hoofdzakelijk wederom door de aanwezigheid van een suggestief moment. De lijder is geneigd alle gevoelens om en in het hoofd met zijne geestvermogens in verband te brengen en deze populaire wetenschap brengt hem er toe elke geestelijke inspanning met deze gevoelens te associeeren.

Tot de paraesthesiën behoort verder een belangrijk symptomen-complex, de z.g. duizeligheid. Dit verschijnsel komt veel en in verschillenden vorm voor. Gewoonlijk laat zich deze neurasthenische duizeligheid goed onderscheiden van duizelingen, die men bij organische zenuwziekten vindt, zoo b. v. bij aandoeningen der kleine hersenen, bij tabes dorsalis etc. Het verschil is hierin gelegen, dat bij duizeligheid uit organische oorzaken, de bewegingsstoornis evenredig is met het gevoel van duizeligheid; elke duizeligheid heeft onmiddellijk de bewegingsstoornis ten gevolge. Bij neurasthenie schuift zich een

psychische factor daartusschen en wel in die mate, dat men van de bewegingsstoornis objectief niet veel bemerkt. De lijder gaat zijn gevoel van duizeligheid beredeneeren en neemt zijn voorzorgsmaatregelen. Karakteristiek voor aandoeningen der kleine hersenen is de z.g. dronkenmansgang, iets dergelijks komt bij neurasthenie niet voor, de neurasthenicus klaagt, dat de grond onder hem golft, of dat hij naar links of rechts geduwd wordt, maar de daaraan beantwoordende stoornis in de beweging ontbreekt bijna, of geheel. Niet ontbreken de daarmee gepaard gaande angstvoorstellingen en de daarop volgende voorzorgsmaatregelen. Een verder differentiaal-diagnostisch teeken, dat van belang is bestaat hierin, dat de duizeligheid bij neurasthenie ook in liggende houding voorkomt; bij sommige patiënten zelfs alleen in liggende houding.

Duizeligheid komt bij neurasthenie in den meest verschillenden vorm voor; somtijds heeft de lijder het gevoel, dat hij zelf beweegt, somtijds is het de omgeving, die van plaats verandert, in beide gevallen is het gevolg, dat de patiënt zijn gevoel van oriëntatie in de ruimte verliest. De lijder klaagt b. v. dat de grond om hem heen eene golvende beweging aanneemt of wel de voorwerpen wijken achteruit, of hij zelf wordt op zij getrokken en heeft de neiging steeds naar rechts of links te loopen. Somtijds is dit aan den gang en de lichaamshouding van den patiënt te zien; deze laatste neemt dan eene lichte bocht aan met de convexiteit naar de zijde, waar hij zich heen voelt getrokken. Verder komen gevoelens van allerlei draaiende bewegingen voor. Somtijds is het den patiënt moeilijk het nader te beschrijven, soms verneemt men talrijke details.

Zeer hinderlijk kunnen duizelingen zijn, wanneer zij in liggende houding optreden. De lijder meent dan, dat hij valt en zoekt een steun voor zijn lichaam in de richting waarheen hij meent te vallen; verder kan hij het gevoel hebben, alsof b. v. zijn hoofd voortdurend naar beneden zakt, welk gevoel hij door stapels van hoofdkussens voortdurend te vergeefs tracht te voorkomen. Bij een mijner patiënten ging deze laatste vorm

van duizelingen zoo ver, dat hij meende om een as dwars door de lengte van zijn lichaam te draaien. Dikwijls worden patiënten met duizelingen wakker of hebben zij gevoelens van duizelingen in een droom of in een halve slaap.

Hinderlijk is het, wanneer het verschijnsel voorkomt dat de patiënt altijd aan duizeligheid moet denken of wanneer hij zich voorstelt in een luchtballon te zitten, waarvan de touwen breken of op een toren, die omvalt, of dat hij over de balklaag in een huis heenloopt en uitglijdt. In de meest verschillende vormen komen dergelijke voorstellingen zoowel slapende, als droomende en wakende voor.

De duizelingen komen continueel of in aanvallen voor. In 't laatste geval kunnen zij zeer hevig zijn en hebben altijd een ongunstigen invloed op het ziekteverloop. In de eerste plaats omdat zij altijd aanleiding geven tot nosophobische voorstellingen en verder ook omdat zij, zonder de tusschenkomst van het psychisch element, de genezing vertragen. Een mijner patiënten had ongeveer elke twee maanden een aanval van duizelingen, in den tusschentijd kwam hij weer zooveel bij, als hij van de vorige duizeling had geleden.

De toestand van het maag-darmkanaal is van grooten invloed op de duizelingen. Bekend is hoe lang geduurd hebbende obstipatie aanleiding kan geven tot hardnekkige duizelingen, die genezen zoodra de obstipatie genezen is. Zoo ook kunnen door ziektoestanden van de maag uit duizelingen ontstaan. Bekend hiervan is de z.g. geeuwhonger. Deze ontstaat bij niet voldoende gevuldheid van de maag, gaat gepaard met een zeer intensief gevoel van honger, met vasomotorische stoornissen, vooral in 't hoofd, een gevoel van onmacht, de vrees om ineen te zakken met vermeerderde intensiteit der hartwerking en met duizeligheid. Of organische ziekten der maag duizelingen kunnen veroorzaken is meer of min twijfelachtig, des te meer geschiedt dit door de verschillende vormen van nerveuse dyspepsie.

De duizelingen bij neurasthenie gelijken veel op die bij Menièresche ziekte, in den aard der duizelingen kan men geen

verschil maken, het gewicht voor de diagnose moet gelegd worden op 't organisch oorlijden bij de Menièresche ziekte, dat zijn dus de oorsuizingen en de doofheid.

Een dikwijls voorkomend verschijnsel is eene gevoeligheid voor wisselingen in temperatuur en weersgesteldheid. Wanneer het koud is hevige klachten over de koude en de vocht, met groot verlangen naar warme dagen en zijn deze aangebroken, dan een terugverlangen naar de frissche kou van den winter, die spierkracht en wilskracht geeft.

Dergelijke personen, die gewoonlijk tot de chronische neurasthenici behooren, zijn dikwijls ware weerprofeten geworden, zij houden lijsten bij van de dagelijksche temperatuur, zijn in hunne kleeding op alles voorbereid enz. Is het weder gedurende de zomermaanden wat minder goed, dan kunnen zij in hooge mate geïrriteerd zijn. De wind is dikwijls hun groote vijand, en omdat een ieder zich zijn eigen misères het best herinnert, beweren zij, dat het in ons land altijd waait. Hevige koude is voor sommige neurasthenici een ondragelijk lijden, eenige mijner patiënten herinneren zich nog met grooten schrik den winter van 1890—91.

Bij neurasthenie komt voor het gevoel van spiervermoeidheid, zonder dat eenige arbeid verricht is. Een dergelijk gevoel van vermoeidheid kan tijden lang achter elkaar bestaan om langzaam bij de genezing weer te verdwijnen. Het komt ook voor in aanvallen, die vrij plotseling komen en gaan. Dit gevoel van vermoeidheid, waarvan de cerebrale oorsprong niet te miskennen is, kan de oorzaak zijn, dat de lijder zich hoe langer hoe minder beweegt, totdat hij eindelijk leeft tusschen bed en sofa. Soms wordt dit gevoel in het geheele lichaam gevoeld, dikwijls hoofdzakelijk in de beenen en in de rugspieren.

Op de gevoelens in de digestie-, circulatie- en genitaalorganen komen wij nog later terug.

Er komen verder voor gevoelens van zwakte en onmacht, de lijder is bang van zich zelf te vallen, kan niet loopen, valt echter niet neer; dit is een vruchtbare bron voor nosophobische gedachten.

De stoornissen in de sensibele functiën vervolgende komen wij tot de speciale zintuigen.

Bij het oog is het zeer moeielijk de zuiver psychische afwijkingen te scheiden van die, welke veroorzaakt worden door aandoening van het oog zelf. Met verschillende oogafwijkingen, die zuiver psychisch zijn hebben wij reeds kennis gemaakt, zoo b. v. met de gevoeligheid voor licht, met de onmogelijkheid om te lezen, doordat zich bij de lectuur een onaangenaam gevoel van vermoeidheid, gepaard met duizeligheid enz. voordeed.

Andere oogstoornissen doen meer denken aan eene functioneele aandoening der retina, ofschoon dit voor geen enkele strikt te bewijzen is.

Wij hebben in de eerste plaats de afwijkingen in de uitgebreidheid van het gezichtsveld. Vernauwing van gezichtsveld in concentrische richting komt bij neurasthenie slechts in geringen graad voor; eenige waarnemers schijnen daar enkele gevallen van geobserveerd te hebben; dit zijn evenwel uitzonderingen en het is een zeer karakteristiek onderscheid met de hysterie, waar deze gezichtsveldbeperking zeer dikwijls en in zeer hoogen graad voorkomt.

Van neurasthenie wordt vermeld eene snelle vermoeienis van het gezichtsveld. Deze openbaart zich aldus, dat bij onderzoek van het gezichtsveld met den perimeter men, steeds doorgaande met de uitgebreidheid van het gezichtsveld te bepalen, dit voortdurend nauwer vindt. Men veronderstelt dan, dat door de inspanning van het opvangen en verwerken der beelden de retina in zijne periphere gedeelten gaat vermoeien. Ook heeft men waargenomen, dat bij onderzoek van de peripherie naar het centrum heen het gezichtsveld grooter uitviel, dan bij onderzoek van het centrum naar de peripherie toe. Ook dit heeft men aan eene vermoeienis van de retina willen toeschrijven.

Het is mij niet recht duidelijk hoe deze waarnemingen wijzen op een uitputtingstoestand der retina. De concentrische beperking van het gezichtsveld wordt bij hysterie te recht als een

psychisch symptoom opgevat en indien het bij neurasthenie voorkomt, zou het naar mijne meening ook als zoodanig beschouwd moeten worden. De vernauwing van het gezichtsveld door vermoeienis, gevonden bij het onderzoek met den perimeter, schijnt mij toe evenzoo goed een psychisch verschijnsel te kunnen wezen.

Herhaaldelijk hoort men bij neurasthenie de klacht, dat het zoo moeielijk is te fixeeren, omdat telkens het fixatiepunt verdwijnt, om na eenige oogenblikken weer te verschijnen. Dit is dus een analoog verschijnsel voor het fixatiepunt, als de bovengenoemde vermoeienis dat is, voor het periphere gezichtsveld. De opname van het gezichtsveld bij neurasthenie, vooral in de zwaardere gevallen is dikwijls moeielijk, somtijds onmogelijk door de onaangename gevoelens in 't oog zelf of in 't hoofd; het is een gevoel van spanning, van branden, van duizeligheid enz. De oorzaak hiervan is hoofdzakelijk, dat het voor den patiënt eene tamelijk inspannende bezigheid is, die een zekere mate van concentratie en oplettendheid vereischt en hiertoe is, wij zagen dit reeds herhaaldelijk, een neurasthenicus niet in staat.

Ook ziet de patiënt bij fixatie dikwijls bewegingen ontstaan. Hij ziet b. v. naar het behang en langzamerhand beginnen alle figuren door elkaar heen te loopen en te draaien.

Dezelfde onaangename gevoelens in 't oog neemt men waar, wanneer de patiënt zijn oogen gebruikt voor naaiwerk of andere bezigheden, waarbij hij in de nabijheid moet zien. Het komt dan voor, dat plotseling het geheele gezichtsveld verduistert, alles zwart voor de oogen wordt; dit kan gepaard gaan met een gevoel van duizeligheid en onmacht.

Behalve deze stoornissen worden door verschillende onderzoekers opgegeven stoornissen in het spierapparaat van het oog. Deze hangen samen met motorische stoornissen der intra- en extra-oculaire spieren en berusten op eene abnormaal snelle vermoeibaarheid daarvan. Zoo neemt men waar een snelle vermoeibaarheid der accommodatiespieren, waardoor bij het zien in de nabijheid stoornissen ontstaan als duizeligheid, pijngevoelens in de oogen, verduistering van het gezichtsveld enz. De

pupil zou zich bij deze accommodatiezwakte bij 't zien in de nabijheid niet vernauwen. Dit verschijnsel heeft men genoemd *Asthenopia accommodativa*.

Langdurige convergentie is dikwijls door vermoeidheidsstoornissen, duizeligheid, zelfs aanvallen van bewusteloosheid gevolgd. In vele gevallen laat zich dit gemakkelijk constateeren wanneer men den patiënt met de oogen een dicht in de nabijheid zich bevindenden vinger laat volgen.

Zeer frequent zijn paraesthesiën in het gebied van het gehoororgaan. Een eenvoudig suizen is gewoonlijk alleen hinderlijk, wanneer het eene belangrijke intensiteit verkrijgt. Talrijke andere geluiden komen voor, bonzen, kloppen, kraken, waaien enz. Dikwijls is het, dat de patiënt het geluid niet nauwkeurig kan localiseeren en het in het hoofd, vooral het achterhoofd gevoelt. Dit is dikwijls een geluid, dat de lijder zelf moeielijk aanduiden kan en waarvoor hij allerlei avontuurlijke omschrijvingen en vergelijkingen gebruikt. Deze gewaarwordingen kunnen zeer hardnekkig zijn en behooren tot de meest kwellende verschijnselen der ziekte.

Behalve deze paraesthesiën behooren de hyperaesthesiën van het gehoor tot de meest gewone verschijnselen onzer ziekte. In geringe mate komen zij in de meeste gevallen van neurasthenie voor. Storend en zelfs zeer storend zijn zij in de sterk uitgesproken gevallen. Hier hindert elk geluid den lijder. Het geringste gedruisch, het tikken van een klok, het neerzetten van een stoel, het gonzen van water enz., al wat naar geluid zweemt wordt als pijn ondervonden. Daarmee contrasteert soms in opvallende mate de schelle stem van den lijder zelf, deze wordt niet pijnlijk gehoord, evenals alle geluiden, die de lijder zelf maakt. Hiermee gepaard is dikwijls een schrikken bij elk geluid, waardoor de patiënt zeer verontrust kan worden en dat door de dikwijls begeleidende hartpalpitaties wederom aanleiding kan geven tot nosophobische denkbeelden.

In 't algemeen zijn alle subjectieve gevoelens van het oor uit zeer hardnekkig.

Of hyperaesthesie in zuiveren vorm, als een werkelijk fijner gevoelen der geluiden voorkomt is mogelijk, maar door het experiment ook hier niet met voldoende zekerheid vastgesteld. Als verschijnsel waarover de lijder klaagt is het niet bekend; de z.g. hyperaesthesie is altijd vergezeld van pijngevoelens bij de waarneming en is dus in strikten zin meer een paraesthesie.

III. MOTORISCHE STOORNISSEN.

Motorische verschijnselen openbaren zich bij neurasthenie hoofdzakelijk in den vorm van spierzwakte en abnormaal snelle vermoeibaarheid van verschillende spiergroepen of van alle spieren.

Uit de aard dezer stoornissen is het zonder meer duidelijk dat zij niet door een organisch proces veroorzaakt worden, degeneratieve reactie en trophische stoornis ontbreken steeds. De voedingstoestand der spieren is afhankelijk van den algemeenen toestand en dikwijls van de inactiviteit, waarin de spieren door onvoldoende beweging van den lijder gedurende langen tijd verkeeren; tropische invloeden door laesie van de zenuw kan men niet constateeren. Wij hebben dus ook hier wederom te doen met functioneele stoornissen.

De localisatie van deze functioneele processen te bepalen is echter wederom moeielijk. In hoofdzaak zijn zonder twijfel de hersenen aangedaan, maar ook hier moet met de mogelijkheid rekening gehouden worden, dat zoowel de geleidingsbanen van de hersenen naar het ruggemerg, als het ruggemerg zelf en het periphere zenuwstelsel functioneele stoornissen zouden kunnen vertoonen en differentieel-diagnostische kentekenen, die ons hier den weg zouden kunnen wijzen, hebben wij voor deze motorische verschijnselen niet, evenmin als voor de vroeger besprokene sensibele. In vele gevallen is het duidelijk hoe de motorische verschijnselen direct afhankelijk zijn van den psychischen toestand, hoe zelfs de directe ideeën-associatie van invloed is op de bestaande spierzwakte. In die gevallen heeft men stellig recht om van

eene psychische spierzwakte te spreken. In andere gevallen is dit minder duidelijk en toont de betrekkelijke onafhankelijkheid der spierzwakte van den geestelijken toestand van den lijder aan, dat de spierzwakte niet direct psychologisch veroorzaakt wordt. In dergelijke gevallen heeft men recht eene meer locale functioneele stoornis in de centraal-windingen te veronderstellen.

Men kan gevoegelijk tweeërlei motorische stoornissen bij neurasthenie onderscheiden, de verlamings- en de prikkelingsverschijnselen; de verlamingsverschijnselen openbaren zich als spierzwakte en spierversmoeidheid; de prikkelingsverschijnselen als spieronrust, spierkrampen en tremoren.

De verlamingsverschijnselen behooren tot de belangrijkste symptomen der neurasthenie en worden in de meeste gevallen van deze ziekte meer of min duidelijk gevonden. Zuivere paralyse van spieren komen niet voor, zooals wij deze zoo dikwijls bij hysterie vinden. Dit is een der belangrijkste differentiaal-diagnostische kenteekenen om beide functioneele neurosen van elkaar te onderkennen.

De spierzwakte bij neurasthenie openbaart zich hoofdzakelijk als eene abnormaal snelle vermoeibaarheid; deze kan over alle lichaamsspieren verspreid zijn, zoodat niet alleen de locomotie gestoord is, maar dat ook stoornissen in de animale functiën in de ademhaling en bij het kauwen van spijzen optreden. Een mijner patiënten had voor elk van zijne maaltijden minstens een uur noodig omdat zijne kauwspieren zoo spoedig hunne diensten weigerden. Bijna in alle gevallen is deze gemakkelijke vermoeibaarheid dynamometrisch aan te toonen en daarbij is dan op te merken, dat men dikwijls gevallen ontmoet, waar de resultaten van den dynamometer in schrille tegenspraak zijn met den bloeienden toestand der voorarmspieren. Deze schijnbare tegenspraak tusschen functie en anatomischen toestand der spieren lost zich op, wanneer men bedenkt, dat willekeurige spierarbeid ook een psychisch proces is en dat, zooals Mosso aange-toond heeft, spierversmoeienis voor een groot gedeelte op hersen-vermoeidheid berust. In een therapeutisch opzicht is hieruit

deze leer te trekken, dat men voorzichtig moet zijn om aan neurasthenici met het verschijnsel van spiervermoeidheid, willekeurigen spierarbeid aan te raden. In deze fout is men herhaaldelijk vervallen, meenende dat voor een vermoeiden geest spierarbeid de beste afleiding was om tot rust te komen. Dit is principieel een ernstige fout. Door Kräpelin en anderen is experimenteel aangetoond hoe ongunstig spierarbeid als rustperiode, b. v. voor schoolkinderen werkt. De kliniek der neurasthenie leert ons deze waarheid in zeer hoge mate kennen. Herhaaldelijk kan men waarnemen, vooral in het reconvalescentietijdperk eener neurasthenie, hoe door eene kleine vermoeidheid alle verdwenen verschijnselen weer plotseling terugkomen, somtijds in de oorspronkelijke hevigheid. Gewoonlijk verbeteren zij dan weer spoedig.

Er bestaat tusschen de neurasthenische en de hysterische spierzwakte nog een belangrijk verschil, dat naar het mij voorkomt op een verschil in aard der beide functioneele neurosen wijst. Er komen bij hysterie gevallen voor waar juist als dat zooeven voor neurasthenie is vermeld, de resultaten van het onderzoek met den dynamometer in schrille tegenspraak zijn met den goeden voedingstoestand der spieren. Bij hysterie kan men dan verder waarnemen, hoe deze tegenspraak verdwijnt, wanneer de patiënt mechanisch werk doet, dat wil zeggen dagelijksche bezigheid verricht. Hysterische dienstdoden, die dagelijks zwaren arbeid verrichten, kunnen op den dynamometer somtijds zeer weinig kracht vertoonen. Iets dergelijks vindt men bij neurasthenie niet. Hier ziet men, dat gespierde personen, die weinig dynamometrische kracht vertoonen, ook buiten staat zijn zwaren arbeid te verrichten. De oorzaak van dit verschil is naar het mij voorkomt gelegen in deze omstandigheid, dat bij hysterie alle verschijnselen berusten op een ziekte der voorstellingen en dat in casu de spierzwakte, alleen dan duidelijk wordt, wanneer er te gelijk psychische arbeid mede gepaard gaat, wanneer het dus bewust gewilde bewegingen zijn. Is dit niet het geval, zooals b. v. bij mechanische arbeid, die

dagelijks verricht wordt en dus tot gewoonte geworden is, dan verdwijnt ook de spierzwakte.

Neurasthenie is niet in zoo hooge mate psychisch als hysterie, zooals ons later bij de bespreking der traumatische neurose nog nader zal blijken. De vermoeienisverschijnselen der neurasthenie dragen een meer organisch cachet, dan de stoornissen in het voorstellingsleven bij hysterie. De spierzwakte en spierversmoeidheid bij neurasthenie kunnen algemeen zijn. De lijder komt er dan vanzelf toe langzamerhand meer rust te nemen.

Gewoonlijk zijn hoofdzakelijk de rug en de beenspieren aangedaan. Men hoort dan klachten, dat de houding rechtop zoo moeielijk wordt en dat er steeds meer bezwaren bij het loopen komen. Patiënt kan niet meer recht op den stoel zitten, hij kan geen pas meer doen, dikwijls verbinden zich hiermede klachten over pijnlijkheid in den rug en in de beenen. Soms wordt elke vermoeidheid als pijn gevoeld. Vooral in deze gevallen komen de patiënten er toe zich absoluut van elke beweging te onthouden en brengen zij hun leven steeds meer in liggende houding door. Deze gevallen komen overeen met wat men vroeger spinaalirritatie noemde. Ondanks de vele rust, die genomen wordt, blijft steeds hetzelfde hinderlijke gevoel van spierzwakte en zeer gewoon is de klacht, dat de vermoeidheid ook na een rustigen slaap, even zoo groot of zelfs grooter is dan vóór het slapen gaan.

Door deze spierzwakte kunnen verder de halsspieren aangedaan zijn, de lijder heeft dan moeite het hoofd rechtop te houden, in zware gevallen wordt elke beweging met het hoofd vermeden en maakt de lijder een ongelukkigen indruk.

Bij een mijner patiënten bestond deze zwakte in de ademhalingspiers. De ademhaling was zeer oppervlakkig, na eenige zwakke ademhalingen, aan het eind van welke de lijder meer of min dyspnoeisch werd, kwam een diepe inspiratie. Patiënt viel de omgeving op door haar herhaald zuchten, zij zelf klaagde steeds over benauwdheid en vermoeidheid. Het verschijnsel maakte een zeer zonderlingen indruk en had eenige overeen-

komst met het z.g. verschijnsel van Cheyne-Stoke. Deze motorische zwaktetoestanden behooren tot de zeer hardnekkige verschijnselen der neurasthenie. Ook zij zijn wederom een vruchtbare bron voor allerlei nosophobische voorstellingen en hebben grooten invloed op de stemming van den lijder.

Van motorische symptomen verdient verder vermelding de stoornis in de spraak; deze draagt geheel den stempel van eene psychische afwijking. De spraak is te langzaam of in andere gevallen te gejaagd. In 't laatste geval verspreekt de lijder zich licht of zegt woorden, die eene andere beteekenis hebben. In de articulatie der woorden is somtijds iets hesiteerends, zonder dat men de groffere articulatiestoornissen der organische zenuwziekten kan constateeren. Het verspreken wordt door den lijder bemerkt, en gecorrigeerd, wanneer hij de noodige energie daarvoor bezit. Van groote beteekenis zijn deze afwijkingen in de spraak niet en het verschil met dezelfde afwijkingen bij organische hersenziekten is gewoonlijk duidelijk genoeg. Van grooten invloed zijn psychische toestanden, affecten etc.

Analoge afwijkingen komen in 't schrift voor. Sommige lijders verschrijven zich dikwijls, een gereede oorzaak hiervoor is verstrooidheid. De patiënt is bij 't einde van den regel dikwijls met geheel iets anders bezig, dan bij het begin; hierdoor komt het dat hij plotseling midden in een woord of een regel ophoudt. Het schrift verkrijgt daardoor dikwijls iets slordigs, met vele doorhalingen en krabben. Onder 't schrijven verandert dikwijls het karakter van 't schrift, al naar den gemoedstoestand van den lijder.

Zooals wij reeds vroeger gezien hebben is in vele gevallen het schrijven voor den lijder een veel te inspannende bezigheid. Hij brengt het in sterk uitgesproken gevallen niet verder dan tot enkele woorden en is dan door paraesthesiën, vooral in 't hoofd of door een gevoel van vermoeidheid niet in staat verder te gaan.

De stoornissen in 't schrijven zijn gewoonlijk intensiever en treden vroeger op dan die van 't spreken, omdat schrijven eene meer inspannende bezigheid is, meer concentratie van den geest

verlangt en omdat de gedachtengang de woorden moet volgen, deze is dus langzamer en er bestaat meer gelegenheid tot afdwalen.

Binnen het terrein der neurasthenie vallen naar mijne meening de z.g. „Beschäftigungsneurosen”.

Men is gewoon deze als afzonderlijke neurosen te beschouwen en ze als zelfstandige ziekten te behandelen; ik geloof echter ten onrechte. In de meerderheid toch der gevallen van „Beschäftigungsneurosen” ontwikkelt zich de aandoening in begeleiding van talrijke andere nerveuse verschijnselen en zoover mijne waarneming gaat, vallen die geheel binnen het gebied der neurasthenie. Het valt evenwel niet te ontkennen, dat er enkele gevallen voorkomen waar deze begeleidende nerveuse verschijnselen zeer gering zijn en binnen de breedte der normale afwijkingen vallen. Dit is echter bij neurasthenie niet zoozeer ongewoon; ook andere verschijnselen, als voorbeeld daarvan kan men de maag- en hartsymptomen noemen, kunnen vrij wel geïsoleerd voorkomen; de Fransen hebben dit genoemd eene „neurasthenie monosymptomatique”. Ook bij hysterische toestanden heeft men de „Beschäftigungsneurose” waargenomen. Hierbij dient men echter op te merken, dat deze afwijking daar betrekkelijk zelden is en alleen dan voorkomt, wanneer men geene klinisch scherp omschrevene hysterie voor zich heeft, maar een mengvorm, een overgangsvorm tot neurasthenie, zooals in onze neurologische wetenschap, waar men tot het gebrekkige hulpmiddel der zuiver klinische beschrijving zich zoo dikwijls moet beperken, genoeg voorkomt. Wij beschouwen dus de „Beschäftigungsneurosen” als een monosymptomatischen vorm van neurasthenie; maar zijn ons zeer goed bewust, dat deze opvatting uitsluitend op klinische gegevens berust en achten het zelfs mogelijk, dat later vollediger onderzoek zou kunnen leeren, dat zij inderdaad ergens anders te huis behoorden.

Van de „Beschäftigungsneurosen” is de meest bekende de schrijfkrimp. Deze naam is algemeen aangenomen ofschoon ze niet geheel uitdrukt wat er mede bedoeld wordt. Het is eene

coördinatie-stoornis, die uitsluitend bij het schrijven optreedt en zoo sterk is dat het ten slotte geheel onmogelijk wordt.

Als functioneel analoge afwijking van de schrijfkramp kan men de astasie en de abasie opvatten; hier treedt de coördinatie-stoornis op bij de bewegingen, die noodig zijn voor het staan en het loopen en ook hier openbaart zich de stoornis door een ongecoördineerden kramptoestand van de spieren. Deze beide aandoeningen vindt men echter meer bij hysterie dan bij neurasthenie.

Dat schrijfkramp, hoewel zelden, ook bij andere zelfs organische zenuwziekten voorkomt is geen argument tegen onze opvatting. Elke organische ziekte geeft de hem eigene wegvalverschijnselen, maar geeft bovendien ook nog zeer vele functioneele stoornissen van het zenuwstelsel.

De patiënt gevoelt in den beginne, dat het schrijven moeielijk wordt, dat het is alsof de pen op 't papier vastkleeft. Daarna treden bij schrijfbewegingen krampen op in de kleine buigspieren van de hand, terwijl de strekkers vrij blijven. De duim en vingers omvatten krampachtig de pen en zijn niet in staat de gecoördineerde bewegingen van het schrijven te verrichten. Gewoonlijk komen er nu ook neuralgische pijnen bij, eerst in de hand, daarna in den voorarm, terwijl deze zich op den duur ook tot den schouder uitstrekken. Beproeft de patiënt, zooals hij gewoonlijk doet met de linkerhand te schrijven, dan gaat dat soms in den eersten tijd goed, maar spoedig komen daar dezelfde verschijnselen.

Niet altijd zijn de verschijnselen van kramp in de verschillende spiergroepen even duidelijk uitgesproken, soms zijn ze geheel afwezig. Het is dan meer een schrijfzwakte, de pen valt uit de handen of de schrijfbewegingen kunnen eenvoudig niet gemaakt worden. In weer andere gevallen is het een tremor, die het schrijven onmogelijk maakt. De pijnen en het gevoel van moeheid zijn echter altijd aanwezig, en in de zwaardere gevallen strekken deze zich tot den schouder toe uit. De schouder kan zelfs de hoofdzak der klachten zijn.

In duidelijk uitgesproken gevallen blijkt de stoornis alleen uit de schrijfbewegingen. Deze gevallen zijn echter zeldzaam, meestal zijn ook andere gecoördineerde bewegingen gestoord. Zoo b. v. laat de patiënt kleine voorwerpen uit zijne handen vallen, kan de speelkaarten niet vasthouden. In weer andere gevallen zijn de bewegingen bij het verrichten van naaiwerk of andere bewegingen gestoord zonder dat er van een paretischen toestand van eenige spier sprake is. In nog minder duidelijk uitgesproken gevallen klaagt de patiënt over moeheid in den geheelen arm en schouder en is alleen de gecoördineerde beweging van het schrijven in opvallende mate gestoord. Deze laatste gevallen vormen een geleidelijken overgang tot de hysterische paresen en paralyzen. Men merkt dan dikwijls op, hoe eene bepaalde beweging des te meer is gestoord, naarmate zij meer psychische inspanning vereischt. Soms weet de patiënt dan onderscheid te maken tusschen vermoeidheid in het hoofd en vermoeidheid in de spieren.

Bij een mijner patiënten, een ernstig geval van neurasthenie, ontstond, nadat de neurasthenische verschijnselen reeds sedert langen tijd bestonden en nadat de vermoeienis van vele badkuren deze hadden doen toenemen, de schrijfkamp langzamerhand; zich openbarende door de onmogelijkheid de gecoördineerde bewegingen van het schrijven te verrichten; daarna pijnen in den voorarm, den schouder en den rug; vervolgens werd elke gecoördineerde beweging, b. v. het dichtmaken van knoopjes, het verrichten van een handwerk en elke groffe inspannende beweging onmogelijk, zoodat men ten slotte voor zich had eene slappe parese van den geheelen arm, met pijnen in den arm en rug en gevoel van vermoeidheid in 't hoofd bij elke beweging. Daarna ontstonden dezelfde verschijnselen in het been der tegenovergestelde zijde.

Behalve de schrijfkamp komen nog verschillende andere „Beschäftigungsneurosen” voor. Dikwijls neemt men waar de pianokamp, hier is het pianospelen op dezelfde manier gestoord, als het schrijven bij schrijfkamp. De verschijnselen er van zijn

geheel dezelfde, krampachtige of paretische toestanden der in actie tredende spieren, met uitstralende pijnen en gevoel van zwakte in schouder en rug. Op dezelfde wijze komen nog voor: telegraphistenkramp, sigarenmakerskramp enz. Allen zijn gemeenschappelijk naast de coördinatiestoornis, een meer of min duidelijke neurasthenischen geestestoestand.

Een groot onderscheid moet gemaakt worden tusschen wat wij hier „Beschäftigungsneurose” genoemd hebben en de paretische toestanden, die ten gevolge van overmatige inspanning van spieren of door herhaalden en langdurigen druk van werktuigen op de zenuwen ontstaat. Deze laatste zijn altijd van peripheren oorsprong en berusten op overmatigen spierarbeid of op neuritische processen. Deze arbeidsparesen zijn door het voorkomen van atrophie en degeneratieve reactie der spieren onmiddellijk te herkennen.

Het etiologisch moment voor beide, arbeidsparese en „Beschäftigungsneurose”, is hetzelfde, n.l. te langdurige en te intensieve inspanning, maar dit etiologisch moment werkt op zeer verschillende manier. Wanneer bij iemand, die dagelijks met de schaaf omgaat de kleine handspieren verlammen, en wanneer bij iemand, die veel schrijft of piano speelt dezelfde spieren verzwakken, dan werkt in 't eerste geval de schadelijke invloed in op de plaats waar de schaaf in de handen gehouden wordt en in het laatste geval is de hersenschors het aangrijpingspunt van de schadelijk inwerkende omstandigheid. In 't eerste geval heeft men ten gevolge van een traumatische oorzaak eene organische ziekte, in 't laatste geval ten gevolge van functioneele overinspanning een functioneele stoornis. Dat bij de arbeidsparese daardoor alle psychische verschijnselen ontbreken spreekt wel vanzelf.

ONDANKS dit scherpe onderscheid, kan het in sommige gevallen moeielijk zijn uit te maken, wat men voor zich heeft. Niet in alle gevallen van schrijfkrampe is het à priori uit te sluiten, dat het langdurig schrijven direct op de daarbij in actie zijnde spieren en zenuwen werkt, terwijl in andere gevallen, zoo b. v. bij de

sigarenmakers, niet per se een centrale invloed kan ontkend worden. Dit blijven echter uitzonderingen en kan alleen voorkomen in het begin, wanneer de aandoening bezig is zich te ontwikkelen.

In de schrijfkrimp en de andere „Beschäftigungsneurosen” hadden wij reeds aandoeningen voor ons waar de psychische verlamningsverschijnselen niet meer alleen zich voordeden, maar waar zij door prikkelingsverschijnselen werden vergezeld. Wij komen nu tot stoornissen waar deze laatste het ziektebeeld beheerschen.

Als eerste verschijnsel noemen wij de z.g. onrust der spieren. De lijders klagen, dat zij geen oogenblik stil kunnen liggen, voortdurend wentelen zij zich van de eene zijde op de andere, of zij kunnen hunne beenen niet stil houden en bewegen die voortdurend heen en weer. Dikwijls combineert zich deze onrust met gevoelens van pijn, zooals wij die bij de sensibele stoornissen hebben beschreven. Is deze onrust algemeen, dan is ze zeer hinderlijk en werkt vooral daardoor storend, dat ze den slaap belet. De patiënt kan in geen enkele houding stil blijven liggen. Sommigen hebben er de eigenaardigheid bij, dat zij in eene bepaalde, soms zeer bijzondere positie tot rust kunnen komen; 't minste dat daar echter aan ontbreekt bezorgt hen weer de onrust. Dikwijls localiseert zich deze onrust in een of beide extremiteiten, gepaard met groote moeheid. Men heeft dan de onaangename combinatie van drang tot beweging en moeheid; deze gevoelens, gepercipieerd door een overgevoeligen geest, veroorzaken groote bezwaren.

Deze spieronrust heb ik alleen waargenomen in de groote spieren der extremiteiten en van den tronc met uitzondering der ademhalingsspieren.

Een vrij veelvuldig voorkomend verschijnsel is de neurasthenische tremor. Men kan hier gevoegelijk twee verschillende vormen onderscheiden, de affectieve tremor en de paretisch-spastische tremor. De affectieve tremor vertoont een vrij snellen onregelmatigen rhythmus, die zich verschillend kan localiseeren,

maar somtijds over het geheele lichaam verspreid is. De onderscheiding van andere vormen van tremor, bepaaldelijk van die waarbij organische afwijkingen in het zenuwstelsel gevonden worden en die welke na intoxicatie met alcohol of kwik voorkomen, is gewoonlijk niet moeilijk. Het hoofdmoment is, dat de neurasthenische tremor in hooge mate afhankelijk is van psychische factoren, elke gemoedsbeweging doet hem sterker te voorschijn treden; bovendien is hij niet continueel, soms is hij weg, soms sterk aanwezig; door geïntendeerde bewegingen blijft hij onveranderd. Alleen wanneer de spierbewegingen tot vermoeidheid aanleiding geven en dit is, zooals wij gezien hebben, in vele gevallen van neurasthenie zeer spoedig het geval, kan de tremor zeer versterkt worden. De onderstelling van Binswanger, dat dit zijn oorzaak vindt in de door de vermoeidheid verhoogde affectiviteit en emotionaliteit schijnt mij alleszins gewettigd.

Met den tremor bij Morbus Basedowii heeft de neurasthenische tremor veel overeenkomst. In andere gevallen vindt men overgang tot hysterischen tremor, die in 't algemeen een veel langzamer tempo heeft.

Wanneer de geheele musculatuur er door aangetast is, geeft het een eigenaardig beeld, dat niet gemakkelijk te miskennen is, wanneer men het eenmaal gezien heeft, het is een eigenaardig trillende beweging met korten rhythmus. Meestal is de tremor over enkele spiergroepen verspreid.

Localiseert de tremor zich in de armspieren, dan kan hij het beeld geven van een schrijfkramp; het schrijven kan dan onmogelijk zijn. De onderscheiding van de gewone schrijfkramp berust op het feit, dat de tremor ook bij andere bewegingen in onverzwakte mate blijft voortbestaan.

In andere gevallen zag ik den tremor zich op de aangezichtsspieren en de stemspieren localiseeren, hierdoor kreeg de stem iets trillends en vermoeids, de tong en de facialisspieren trilden mede. Ook de halsspieren en nog andere kunnen aangedaan zijn.

De diagnose van den neurasthenische tremor is gewoonlijk niet

moeielijk. De anamnese, de leeftijd, de aard van den tremor, de uitsluitende afhankelijkheid van psychische momenten helpen ons voldoende.

Van den tremor verschillend zijn de trekkingen. Deze vorm van tremor noemt men de paretisch-spastische. Men vindt ze hoofdzakelijk in de benedenste extremiteiten van personen, die de neurasthenische spierzwakte vertoonen. De trillingen zijn van veel grover kaliber en berusten bovendien op de algemeen verhoogde reflexprikkelbaarheid van de lijders. Deze tremor wordt door bewegingen, actieve zoowel als passieve, te voorschijn geroepen en is 't duidelijkst bij staande of zittende houding van den lijder, in liggende houding is ze geheel verdwenen. Eene kleine beweging der extremiteit kan ze dan in vroegere hevigheid weer te voorschijn roepen. Bij eenigszins sterkere beweging verandert de tremor somtijds in een tonische kramp; dit wijst op het reflectorisch ontstaan van deze stoornis, wat ons bij de algemeen verhoogde reflexprikkelbaarheid verklaarbaar wordt.

Van den gewonen tremor nog meer verschillend zijn de trekkingen, die in sommige spieren en spiergroepen voor kunnen komen, zoo b. v. in het facialisgebied, in de tong, in sommige spieren der extremiteiten enz. Somtijds bewegen slechts enkele spierbundels, en er ontstaat dan eenige gelijkenis met de bewegingen zooals zij voorkomen bij organische zenuwziekten, b. v. de progressieve spieratrofie. Zelden zijn zij echter zoo sterk en zoo algemeen.

Krampachtige samentrekkingen in enkele spieren en spiergroepen komen evenzoo voor. Hierdoor kunnen verschijnselen ontstaan, die gelijken op *Paromyoklonus multiplex*, eene aandoening die gewoonlijk als zelfstandige neurose, evenals schrijfkramp, beschreven wordt. De twee gevallen, die ik heb waargenomen, vielen geheel binnen het beeld der neurasthenie, en ook wat anderen daarvan mededeelen schijnt mij hiermede in overeenstemming. De psychische oorsprong van het symptoom wordt bewezen doordat de krampen ophouden, zoodra de patiënt

willekeurige bewegingen maakt, zoo is b. v. het loopen door de aandoening niet gestoord. Elke gemoedsbeweging daarentegen doet de verschijnselen toenemen, terwijl zij in den slaap afwezig zijn.

Men ziet eene zeer snelle contractie van sommige spieren of spiergroepen, soms zijn dit spieren, die door den wil niet afzonderlijk tot contractie gebracht kunnen worden, meestal echter is dit niet het geval en zijn het gewone zeer snel afloopende willekeurige spierbewegingen. Dikwijls is de beweging symmetrisch en nemen beide lichaamshelften gelijkmatig daaraan deel. Deze bewegingen kunnen zeer snel op elkaar volgen, er ontstaat dan een soort rhythmus; dikwijls echter zijn de bewegingen door een langer interval van elkaar gescheiden. Sommige spieren schijnen bij voorkeur aangedaan te worden, zoo b. v. de *supinator longus*, *biceps*, *cucularis*, *quadratus femoris*; echter ook de rugspieren doen somtijds mede. In een geval dat ik bij een exquisieten neurasthenicus waarnam, contraheerden gelijktijdig met groote snelheid de beide *quadrati femoris* en de lange spieren van den rug. De aangezichtsspieren schijnen altijd vrij te blijven, hierdoor onderscheidt zich deze aandoening van wat de Franschen genoemd hebben *maladie des tics convulsifs*.

Ook deze aandoening verdient bij neurasthenie even vermeld te worden. Hiervan geldt, wat van de sterk uitgesproken dwangdenkbeelden gold, dat zij gewoonlijk gevonden worden in de grensgevallen van neurasthenie, waar deze een sterk hereditair-degeneratief karakter draagt.

Volgens de beschrijving van Gilles de la Tourette, die deze aandoening uitgebreid heeft beschreven, begint het gewoonlijk met snelle trekkingen in het gezicht, dichtknijpen der oogen, vertrekken der mondhoecken, happen naar lucht, bewegingen der tong; daarna nemen ook de hals- en later de armspieren aan de bewegingen deel. Opmerkelijk hierbij is: 1°. dat de bewegingen gecoördineerd zijn, maar volkomen onlogisch, zoodat zij geen redelijk doel hebben, b. v. de lijder grijpt voortdurend aan zijn neus, schudt met zijn hoofd, bijt in zijn jas enz.; 2°.

herhalen deze bewegingen zich op stereotype wijze, zoodat door denzelfden patiënt altijd dezelfde bewegingen gemaakt worden; 3°. maken zij geheel den indruk willekeurige bewegingen te zijn, maar zijn sneller dan deze; en 4°. verbinden zij zich, vooral in ernstiger gevallen, met het gevoel van dwang en worden het zuivere dwangbewegingen.

Is dit laatste het geval, dan komt men tot het nabootsen van allerlei geluiden, van obscene woorden enz. (*coprolalie*, *echolalie*).

Dit weinige moge volstaan over deze merkwaardige aan-doening. Eene meer grondige behandeling van deze „maladie des tics”, vindt in dit werk zijn plaats onder het hoofdstuk degeneratie, waar het meer te huis behoort. Bij neurasthenie vindt men het alleen, wanneer deze het cachet van eene degeneratieve psychose gaat vertoonen.

Eindelijk moet onder de motorische stoornissen nog vermeld worden een verschijnsel, dat het eerst door Moebius is beschreven. Ik bedoel de *Akinesia algera*. Moebius definieert dit als een gevoel van pijn bij elke willekeurige beweging, zonder dat deze pijn ergens anders zijn oorzaak in vindt, als in de beweging zelf. Hierbij zijn spieren, zenuwen enz. organisch normaal.

Het eerst treedt deze stoornis op bij sterke bewegingen, en eerst langzamerhand worden ook de kleinere bewegingen pijnlijk, totdat er in hevige gevallen een toestand optreedt van volkomen bewegingloosheid, waarbij de patiënt uit vrees voor pijn zich absoluut stil houdt. Omdat deze pijnlijkheid zich over alle bewegingen kan uitstrekken, komt het ook voor, dat het slikken pijnlijk is, zelfs in die mate, dat de lijder weigert voedsel tot zich te nemen.

Bovendien kan volgens Moebius dezelfde pijn zich combi-neeren met zintuigswaarnemingen; zoo b. v. kan elk gevoel, elke gezichtsindruk van pijn vergezeld gaan. In de neurologie zijn wij gewoon deze verschijnselen hyperaesthesie te noemen; ik zie dus niet in, waarom wij hiervan eene afzonderlijke cate-

gorie van symptomen zullen maken, dat wederom in eene wetenschap, waar wij bijna uitsluitend op klinische beschrijving zijn aangewezen, verwarring kan geven.

Het symptomenbeeld der *Akinesia algera*, zooals Moebius dat heeft beschreven, behoort geheel binnen het kader der neurasthenie. Geheel zuiver komt het echter zelden voor, en wanneer er slechts aanduidingen van aanwezig zijn, zooals dat in de meerderheid der gevallen is, zijn de verschijnselen moeielijk van eene eenvoudige hyperaesthesie te onderkennen. Bovendien zijn er tal van andere oorzaken mogelijk, die pijnlijke bij beweging kunnen geven; oorzaken, die dikwijls zeer moeielijk zijn te ontdekken. Het is dus naar mijne meening waarschijnlijk, dat het symptomenbeeld der *akinesia algera* zeer verschillende dingen zal omvatten.

Evenals schrijfkrimp, „*maladie des tics*” en andere kan *akinesia algera* meer of min het karakter eener zelfstandige neurose verkrijgen, d. w. z. eener monosymptomatische neurasthenie. Meestal zijn echter de begeleidende neurasthenische symptomen onmiskenbaar aanwezig. Gewoonlijk is vrij sterke hereditaire aanleg tot zenuwziekten aanwezig en is het degeneratieve karakter van de symptomen niet te miskennen. De prognose is in de duidelijk uitgesproken gevallen vrij ernstig. Soms strekt het lijden zich over het geheele leven uit.

IV. REFLEXEN.

De reflexprikkelbaarheid is bij neurasthenie in het algemeen verhoogd. Het is waarschijnlijk, dat deze verhooging berust op eene vermindering der reflexremming door functioneele verzwakking der hersenen, het orgaan waarvan bijna alle remming uitgaat. Of ook veranderingen in het periphere zenuwstelsel en het ruggemerg bij neurasthenie oorzaak voor deze verhooging kunnen zijn, weten wij voorloopig nog niet.

Vermindering van reflexprikkelbaarheid komt voor, opheffing van normaal aanwezige reflexen voor zoover wij weten, niet.

Dit is een der meest stringente differentiaal-diagnostische kenmerken met organische zenuwziekten.

Laten wij achtereenvolgens de verschillende reflexen de revue passeeren.

Een der belangrijkste reflexen is de pupilreflex. Deze is bij neurasthenie hoogstwaarschijnlijk altijd aanwezig. Het schijnt mij toe, dat de intensiteit daarvan zeer verschillend kan zijn, soms is ze betrekkelijk gering en moet men nauwkeurig toezien om de aanwezigheid er van te constateeren. Ook komen gevallen voor dat men twijfelt of de reactie aanwezig is of ontbreekt.

Men onderscheidt drieërlei reflectorische veranderingen in de wijde der pupillen: 1°. de vernauwing na invallend licht; 2°. de vernauwing bij convergentie-beweging der oogen; en 3°. de verwijding na sensibele prikkels. Al deze drie reflectorische functiën zijn bij neurasthenie behouden gebleven.

De wel of niet aanwezigheid dezer reflectorische reactie op licht is een der meest belangrijke kenmerken voor de onderscheiding van neurasthenie met sommige organische ziekten van het zenuwstelsel, in zooverre als de reflectorische stijfheid van den pupil na inwerking van licht een vrij zeker diagnosticum voor eene organische ziekte schijnt te zijn en wel hoofdzakelijk dementia paralytica en tabes dorsalis. Uthoff ten minste vond bij 12.000 oogzieken slechts éénmaal reflectorische stijfheid der pupillen, en bij dit geval van functioneele neurose bestond nog vermoeden op eene organische afwijking.

Bij neurasthenie, evenals bij andere functioneele neurosen en psychosen komt herhaaldelijk voor eene ongelijke wijde der beide pupillen bij gelijke verlichting. Deze abnormaliteit kan tijdelijk zijn, b. v. eenige maanden duren, of wel ze is constant, bestaat ten minste gedurende jaren. Door sommige schrijvers is ook dit als een verschijnsel van organische aandoening van het zenuwstelsel beschouwd en in verband gebracht met dezelfde afwijking bij dementia paralytica; men meende dat deze ongelijkheid berustte op eene stijfheid der pupil op een oog, zooals

dat bij tubes en dementia paralytica voorkomt. Het is echter gebleken, dat aan ongelijkheid der pupillen, zonder begeleidende reflectorische pupillen-stijfheid, deze slechte prognostische beteekenis niet gehecht mag worden, ook niet wanneer de ongelijkheid blijvende is en dat ze behalve bij functioneele aandoeningen ook bij normale menschen voorkomt.

Ons inzicht in de verschillende reflectorische stoornissen der pupilbewegingen is nog slechts gebrekkig. Waarschijnlijk berusten de stoornissen, die wij bij dementia paralytica en tabes dorsalis waarnemen, op een verlammingstoestand in de sphincter pupillae; terwijl de verschillende wijdte der pupillen bij neurasthenie en andere functioneele neurosen en psychosen in eene sympathicus-aandoening, in een verlamming der pupilverwijders wordt gezocht. Eene eenzijdige verwijding der pupil komt ook voor bij nicotine-intoxicatie, misschien kan dit in verband gebracht worden met de verlamming der pupilverwijding; wanneer men bij konijnen eene zwakke oplossing van nicotine brengt op 't ontblootte ganglion cervicalis superior nervi sympathici ontstaat gelijkzijdige verwijding der pupil.

Wat van de pupilreflex gezegd is, geldt in vele opzichten ook van de patellairreflex. Bij normale menschen is deze bijna altijd aan te toonen, is ze soms schijnbaar afwezig, dan laat zij zich door den handgreep van Jendraisik, het verrichten van sterke spierbewegingen, b. v. het samenknijpen der handen, te voorschijn roepen. Bij neurasthenie is deze reflex evenzoo altijd voorhanden, somtijds verlaagd, in de meeste gevallen echter verhoogd. De diagnostische waarde van het ontbreken der kniepeesreflex is dezelfde, als die van het opgeheven zijn der pupilreflex, in beide gevallen is eene organische aandoening van 't zenuwstelsel waarschijnlijk.

De overige peesreflexen zijn bij neurasthenie meestal verhoogd, slechts zelden verlaagd.

De verhooging blijkt dikwijls voor het aanwezig zijn van een voetclonus, van een reflex der triceps en biceps brachii. Psychische factoren hebben in 't algemeen invloed op deze ver-

hooging der reflexen, vooral bij spannings- en angsttoestanden kan men dit constateeren.

Dikwijls verhoogd zijn verder de huidreflexen zooals de kittelreflex aan den voetzool, de gluteaalreflex, de cremaster en de buikreflex, verder de periostreflexen, b. v. beklopping van het capitulum radii enz.

Eene vermeerdering der mechanische spier- en zenuwprikkelbaarheid komt evenzoo voor, zoodat beklopping van een spier of zenuw door contractie gevolgd wordt. Zelfs zijn waarnemingen bekend geworden, waar het z.g. *Faciales phenomenon*, dat bij *tetanie* wordt waargenomen, aanwezig was.

Op deze verhoogde mechanische prikkelbaarheid der zenuwen kunnen de pijnen berusten, waarover neurasthenici dikwijls klagen, wanneer kleedingstukken knellen.

HOOFDSTUK III.

Symptomatologie der neurasthenie.

(Vervolg.)

V. VASOMOTORISCHE EN TROPHISCHE STOORNISSEN.

Wij zijn nu genaderd tot eene categorie van ziekteverschijnselen, waarvan wij de bespreking kunnen beginnen met de vermelding van enkele experimenteele feiten, een voorrecht, dat ons bij de functioneele neurosen slechts zelden te beurt valt.

Het is ons door proeven van Mosso bij den normalen mensch bekend, dat elke geestelijke werkzaamheid, hetzij deze is een intellectueel proces, of wel een emotie of een eenvoudige waarneming, gepaard gaat met vermeerdering van bloedtoevoer naar de hersenen. Deze vermeerdering is vrij aanzienlijk en is aan te toonen door eene vermindering van bloedtoevoer naar de andere lichaamsdeelen. Wanneer men den arm insluit in de pletysmograaf, ziet men, dat bij elk geestelijk proces de bloedvulling in den arm vermindert; deze vermindering houdt eenigen tijd stand om langzamerhand wederom te verdwijnen.

Er zijn proeven van Anjel bij *neurasthenici* genomen over den invloed van psychische processen op de bloedvulling in de extremiteiten. Deze toonen aan eene abnormale prikkelbaarheid van het vasomotorische systeem onder den invloed van psychische processen. Begint men het experiment, dan bemerkt men in den beginne niets, en eerst wanneer men den patiënt tot rust laat

komen, ziet men het volumen van den arm verminderen. Dit komt, doordat de voorbereiding van het experiment den patiënt zoodanig agiteert, dat dit reeds reden genoeg is voor vermeerderden toevloed van bloed naar de hersenen. Bij het begin van het experiment is dus het volumen van den arm verminderd, en door het optreden van psychische rust komt deze langzamerhand tot zijn normaal volumen. Experimenteert men nu verder, dan vindt men een abnormale reactie van het vasomotorische apparaat. Elke waarneming heeft niet de normale vermindering van het volumen van den arm ten gevolge, maar men neemt waar een onregelmatig op en neer gaan van dit volumen, welke onregelmatigheid ook nog eenigen tijd na het ophouden van het experiment doorgaat.

Uit deze onregelmatigheid in de vulling der periphere bloedvaten van het lichaam bij psychische processen, mag men besluiten tot eenzelfde toestand der bloedvaten in de hersenen. Deze proeven van *Anjel*, die echter nog verder herhaald en uitgebreid dienen te worden, geven eene belangrijke vingerwijzing voor de pathologie der neurasthenie. Misschien, dat voortgezet onderzoek in deze richting ons over den aard der ziekte verder kan brengen. Het besluit van *Anjel*, dat elke neurasthenie op eene vasomotorische stoornis zou berusten, is evenwel nog niet voldoende gedemonstreerd.

Abnormale reactie der periphere bloedvaten komt bij neurasthenie herhaaldelijk voor. De kleinste psychische emotie is dikwijls voldoende eene sterke vulling der periphere bloedvaten van den hals en het gezicht te geven.

Deze congesties zijn soms zeer voorbijgaande en herhalen zich bij elke emotie. Soms zelfs duren zij langer en kunnen dan gepaard gaan met meer of min duidelijk uitgesproken angsttoestanden, met een gevoel van beklemming en andere abnormale sensaties. Zelfs ziet men deze voorbijgaande hyperaemieën blijvend worden. Zoo heb ik een geval waargenomen, waarbij de continuëele congestie van het gezicht eerst bij het genezen der ziekte ophield.

Plaatselijke congestietoestanden komen ook aan andere lichaamsdeelen voor. Voornamelijk de handen en voeten kunnen dit verschijnsel geven. Soms staat ook dit in verband met psychische processen, somtijds komt het spontaan voor. Een mijner patiënten klaagde voortdurend over warme en roode voeten, en ondervond dit als een zeer hinderlijk symptoom.

Een ander verschijnsel, dat frequent bij neurasthenie wordt waargenomen, moet waarschijnlijk voor een gedeelte in verband gebracht worden met uitzetting der bloedvaten. Dit zijn de z.g. kloppingen, waarover zoo veel patiënten klagen, wanneer deze, zooals meestal het geval is, niet gepaard gaan met eene daaraan geëvenredigde vermeerdering der werking van het hart.

Wanneer een patiënt over kloppingen klaagt, kan men bij onderzoek verschillende dingen vinden. Is de hartsactie inderdaad verhoogd, dan is het zonder meer duidelijk. Is de werking van het hart normaal, dan kan men toch vinden eene meerdere intensiteit van den pols in de verschillende slagaderen. Zoo vindt men soms bij normale werking van het hart de carotis of de aorta abdominalis zeer sterk kloppen. Men neemt dan aan, dat deze arterieën abnormaal uitgezet zijn. Sphygmographische onderzoekingen over deze abnormale verschijnselen zijn niet verricht. Klinisch neemt men dikwijls dergelijke gevallen waar. Vooral, wanneer deze palpitaties in het abdomen worden gevoeld, is het voor den lijder eene onuitputtelijke bron van klachten, die op hypochondrisch-neurasthenische manier verwekt, eene bron van ellende zijn.

De derde mogelijkheid, die men bij deze kloppingen dikwijls aantreft, is, dat men objectief aan het hart, zoowel als aan de bloedvaten niets abnormaals aantreft. Bij normalen hartslag en normalen pols klaagt de lijder over palpitaties. Deze kunnen in elk lichaamsdeel gevoeld worden en zijn oorzaak van groote onrust. Enkele lichaamsdeelen hebben hierbij de voorkeur, zoo b.v. de ooren, het hoofd, de vingertoppen, het epigastrium. Gewoonlijk gaan deze kloppingen met allerlei abnormale psychische verschijnselen, voornamelijk angsttoestanden en verder met een gevoel van onrust gepaard, waardoor de lijder geen oogenblik stil kan liggen.

In tegenstelling met bovengenoemde vasomotorische stoornissen, die men angioparalytische zou kunnen noemen, staan de abnormale vernauwingen der bloedvaten, de z.g. angio spastische toestanden. Herhaaldelijk hoort men neurasthenici klagen over koude handen of koude voeten. Daarbij is de radi-aalpols dikwijls abnormaal klein. Ook het gezicht kan bleek zijn, wat sterk contrasteert met de slijmvliezen, die hunne normale kleur behouden hebben; evenzoo is het haemaglobinegehalte normaal.

In hoeverre circulatiestoornissen de oorzaak zijn van de ziekteverschijnselen, die men in de inwendige organen en in de hersenen waarneemt, is nog niet uitgemaakt.

Wij mogen het als eene belangrijke schrede der klinische ziektebeschrijving in de goede richting beschouwen, dat men de zoo talloos verschillende nerveuse hartstoornissen terug heeft leeren brengen onder het kader der neurasthenische verschijnselen. De stoornissen in de hartinnervatie, die beschreven werden als angina pectoris, als asthenia cardiacum, nerveus hartkloppen, verlangzaamde of versnelde werking van het hart, verzwakte of versterkte hartswerking, en die als even zoovele zelfstandige neurosen imponeerden, zijn gebleken te zijn of liever te kunnen zijn, verschijnselen van eene algemeene functioneele zenuwziekte, de neurasthenie. Het spreekt wel vanzelf, dat men door locale aandoeningen der nervi vagi of sympathici of langs reflectorischen weg de meest verschillende veranderingen in de hartsfunctie kan verkrijgen; elke nerveuse stoornis in deze functie is dus niet van neurasthenischen aard; maar afgezien van deze locale ziekteprocessen in het periphere en centrale hartzenuwapparaat, zooals die bij zeer veel verschillende organische zenuwziekten kunnen voorkomen, en afgezien verder van de organische stoornissen in het spierapparaat zelve, bestaan er talrijke nerveuse storingen in de werking van het hart, die, wanneer men ze als afzonderlijke aandoeningen beschouwt, geen zin hebben, doch welker beteekenis begrijpelijk wordt, wanneer men ze samenvat in het kader der neurasthenie.

De physiologische werking van het zenuwstelsel op de hart-

spier is eene zeer samengestelde, maar openbaart zich hoofdzakelijkheid in twee richtingen, eene remmende door prikkeling der *vagus* en eene versnellende door *sympathicus* prikkeling. Bij normale werking van het hart onderhouden beide zenuwen een zekeren graad van tonus.

De normale hartswerking is als 't ware de resultante van deze beide tegengestelde invloeden.

Nu is ons reeds uit al het voorafgaande bekend, dat men bij neurasthenie de meest mogelijke combinaties van functioneel verhoogde en verminderde zenuwwerkzaamheid kan aantreffen; hogere functies kunnen in een stadium van functioneele uitputting zijn, terwijl tegelijkertijd lagere centra in een' prikkelingstoestand verkeerren. Deze hogere centra hebben al naar hun toestand invloed op de lagere, 't zij eene remmende, 't zij eene bevorderende. Denkt men zich dezen invloed van het centrale zenuwstelsel op het nerveuse hartapparaat, dan zijn de meest verschillende combinaties mogelijk. Eene versnelling van den hartslag kan ontstaan door remmenden invloed der hersenen op de *vagus*-centra of door bevorderenden invloed op de *sympathicus* centra; een verlangzaamde hartslag door het tegendeel. Bedenkt men verder, dat bij de algemeene neurasthenische hyperaesthesie, door de irradiatie, door het wegvallen van allerlei centrale en periphere weerstanden, alle reflexprocessen veel gemakkelijker en intensiever verlopen, dan wordt ons verder begrijpelijk de zoo intensieve invloed van het digestieapparaat op de hartsfunctiën.

Al deze opgesomde mogelijkheden brengen ons voor de verklaring der neurasthenische hartsafwijkingen nog niet veel verder, en wij zijn in een gegeven geval nooit in staat om bij de aanwezige functioneele stoornis, aan te wijzen, waarop deze berust. Wij staan hier wederom voor dezelfde moeilijkheden, die wij reeds bij de sensibele en motorische verschijnselen der neurasthenie bespraken, dat wij de functioneele stoornis niet kunnen localiseeren, en bij het hart is dit nog in hogere mate het geval, omdat de centrale functioneele stoornis inwerkt op een zeer gecompliceerd peripheer zenuwapparaat.

Toch wordt het ons door deze overwegingen duidelijk, hoe zoo verschillende afwijkingen in de hartsfunctie onder invloed van eene zelfde ziekte kunnen ontstaan. Wanneer men voor elke functioneele stoornis in de werking van het hart eene afzonderlijke neurose wil aannemen, komt men tot allerlei onwaarschijnlijkheden en ontmoet men patiënten, die aan drie of vier verschillende neurosen te gelijk lijden; terwijl al deze op elkaar volgende en elkaar afwisselende stoornissen in de hartsfunctie ons begripelijk worden, wanneer wij ze beschouwen, afhankelijk te zijn van die centrale stoornis in de zenuwfunctie, die wij bij neurasthenie aannemen.

Dit is de vooruitgang, dien de klinische ziektebeschrijving der nerveuse hartstoornissen in de latere jaren ons gebracht heeft, en waarop ik zooeven doelde.

De werking van het hart kan bij neurasthenie op verschillende wijzen gestoord zijn.

De hartslag kan in frequentie vermeerderd zijn. Gewoonlijk neemt men dit waar onder den invloed van gemoedsbewegingen. Bij neurasthenie is dit zeer sterk en de minste emotie, somtijds ook de minste geestelijke inspanning, is in staat eene versnelling van den hartslag te bewerken.

Deze versnelling van den hartslag komt dikwijls in aanvallen voor, als zoogenaamd nerveus hartkloppen, somtijds spontaan, somtijds na eene psychische emotie of na het digestieproces. De versnelling is somtijds aanzienlijk en kan tot 140 slagen in de minuut gaan; dikwijls, niet altijd, is daarbij de intensiteit der hartscontractie verhoogd, somtijds in die mate, dat de harttonen tot op eenige distantie van den lijder hoorbaar zijn. Hiermede gaat dan gepaard een kloppen der periphere arterieën. De subjectieve klachten bij een dergelijken aanval zijn gewoonlijk zeer intensief. De lijder klaagt over hevige benauwdheid, over een beklemd gevoel in de borst; daarbij is hij angstig en meent in een aanval van ademnood en benauwdheid te zullen sterven. Vooral, wanneer deze aanvallen des nachts optreden, is het subjectieve gevoel van den lijder het ergst

gestoord, en elk neuroloog weet van zijne nachtelijke visites te verhalen bij aanvallen van hartpalpitaties, waarbij de patiënt meende te succombeeren.

Naast deze aanvallen en somtijds gelijktijdig daarmede, komt *angina pectoris* voor. Deze kan van zuiver nerveusen aard zijn en behoeft volstrekt niet te wijzen op stenose der coronair-arterieën. De verschijnselen zijn bekend, groote angst met pijn in de hartstreek, uitstralende pijnen naar den linkerschouder en den linkerarm, vooral in het gebied van den N. Ulnaris, versnelde hartswerking, met gevoel van oppressie, versnelde en diepe ademhaling, met groote benauwdheid en objectief waarneembare dyspnoe; in andere gevallen bleekheid van 't gezicht, dat met koud zweet bedekt is en 't gevoel van een naderend einde, wat in gevallen van organische veranderingen in de hartspeer dikwijls bewaarheid wordt, terwijl bij hartneurose van een dergelijken afloop nog geen goed geconstateerd geval bekend is.

Deze aanvallen van hartpalpitaties, wèl of nièt vergezeld van verschijnselen van *angina pectoris*, zijn wel van de onaangenaamste en hardnekkigste verschijnselen, die bij neurasthenie voorkomen. Na elken aanval is de patiënt gedeprimeerd en gaat hij met minder vertrouwen de toekomst te gemoet. Zoo ergens, dan heeft men hier een vicieusen cirkel, daar elke emotie en vooral elke onrust weer aanvallen van hartpalpitaties te voorschijn kan roepen.

Bovengenoemde hartverschijnselen gaan dikwijls gepaard met eene overgevoeligheid der geheele hartstreek; spontaan wordt hier over pijnen en onaangename, drukkende sensaties geklaagd; somtijds is de borstkast in de 5^{de} intercostaalruimte op de hoogte van de hartpunt voor druk pijnlijk en stralen onaangename gewaarwordingen van hier naar den hals en den linkerschouder uit. Deze hyperaesthesie van de hartstreek is waarschijnlijk de oorzaak, dat reeds de normale hartslag pijnlijk gevoeld kan worden en dat bij niet versterkte werking van het hart over kloppingen geklaagd wordt.

Deze aanvallen van hartpalpitaties kunnen reflectorisch van

uit het maagdarmkanaal ontstaan; reeds de normale digestie gaat gepaard met versterking der hartswerking, te meer is dit het geval bij neurasthenie, waar eenerzijds het digestieproces dikwijls gestoord is, en anderzijds door den hyperaesthetischen toestand van het hart en zijne omgeving, elke prikkel tot stoornissen in zijne functie aanleiding geeft, terwijl bovendien de reflectorische processen door wegvallen van centrale weerstanden dikwijls verhoogd zijn.

Onafhankelijk van deze aanvallen van hartpalpitaties komt eene continuëele versnelling van den hartslag voor. De frequentie kan stijgen tot 140 en meer slagen in de minuut, gewoonlijk zijn deze ook minder intensief dan normaal, en bestaat er hartzwakte. In dit geval kan gelijktijdig een arythmie van den hartslag bestaan, eene arythmie, die door de daarnaast aanwezige hyperaesthesie van de hartstreek onaangenaam door den lijder gevoeld wordt, die over trillingen, bevingen enz. van den hartslag klaagt, waarbij wederom het gevoel van angst nooit ontbreekt.

In deze gevallen van Tachykardie kan het moeilijk zijn de differentiëele diagnose met de ziekte van Basedow te maken, omdat, zooals bekend is, juist deze tachykardie gedurende langen tijd het eenige symptoom van laatstgenoemde ziekte kan zijn, en altijd het beginsymptoom daarvan is. Bovendien kunnen de psychische verschijnselen der Basedowsche ziekte zoozeer een neurasthenisch karakter dragen, dat men langen tijd in twijfel kan zijn over den aard der ziekte; in zulke gevallen moet men afwachten. In 't algemeen dragen de psychische verschijnselen bij Basedow geen duidelijk neurasthenisch cachet, zoodat geoefende neurologen spoedig onderscheid weten te maken.

Of ook eene continuëele verlangzaming van den hartslag voorkomt, een z.g. *Brachykardie*, schijnt nog twijfelachtig te zijn.

De hartcontracties kunnen bij neurasthenie onregelmatig zijn; men voelt aan den pols, na eenige normale slagen, sommige zwakke daarop volgen, en kan door gelijktijdige contrôle van het hart constateeren, dat daaraan evenredige hartcontracties

beantwoorden. Is deze onregelmatigheid van neurasthenischen aard, dan wijst dit op eene zeer labiele hartinnervatie, waarbij centrale verzwakkingen en versterkingen in afwisselende mate op de directe hartcentra invloed uitoefenen. Bewuste psychische invloeden zijn hierbij buiten te sluiten.

Op andere wijze kunnen de hartcontracties onregelmatig zijn, doordat langere pauzen van normale werking van het hart met degelijke pauzen van verzwakte contractie afwisselen. Ook hierbij is elke bewuste oorzaak buiten te sluiten, en komen de aanvallen van hartzwakte geheel spontaan tot stand. In aansluiting aan deze zwakke hartcontracties komen dan dikwijls verschillende verschijnselen, als pijn in de hartstreek, uitstralende naar den schouder en den arm tot aan den elleboog, gewaarwordingen van oppressie, angst en in 't algemeen verschijnselen, die aan angina pectoris doen denken.

In een geval van dergelijke paroxysmale aanvallen van hartzwakte, dat ik waarnam, viel in het oog, hoe zich hiermede verbond een algemeene psychisch-gemotiveerde angsttoestand. De patiënt dorst dan niet in donker te blijven, kreeg psychisch gemotiveerde voorstellingen over aanrandingen, was bang uit het venster te vallen, dacht te zullen schrikken, enz. Men had hier de gewone verschijnselen van eene heftige emotie van een schrik, maar met dit onderscheid, dat niet het psychische proces primair was en de hartsreactie secundair, maar dat aan de aanvallen van hartzwakte zich eerst na eenige oogenblikken eene psychische alteratie aansloot. Dergelijke gevallen, indien zij in grooteren getale en onder verschillende omstandigheden aangetroffen worden, zouden zeer pleiten voor de theorie van Lange over het ontstaan der emotie.

Opmerking verdient echter, hoe constant de emotie van schrik, angst en andere affecten met negatieven gevoelston, verbonden zijn met gewaarwordingen in de hartstreek en veranderingen in de hartsfunctie, somtijds naast gewaarwordingen in de maagstreek. Zonder te willen onderschrijven de opinie van W. James, „dat men niet weent, omdat men droevig gestemd

is, maar dat men droevig gestemd is, omdat men weent", eene opinie, die de meest consequente doorvoering is van de theorie van Lange over de emotie, geloof ik toch, dat zoowel de emotie de lichamelijke reactie te voorschijn roept, als omgekeerd ook de lichamelijke stoornis oorzaak van de emotie kan zijn.

Eene mijner patiënten was angstig en zelfs gemotiveerd angstig bij hare aanvallen van hartzwakte en bij de hyperaesthesie harer hart en maagstreek. Deze angst verdween direct, wanneer deze hyper- en paraesthetische gewaarwordingen zich ergens anders, b. v. in het abdomen of de genitalieën, localiseerden.

Het innig verband tusschen emoties met negatieven gevoels- toon en paraesthesieën in de maag- en hartstreek schijnt mij door dergelijke gevallen duidelijk gedemonstreerd.

Aan deze gevallen sluiten zich aan andere, waar de hartzwakte een continuëel verschijnsel is, en waar deze zwakke samentrekkingen aan nerveusen invloed moeten worden toegeschreven. Dikwijls zijn in deze gevallen ongetwijfeld andere neurasthenische verschijnselen aanwezig, en wijst ook de zwakte der hartcontractie zelve door den grooten invloed, dien zij door psychische processen ondergaat, op een nerveusen oorsprong. Dikwijls echter combineert zich deze permanente hartzwakte met anaemisch-chlorotische verschijnselen, en met dit algemeen terugblijven in organische ontwikkeling, dat wij reeds vroeger hebben leeren kennen, als een gevolg van schadelijke invloeden, die op de kiem of op het embryo hebben ingewerkt, en die eene zoo rijke bron zijn voor het ontstaan van neurasthenie. Met deze permanente hartzwakte kunnen zich aanvalsgewijze combineeren alle stoornissen, die wij boven in de hartsfunctie hebben besproken.

Als afzonderlijk verschijnsel komt nog voor de hyperaesthesie van de hartstreek. Deze kan gecombineerd zijn met alle bovengenoemde stoornissen, maar kan ook voorkomen bij geheel normale werking van het hart. Bij normale functie komen pijnen in de hartstreek voor, die naar den linkerarm uitstralen en met angstige gewaarwordingen gepaard gaan.

De onderscheiding der neurasthenische hartzwakte van organische hartaandoeningen, vooral van de degeneratie der harts-pier is niet altijd gemakkelijk. Dat nerveuse hartzwakte, zooals *Bouveret* meent, tot *degeneratio cordis* kan voeren, is altijd nog twijfelachtig.

Het bij klepvliesgebreken aanwezig geruisch ontbreekt bij neurasthenie bijna constant. Nu en dan neemt men een systolisch geruisch van de hartpunt waar. Dit geruisch is echter veranderlijk, vooral psychische momenten doen het verdwijnen of roepen het te voorschijn. Hypertrophie van de harts-pier komt bij neurasthenie niet voor. Wel dilatatie der rechter ventrikel, zoodat men *damping* beneden op het sternum vindt.

Moeilijker kan zijn de onderscheiding van *degeneratio cordis*. Behalve op de nooit ontbrekende begeleidende neurasthenische verschijnselen, heeft men dan te letten op den grooten invloed van psychische momenten op de werking van het hart bij neurasthenie, die vooral bij nerveuse hartzwakte op den voorgrond treedt. Bij organische hartdegeneratie is daarentegen de invloed van spierarbeid overwegend; na inspanning ziet men hier behalve de hartpalpitaties, objectief de verschijnselen van dyspnoe en cyanose. Bij neurasthenie ontbreekt dit, terwijl toch het gevoel van prostratie en beklemming dikwijls aanwezig is. In 't algemeen bestaat er bij neurasthenie eene disharmonie tusschen het type der ademhaling en de gestoorde werking van het hart, dit is een der meest veilige principes voor de onderscheiding van nerveuse en organische hartafwijkingen.

De ademhaling is bij neurasthenie weinig gestoord. Onder den invloed van psychische momenten ziet men versnellingen en onregelmatigheden. Het tijdelijk ophouden der ademhaling bij acute angsttoestanden is bekend.

Eene eigenaardige stoornis zijn klachten over benauwdheid en drukking op de borst zonder hartafwijkingen; dit brengt den patiënt er toe, voortdurend diepe inspiraties te doen. In sterk uitgesproken gevallen is het, alsof tijdelijk, gedurende eenige seconden de ademhaling stil staat, en dan worden plotseling

eenige diepe inspiraties verricht. Deze sterke spierbewegingen, verbonden met het gevoel van ademnood, brengt den lijder in een gedeprimeerden gemoedstoestand. De objectieve verschijnselen van dyspnoe ontbreken geheel, zoodat verwisseling met organische afwijkingen wel niet mogelijk is.

In sterk uitgesproken gevallen, zooals ik er twee waarnam, kan men door de afwisselend sterke en zwakke inspiraties en den momentanen stilstand daarvan, den indruk verkrijgen, alsof men een Cheyne-stokes phenomeen voor zich had. Het onderscheid was echter duidelijk, wanneer men er op lette, hoezeer emotie de verschijnselen deed toenemen.

Wat het uitwendig voorkomen van den neurasthenicus betreft, kan men verschillende typen onderscheiden.

Het eerste type is dat van den gewonen mensch, waaraan men bij den eersten oogopslag niets bijzonders merkt en bij wien men eerst uit de klachten den neurasthenicus herkent. Onder deze personen treft men de meeste gevallen aan van verkregen neurasthenie; de beide andere typen zijn meer de hereditaire vormen.

Het tweede type vertoont bleekzuchtige, slecht gevoede, magere personen, met weinig spierkracht; hunne ziekte staat hun op 't gezicht geschreven; de melancholische, gedrukte gemoedstemming teekent zich af in de plooiën van 't voorhoofd en rondom den mond. Met zwakke stem worden de hypochondrische klachten medegedeeld, en de meesten vertellen van hunne gewaande hersen- of ruggemergsaandoeningen. Onder deze personen komen hoofdzakelijk die gevallen voor, welke berusten op congenitale overgeërfde ziekte-toestanden, hereditaire Lues en Tuberculose, zwak geboren kinderen, met eene zwakke functie van alle organen.

De antipode van dit laatstgenoemde type is de gezond uitziende, goed gevoede neurasthenicus, waarvan de *communis opinio* zegt, dat het ingebeelde zieken zijn. Ook dit zijn dikwijls hereditaire gevallen, waar de overgeërfde zwakte zich in het zenuwstelsel schijnt te localiseeren; men kan hen dikwijls over

hunne angst- en dwangdenkbeelden hooren klagen. Zij komen er moeilijk toe, hunne klachten mede te deelen, maar hebben zij eenmaal de eerste vrees overwonnen, dan vertellen zij gewoonlijk alles.

Opmerkelijk is somtijds bij neurasthenici de wisseling in hun voedingstoestand, waardoor verschillen van 10—20 K.G., binnen een betrekkelijk kort tijdsverloop, niet tot de zeldzaamheden behooren. Wordt eene vermeerdering van lichaamsgewicht veroorzaakt door eene verbetering der digestiefunctiën, of wel gaat de toename in gewicht gepaard met eene verbetering in den psychischen toestand, dan is ons dat begrijpelijk, hoewel in het laatste geval de samenhang in bijzonderheden ons natuurlijk ontgaat. Men kan echter ook somtijds deze schommelingen in het lichaamsgewicht waarnemen, zonder dat de digestie of de psychische stoornissen verandering ondergaan. In dit geval blijven deze betrekkelijk aanzienlijke, schijnbaar spontane schommelingen ons geheel onverklaarbaar.

Trophische stoornissen komen bij neurasthenie voor in de huid, tengevolge van den onvoldoenden voedingstoestand. Deze is droog, dun, vertoont weinig elasticiteit en is dikwijls bleek of vaal van kleur. Misschien kan ook de onvoldoende voedings-toestand der spieren als zoodanig opgevat worden.

VI. DIGESTIE-STOORNISSEN.

Digestie-stoornissen behooren bij neurasthenie tot de zeer gewone verschijnselen; in de helft der gevallen zijn zij aanwezig.

Niets is echter moeilijker, dan een overzicht te geven van deze digestie-stoornissen. Dit komt, doordat de aard van deze ziekte-toestanden ons nog zeer onvolkomen bekend is, en wij bovendien niet weten, in hoeverre deze afwijkingen in de maagfunctiën karakteristiek zijn voor neurasthenie, of wel afzonderlijk als zelfstandige maagaandoening bij andere functioneele neurosen kunnen voorkomen.

Verder biedt de digestie-stoornis zelf, wat betreft den aard en de localisatie der afwijking, groote moeilijkheden aan. Het ver-

schil tusschen de organische aandoeningen van de maag, dat zijn zulke, die met organische veranderingen in den maagwand gepaard gaan, en de nerveuse aandoeningen, is in 't algemeen niet moeilijk. Bezwaarlijk wordt het echter, de verschillende nerveuse digestie-stoornissen van elkaar te onderscheiden. Stellen wij ons voorloopig op een anatomisch standpunt, dan is het reeds *à priori* meer dan waarschijnlijk, dat het voor de maagfunctie niet onverschillig is, welk gedeelte van het de maag beheerschende zenuwstelsel aangedaan is, en toch weten wij niet bij benadering de verschijnselen, die aan verschillende gelocaliseerde veranderingen beantwoorden.

Eene verdere moeilijkheid bij de nerveuse digestie-stoornissen is hierin gelegen, dat wij de functie-stoornissen van de maag en van den intestinaal-tractus niet uit elkaar kunnen houden. De digestie is ons het best bekend van den mond tot den pylorus, en van het coecum tot den anus; wat daartusschen ligt, is in vele opzichten, vooral bij den mensch, een onbekend terrein. In de latere jaren zijn velerlei afwijkingen in de maag-digestie ons bekend geworden, omdat wij het digestie-proces hier stap voor stap konden volgen. De digestie in den dunnen darm en vooral de stoornis in de resorptie der digestie-producten zijn ons grootendeels onbekend gebleven, omdat wij niet in staat zijn dit digestie- en resorptie-proces stap voor stap te volgen. In den dikken darm zijn de verhoudingen iets gunstiger.

Deze eenvoudige principes, die reeds voor de organische maag-darmziekten gelden, hebben nog meer beteekenis voor de nerveuse stoornissen van het maag-darmkanaal. Het wordt ons hierdoor begrijpelijk, hoe onze kennis daarvan nog zoo gebrekkig is.

De nerveuse maagstoornissen behooren verder niet alle bij het ziektebeeld der neurasthenie; integendeel gaan tal van andere ziekten, ik behoef alleen slechts aan de chlorose te herinneren, met nerveuse digestie-afwijkingen gepaard. Ook komen allerlei nerveuse digestie-stoornissen als meer of min zelfstandige ziekten voor.

In het vervolg beschrijven wij dus die digestie-stoornissen,

welke in het ziektebeeld der neurasthenie zijn waargenomen en door de frequentie met welke zij zich voordoen, waarschijnlijk in oorzakelijk verband met de ziekte staan. Dezelfde of analoge afwijkingen kunnen echter ook bij andere ziekten of als zelfstandige aandoeningen voorkomen.

Wat door Leube, Ewald enz. als nerveuse dyspepsie wordt beschreven, heeft met Neurasthenie weinig uit te staan. Het is eene hyperaesthesie van het maagslijmvlies, die vrij karakteristieke verschijnselen kan geven, maar die met de centrale functioneele neurose in geen verband staat. Bovendien is het niet zeker of in deze gevallen niet organische afwijkingen van het slijmvlies de oorzaak van de z.g. hyperaesthetie zijn.

Eene voor neurasthenie vrij karakteristieke aandoening is de door *Bouveret* beschreven *neurasthenische gastro-intestionele atonie*. Meermalen heb ik deze geconstateerd en in zijn verloop kunnen volgen, zoodat ik de overtuiging heb, dat zij met neurasthenie in eenig causaal verband staat. De hier volgende beschrijving der aandoening geeft in hoofdzaak de opinie van *Bouveret* weer.

Bouveret onderscheidt twee vormen, een lichter en een zwaarder. Bij den lichter vorm ontbreekt eene algemeene voedingsstoornis, en de patiënten blijven er goed gevoed uitzien; bij den zwaarder vorm is dit niet het geval, en komt zelfs een hooge graad van emaciatie voor, zoodat bij deze lijders in den beginne aan carcinoom kan gedacht worden. Een herhaald onderzoek, in verband met de steeds aanwezige andere neurasthenische verschijnselen, maakt echter in de meerderheid der gevallen een juiste diagnose mogelijk.

De stoornissen in de digestie zijn in den beginne hoofdzakelijk van subjectieven aard. De eetlust kan normaal zijn, is soms verminderd; voornamelijk is dit afhankelijk van de stemming van den lijder; een melancholisch, hypochondrische stemming gaat bijna altijd gepaard met vermindering van den eetlust. De bezwaren komen hoofdzakelijk een half tot één uur na den maaltijd. De patiënt klaagt gewoonlijk, dat de digestie zoo

moeilijk is, hij heeft een gevoel van zwaarte in de maag, het is, alsof de maag uitgezet is en als een slappe, zware zak in de buikholte hangt; daarbij is gewoonlijk niet objectief aan te toonen, dat de maag uitgezet is.

Dikwijls bestaat eene verhoogde gasontwikkeling, die percutisch gemakkelijk is aan te toonen. De patiënt ondervindt verlichting, wanneer hij door ructus de gassen uit de maag kan doen ontsnappen. Hiertoe ziet men hem nu en dan groote moeite doen en de ongegeneerdheid, waarmee bij sommige neurasthenici dergelijke pogingen geschieden, heeft eene zekere vermaardheid verkregen. Wanneer deze klachten bestaan, kan men gewoonlijk ook een paar uur na den maaltijd door schudding of beklopping van den buikwand het bekende successiegeluid van den maaginhoud te voorschijn roepen; een dilatatie bestaat echter niet, tenminste niet in eene eenigszins belangrijke mate, zooals reeds zonder vulling der maag met koolzuur blijkt uit het onderzoek 2 uur na den maaltijd. Het sonore percussiegeluid blijft dan gewoonlijk beperkt tot de streek, twee vingerbreedten boven den navel.

Bovengenoemde subjectieve klachten van den lijder kunnen bij dezen betrekkelijk geringen graad van objectieve stoornis van het digestie-proces een' hoogen graad bereiken. De lijder kan eenige uren na den maaltijd volkomen ongeschikt worden tot elken geestelijken of lichamelijken arbeid, en ook in den tijd tusschen de maaltijden en 's morgens klaagt hij over gewaarwordingen van leegheid en druk in de maagstreek. Men vindt dikwijls een beslagen tong en hoort klachten over een onaangename smaak in den mond. Daarbij bestaat een algemeen gevoel van lichamelijke en geestelijke malaise.

Onderzoekt men in deze periode der ziekte de nuchtere maag des morgens, dan vindt men dat zij leeg is. Het spiermechanisme van de maag heeft dus weinig in zijne functie geleden. Omdat men echter kort na elken maaltijd eene lichte uitzetting van de maag kan vinden, schijnt toch bij deze normale functie van de maagspier eene algemeene verslapping van den maagwand aanwezig te zijn.

Een belangrijk verschijnsel van deze gastro-intestinale atonie, is verder het veelvuldig ontbreken van het vrije zoutzuur in de maag, gedurende de geheele periode der digestie. Niet altijd ontbreekt het geheel, somtijds is de hoeveelheid vrij zoutzuur slechts verminderd, somtijds is het in normale hoeveelheid aanwezig. Dit ontbreken van zoutzuur in de maag is niet karakteristiek voor neurasthenische dyspepsie, daar het ook bij andere ziekten, b.v. bij chlorose en bij carcinoom waargenomen wordt; het is echter belangrijk op de veelvuldigheid van dit symptoom te letten, daar men het dikwijls reeds bij het begin der neurasthenische dyspepsie kan waarnemen.

Door de afwezigheid van vrij zoutzuur worden de abnormale gistings-processen in de maag bevorderd, waarbij verschillende organische zuren kunnen ontstaan, waarvan boterzuur en melkzuur de voornaamste zijn. Deze geven, naast de bij neurasthenici zoo veelvuldige gasontwikkeling uit de maag, de zure en scherpe oprispingen van vloeistoffen, het z.g. „Sodbrennen” der Duitschers. De maaginhoud zelf, wanneer men deze met de sonde ledigt, heeft eene karakteristieke lucht naar sterke boter.

Met bovengenoemde digestie-stoornissen in de eerste periode der neurasthenische gastro-intestinale atonie, is bijna altijd gepaard eene hardnekkige obstipatie. Deze wijkt niet voor purgantia, is ook door massage niet altijd te verbeteren, maar verdwijnt gelijktijdig met de genezing van de digestie-stoornis. Sommige patiënten hebben slechts 4 à 5 maal per maand eene defecatie, en dit kan jaren lang duren. Dikwijls zijn de faecesballen, tot kleine knikkergroote stukjes vervormd, zoodat de ontlasting veel op geitenkeutels lijkt, somtijds door slijm omgeven. Tengevolge van deze obstipatie kunnen hevige aanvallen van duizeligheid optreden, die onmiddellijk verdwijnen, zoodra purgantia worden genomen.

De kenmerken van het eerste stadium dezer neurasthenische dyspepsie, afgezien van de subjectieve bezwaren, zijn dus: vermindering of opheffing der secretie van het zoutzuur, abnormale fermentatie-processen van den maaginhoud, verslappin g en matige

uitzetting, gedurende het digestie-proces, van de maag, met behoud van de normale functie der maagspieren.

Het neurasthenische karakter van deze digestie-stoornis wordt bewezen, door het gelijktijdig aanwezig zijn van andere neurasthenische verschijnselen, door het optreden er van na psychische oorzaken, terwijl andere ziekten, waarbij dezelfde verschijnselen kunnen voorkomen, zooals chlorose en carcinoom, ontbreken.

In het tweede stadium der neurasthenische dyspepsie voegt zich bij de beschreven verschijnselen, die in intensiteit zeer kunnen toenemen, een nieuw symptoom; dit is de vermindering van den algemeenen voedingstoestand.

Het uitzicht van den patiënt wordt voortdurend minder, er heeft eene algemeene vermagering plaats, de gelaatskleur wordt vaal, de krachten van den lijder nemen af, vooral wanneer reeds vroeger verschijnselen van neurasthenische asthenie bestonden. De lijders gevoelen zich vrij wel wanhopig, de subjectieve klachten worden in kleuren en geuren beschreven, en het opvallende feit, dat de lijder steeds meer vermagert, brengt hem op het denkbeeld, dat hij aan kanker lijdende is. Ook voor den medicus is de differentiaal-diagnose met laatstgenoemde ziekte niet altijd even gemakkelijk.

Naast dit verlies in lichaamsgewicht, neemt men dikwijls waar, eene ectasie van de maag, die zich door de gewone middelen gemakkelijk laat aantoonen. Ook begint de motorische functie der maagspieren te lijden, en vindt men 8—10 uren na den maaltijd, dat de spijsen de maag nog niet gepasseerd zijn.

De abnormale gistings-processen nemen toe en de onvoldoende digestie met de talrijke daarmede verbonden abnormale sensaties, brengen den lijder in eene hoogst gedeprimeerde stemming. Een dergelijke ectasie van de maag bij neurasthenie, bereikt niet een dergelijken graad als wij die bij stenose der pylorus kunnen waarnemen. Dit neemt echter niet weg, dat het eene zeer onaangename complicatie van het ziektebeeld is, en dat zij, eenmaal aanwezig, gedurende langen tijd hardnekkigen weerstand aan elke behandeling kan bieden.

Het is moeilijk uit te maken, wat de oorzaak is van den slechten voedingstoestand van den lijder. Het is onwaarschijnlijk, hiervoor de gedeprimeerde stemming alléén verantwoordelijk te stellen, ofschoon deze er zonder twijfel veel toe zal bijgedragen hebben. Ook de stoornis der digestie in de maag alleen is niet in staat de sterke emaciatie te verklaren, omdat de maag als zoodanig voor de vertering en de resorptie der voedingsstoffen niet uitsluitend maatgevend is. Ook reeds in het eerste stadium der neurasthenische dispepsie is het digestie-proces in de maag ernstig gestoord, en is dit gewoonlijk reeds chemisch aan te toonen, zonder dat echter eene vermindering van den algemeenen voedingstoestand aanwezig is. Verminderde voedselopname kan het ons evenmin duidelijk maken, daar deze dikwijls voldoende, somtijds meer dan voldoende is. Wij zijn naar mijne meening genoodzaakt, eene stoornis in het digestie- en resorptie-proces van den darmwand aan te nemen en moeten ons voorstellen, dat de nerveuse stoornis in het digestie-proces van de maag, bij het voortschrijden der ziekte zich op den darm voortplant. Omdat echter het digestie-proces in den darm ons zoo onvolledig bekend is, en zoo weinig toegankelijk is voor onderzoek, kunnen wij onze meening niet door positieve feiten ondersteunen. Wij weten zelfs niet, of deze stoornis in de darmfunctie een primair chemische stoornis is, of de resorptie bemoeilijkt is, dan wel of het eene motorische atonie is; waarschijnlijk zijn deze drie omstandigheden gelijktijdig aanwezig en dragen zij elk afzonderlijk 't hare bij tot de algemeene emaciatie.

Eene niet ongewone complicatie van de neurasthenische maag-darm-atonie is de *pseudo-membraneuse* ontsteking van het colon. Bij deze aandoening ziet men met de zeer harde faecesballen eene groote hoeveelheid mucus en vloeistof het darmkanaal verlaten. Deze mucus komt soms voor in kleine vlokken, somtijds echter als meer of min groote vliezen en vellen, die een afgietsel van den darmwand kunnen te zien geven. Bloed is in geringe mate dikwijls aan de slijmige vliezen adhereerend. Deze mucusvellen komen uit het colon en ontstaan door de chronische

prikkeling van den darmwand door de harde faeces. De ontlasting gaat gewoonlijk met koliekachtige pijnen en tenesmi gepaard, ook is somtijds het geheele colon pijnlijk voor palpatie. Door loslating der mucusvellen ontstaan erosies, die kleine bloedingen kunnen geven, en die verder verantwoordelijk moeten gesteld worden voor de meerdere malen waargenomen koortsaanvallen, tengevolge van resorptie van septische producten van den darm-inhoud, zooals dat ook wel bij de gewone chronische obstipatie kan voorkomen. Dikwijls gaat de defaecatie gepaard met hevige koliekachtige pijnen, die over den geheelen buik verspreid kunnen zijn, maar hoofdzakelijk haren zetel hebben in de verschillende gedeelten van het colon.

De laatste nog te beschrijven complicatie der neurasthenische atonie is de *enteroptose* van *Glenard*. Deze aandoening komt herhaaldelijk voor na andere ziekten, die ons hier niet nader aangaan, maar zeker is ook, dat de neurasthenische atonie zonder meer tot enteroptose kan voeren. Verschillende omstandigheden, vooral de algemeene ematiatie en het slap worden van den buikwand, bevorderen deze algemeene verzakking der ingewanden. Bij vrouwen, wier buikwand na herhaalde zwangerschappen, of door vroeger bestaan hebbende en thans geëxtirpeerde tumoren, zeer uitgezet is geweest en daardoor verslapt is, of die door het dragen van nauwe corsetten den inhoud der buikholte kunstmatig naar beneden hebben gedrongen, komt *enteroptose* meer voor dan bij mannen.

Neurasthenici, die aan enteroptose lijden, vertoonen gewoonlijk een zeer vermagerden buikwand, die in rechtopstaande positie van den lijder in het hypochondrium naar beneden hangt, terwijl in liggende positie de buik in de lendenen breed uitgezet is, en de convexiteit naar voren voor eene schuiftvormige uitholling plaats maakt. De maag is uitgezet, het colon transversum hangt naar beneden en is gewoonlijk door percussie, soms door palpatie, gemakkelijk aan te toonen. De slappe buikwand veroorlooft eene palpatie der verschillende organen, gemakkelijk voelt men een verzakte nier. Overigens onderscheidt men de neurasthenische

enteroptose in niets van die, welke onder andere omstandigheden voorkomt.

De ziekte zelve wordt er op onaangename wijze door gecompliceerd, en de therapie is dikwijls niet in staat de bestaande bezwaren op te heffen.

De diagnose der neurasthenische digestie-stoornissen is in 't algemeen niet moeilijk te stellen. Gewoonlijk bestaan naast de klachten over stoornissen in de spijsvertering en de objectieve symptomen daarvan, talrijke andere neurasthenische verschijnselen, die niet te miskennen zijn. Met chronische maagcathar of ulcus rotundum is de neurasthenische atonie niet te verwarren. De nerveuse dyspepsie, zooals die door Leube en Ewald beschreven is, valt voor een gedeelte met de neurasthenische atonie samen; uit de beschreven verschijnselen blijkt echter voldoende, dat de laatste niet samenvalt met eene eenvoudige hyperaesthesie van het maag-slijmvlies, zooals de nerveuse dyspepsie zou moeten zijn.

De nerveuse digestie-stoornissen zijn, zooals reeds in den beginne is opgemerkt, een nog zeer duister hoofdstuk der neuropathologie; verder onderzoek zal scheiding moeten maken in veel, wat thans nog vereenigd is.

In het tweede stadium der neurasthenische atonie, wanneer eene progressieve emaciatie het ziektebeeld gaat compliceeren, kan het moeilijk zijn, sommige organische aandoeningen van de maag, vooral carcinoom of andere vernauwingen in het gebied van den pylorus, uit te sluiten, die ook met vermagering gepaard gaan.

De anamnese en verder een nauwkeurig physisch onderzoek maken de diagnose gewoonlijk mogelijk; slechts in zeldzame gevallen zal men het verloop der ziekte moeten afwachten, om de diagnose te kunnen maken.

In het bovenstaande heb ik hoofdzakelijk de voorstelling van Bouveret gevolgd. Het schijnt mij toe, dat op deze manier een symptomencomplex van digestie-stoornissen, zooals ik dat bij neurasthenie meerdere malen heb waargenomen, tot een

redelijk geheel vereenigd wordt. Of aan dit complex van symptomen eene zelfde afwijking steeds ten gronde ligt, is nog onbekend; het heeft dus niet meer dan eene descriptive waarde.

Behalve deze atonie van het maag-darmkanaal komen bij neurasthenie nog talrijke andere digestie-stoornissen voor.

In de eerste plaats de hyperaesthesie van het maag-darmkanaal. Hier kan men de verschijnselen hebben der nerveuse dyspepsie, somtijds verbonden met *hyperaciditeit* van den maaginhoud. Men kan dan hebben hevige pijn aanvallen na elken maaltijd, ofschoon dit bij neurasthenie minder dikwijls voorkomt. De pijnen zijn uitstralend over den buik en den rug, men vindt pijnlijkheid van den buikwand bij palpatie in de streek der maag en in den rug. Deze pijnlijkheid kan zich over den geheelen buikwand uitstrekken of zich in de streek van het colon localiseeren. Hoewel de pijnlijkheid voor druk bij neurasthenie bij lange na niet zoo frequent en zoo hevig voorkomt als bij hysterie, zoo heb ik toch meerdere gevallen waargenomen, waarin de pijn bij druk zoowel als de spontane pijn zeer op den voorgrond trad en zeer hevig was. Opmerkelijk is het, hoezeer psychische momenten hun invloed op deze pijnen uitoefenen; eene emotie, een verdriet, eene kleine teleurstelling kan een genezen pijn met groote hevigheid weer te voorschijn roepen. Vooral in chronische gevallen wordt ze meer en meer onafhankelijk van het digestie-proces, en doet ze zich steeds duidelijker kennen als door psychische momenten bepaald. Ze kan ook voorkomen geheel onafhankelijk van de digestie; de spijsvertering kan geheel normaal zijn, en de lijder kan klagen over de meest intensieve maagpijn en maagkramp.

Herhaaldelijk vindt men bij neurasthenie abnormale opeenhooping van gassen in het maag-darmkanaal. Uit de maag worden deze gassen door ructus verwijderd. Soms schijnt dit tengevolge van een contractie der spieren aan de cardia, niet mogelijk te zijn; men kan de maag dan op den buikwand afteekenen. Een dergelijke toestand is vooral door de zich daaraan dikwijls aan-

sluitende aanvallen van duizeligheid en benauwdheid met hartpalpitaties zeer onaangenaam.

Reflexen van de maag uit op de hartcentra komen bij neurasthenie herhaaldelijk voor, en dikwijls ziet men hartpalpitaties, aanvallen van benauwdheid enz. verdwijnen, nadat de digestiestoornis is genezen.

Plaatselijke gasophooping kan ook in den darm voorkomen, zoodat het somtijds mogelijk is, bepaalde darmgedeelten af te tasten; men neemt aan, dat hierbij atonie van bepaalde gedeelten van den darm voorkomt, gecombineerd met kramp van andere gedeelten, zoodat de lucht in een gedeelte van den darm opgesloten kan zijn.

Naast de locale luchtophoopingën komen algemeene voor; de tympanie van het geheele abdomen geeft tot zeer bezwarende verschijnselen aanleiding, vooral wederom door reflex op 't hart. Mechanische verwijdering der gassen door massage kan hier dikwijls helpen.

De peristaltiek in het maag-darmkanaal is bij neurasthenie dikwijls gestoord. De verminderde peristaltiek is waarschijnlijk eene der oorzaken van de dilatatie der maag. Verhoogde peristaltiek komt evenzoo voor, zelfs bij de gedilateerde maag. Somtijds kan men deze door den buikwand heen zien, de patiënt ondervindt ze als een hinderlijk, soms pijnlijk borrelen en bewegen der maag. In het darmkanaal kan het aanleiding geven tot langdurige diarrhoeën. Na gemoedsaandoeningen neemt men bij neurasthenie herhaaldelijk diarrhoe waar. Sommige lijders vertoonen hiervoor eene buitengewone gevoeligheid.

Verminderde peristaltiek, hoofdzakelijk van het colon, is oorzaak van de habituëele obstipatie, die bij neurasthenie, evenals bij bijna alle depressietoestanden een zeer gewoon verschijnsel is. Secundair geeft obstipatie aanleiding tot catharrale en ectatische toestanden van het colon en het eindstuk van den darm, die hier niet nader besproken behoeven te worden.

Qui bene purgat, bene vivat; deze schoone spreuk der oudere eeskunde wordt door den nieuwen tijd bevestigd; ze geldt

niet alleen voor neurasthenie, maar is ook voor andere ziekten van belang. Schijnbaar zware vormen van neurasthenie heb ik door purgatie zien genezen. Dit is een belangrijke raad voor de praktijk. Op den duur is massage van den buikwand beter dan purgantia, in de meer acute gevallen verdienen purgantia de voorkeur.

Enkele afwijkingen in de digestie verdienen nog besproken te worden.

De eetlust, onafhankelijk van het digestie-proces, kan vermeerderd of verminderd zijn. Een mijner patiënten had altijd honger. Des avonds werden meerdere boterhammen medegenomen, om des nachts bij het herhaaldelijk wakker worden, verorberd te worden. Werd aan de behoefte tot voedselopname niet voldaan, dan ontstond geeuwonger, met duizeligheid, bleekheid, hartpalpitaties en een gevoel van onmacht.

Verminderde eetlust komt dikwijls voor, hetzij tengevolge van psychische depressie, of wel door de wetenschap, dat elke voedselopname bezwaren geeft.

De voedselopname kan bemoeilijkt zijn door eene contractie der pharynx- en oesophagus-spiere. Zoodra de patiënt eten ziet, of in sommige gevallen slechts aan eten denkt, is het hem onmogelijk te slikken. Dergelijke toestanden komen naar mijne ervaring slechts voorbijgaande voor; maar wanneer zij voorkomen, zijn zij zeer hinderlijk; in een geval heb ik er ernstig over gedacht kunstmatige voeding te beginnen, en alleen de algemeene hyperaesthesie van de patiënten heeft mij er van terug gehouden;

De tong is bij neurasthenie dikwijls beslagen, soms zoo sterk, dat het noodig is ze dagelijks te reinigen. Ook van deze aandoening weten wij de oorzaak niet.

Onze kennis van de digestie-stoornissen bij neurasthenie is nog hoogst gebrekkig. Het is weinig anders dan een droge opsomming van verschijnselen, waarvan zich in vele gevallen de psychische oorsprong laat aantoonen, maar die overigens zonder nader verband naast elkaar staan. Reeds vroeger hebben wij er op gewezen, dat dit zijn oorsprong vindt in onze geheele

onbekendheid met de nerveuse innervatie van het maag-darmkanaal. Psychische en nerveus reflectorische processen kunnen wij niet onderscheiden. Hopen wij, dat voortgezet onderzoek nieuw licht zal brengen.

Alle bovengenoemde stoornissen in het proces der digestie hebben een belangrijken invloed op den psychischen toestand van den lijder. Het is bekend, hoe reeds eene acute indigestie invloed heeft op iemands geestelijk welzijn, en hoe onder den invloed hiervan geestelijke arbeid onmogelijk is. Bij de chronische digestie-stoornissen der neurasthenici is dit nog veel duidelijker. Men neemt hier verder waar eene irradiatie der abnormale gewaarwordingen naar allerlei richting. Niet alleen dat b. v. maagpijn, zooals gewoonlijk, in den rug en de zij gevoeld wordt, maar men vindt dikwijls irradiatie naar het hart. Hevige hartpalpitaties, pijn in de hartstreek, aanvallen van angina pectoris zijn dikwijls het gevolg van digestie-stoornissen. Hierbij komen nog irradiaties naar verder gelegen lichaamsdeelen, moeheid in de beenen, pijn in de lenden, enz. Juist deze irradiatie-verschijnselen wijzen ons dikwijls op den neurasthenischen oorsprong der digestie-stoornis.

Ook de invloed op de psyche is dikwijls zeer groot. Na elken maaltijd klaagt de lijder over moeheid en volheid in het hoofd, en is hij meer nog dan gewoonlijk buiten staat eenigen arbeid te verrichten. Alle paraesthetieën en pijnen, die wij vroeger reeds besproken hebben, kunnen zich tengevolge van digestie-stoornis in verdubbelde mate doen gelden. Langs zuiver psychischen weg wordt dan dit alles weer verwerkt tot hypochondrische en nosophobische voorstellingen. Alles samengenomen, behooren digestie-stoornissen tot de lastigste verschijnselen, en vormen zij een vicieusen cirkel, dien het moeielijk kan zijn te onderbreken.

VII. SEXUEELE EN SECRETORISCHE AFWIJKINGEN.

Stoornissen in de functie der geslachts-organen worden bij neurasthenie herhaaldelijk waargenomen. De beteekenis van deze afwijkingen is door den patiënt zoowel als door den medicus op

de meest verschillende wijzen beoordeeld en ook nu is men daarover nog niet tot eenstemmigheid gekomen.

Mocht men geloof slaan aan de verhalen der lijders zelven, dan zou men er stellig toe komen de waarde dezer verschijnselen te overschatten. Het is zeer gewoon, dat door den lijder zijne ziekte aan onanistische misbruiken wordt toegeschreven. Is hij een zuivere neurasthenicus, dan hoort men gewoonlijk verder, dat de onanie al reeds sedert jaren niet meer wordt verricht, maar ondanks dit, is hij stellig overtuigd, dat de ziekte daarin haar oorsprong heeft gevonden. Meestal volgt dan verder de klacht, dat patiënt aan polluties lijdt, en dat die hem zoo erg verzwakken. Deze polluties, en dit zijn dan nachtelijke polluties, maken den lijder den geheelen dag, volgende op zulk eene pollutie, geheel van streek; hij klaagt over paraesthesieën in de genitaalstreek, den rug, enz. Deze voorstellingen zijn zonder twijfel overdreven en onjuist.

Alles, wat met de genitaal-functiën in verband staat, mag zich bij oud en jong in eene groote belangstelling verheugen en door het eigenaardige waas van geheimzinnigheid, dat daarover wordt uitgespreid, wordt alles, wat hierop betrekking heeft, op avontuurlijke wijze verwerkt, voornamelijk door een neurasthenicus.

Komen gevallen als bovengenoemde in behandeling, dan kan men, alleen reeds door voortdurend den lijder gerust te stellen, verbetering zien intreden en op deze wijze gelukt het gewoonlijk de verschijnselen, die een zuiveren psychologischen oorsprong hebben, te elimineeren. Dan blijft te behandelen over, wat veroorzaakt wordt door de nerveuse stoornissen in het genitaal-apparaat.

Voor de appreciatie der genitale stoornissen bij neurasthenie bestaat echter ook bij medici groote verscheidenheid. Zonder hierover de verschillende meeningen mede te deelen, zal ik mij tevreden stellen mijne eigen opvattingen uiteen te zetten.

Evenals dit met de stoornissen in de digestie en de werking van het hart het geval is, komt het voor, dat de verschijnselen van

het genitaal-apparaat het ziektebeeld beheerschen. Men heeft dan gesproken van een genitalen of sexueelen vorm van neurasthenie, en meende dezen onder de z.g. mono-symptomatische neurasthenie te kunnen rangschikken. Op zichzelf zou hiertegen zooveel bezwaar niet zijn, wanneer men kon aantonen, dat de ziekteoorzaak, die men bij de neurasthenie veronderstelt, zich tot eene enkele psychische functie beperkte, zooals dat b. v. bij schrijfkrimp en andere aandoeningen het geval kan zijn.

Op grond echter van mijne ervaring en bovendien van verschillende ziekte-geschiedenissen, die anderen medegedeeld hebben, geloof ik, dat de stoornissen in het genitaal-systeem zeer zelden alléén voorkomen. Altijd vindt men duidelijk andere neurasthenische verschijnselen, gewoonlijk zelfs zeer ernstige, en wat men sexueele neurasthenie genoemd heeft, blijkt meestal niet anders te zijn dan neurasthenie, waar de sexueele verschijnselen meer of min op den voorgrond treden; evenzoo als dat in andere gevallen met de maag- en hartverschijnselen het geval kan zijn.

In één opzicht verdienen de sexueele symptomen nog onze aandacht; dit is de invloed, dien zij langs psychologischen weg op den algemeenen toestand hebben. De sexueele stoornissen worden door den lijder zeer ernstig opgenomen, en bij zijne neiging tot hypochondrische en nosophobische voorstellingen zijn zij eene onuitputtelijke bron voor nerveuse klachten, en dragen zij veel bij tot achteruitgang van den psychischen toestand. Gewoonlijk kan men in deze gevallen veel doen door verstandige toespraak, maar het is mij ook voorgekomen, dat ik de verschijnselen verder heb zien gaan, en dat er zich een ziekte-toestand heeft ontwikkeld, die tot den hypochondrischen waanzin gerekend moest worden. Ook in dit opzicht bestaat er geen fundamenteel verschil tusschen de aandoeningen van de sexueele en der andere organen. Ook de klachten over de digestie kunnen „zoo hevig,” „zoo chronisch en” zoo onwaarschijnlijk worden, dat zij in het kader der oncorrigeerbare waandenkbeelden vallen.

Wij beschouwen dus de stoornissen der sexueele functiën, juist als die der andere organen, als *verschijnselen*, en niet als *oorzaken* der neurasthenie, en vinden hier alleen dit eigenaardige, dat de sexueele verschijnselen door hunne psychische verwerking, meer dan andere verschijnselen er toe bijdragen, de ziekte te verergeren en dus secundair als oorzaak te fungeeren.

Zeër kan ons dit niet verwonderen, wanneer wij een oogenblik nagaan, hoe eng bij de geslachtsfunctiën reflectorische en psychische processen verbonden zijn. De reflectorische of wil men liever de spinale processen zijn *erectie* en *ejaculatie*; psychisch hiermede verbonden, 't zij als oorzaak, 't zij als gevolg, zijn *libido sexualis* en *orgasmus*. De normale physiologisch-psychologische gang bij de geslachtsfunctie is: 1°. *libido sexualis*, opgewekt door zintuig-waarnemingen of ideeën-associatie, 2°. *erectie*, 3°. *ejaculatie*, als zuiver reflectorisch proces, opgewekt door een peripheren prikkel, 4°. *orgasmus*, als psychisch correlaat of gevolg, zoo men wil, van het voorgaande. Dit is de normale gang bij den coïtus, en elke geslachtsuiting kan tot dit schema teruggebracht worden. Had men zich aan dit schema meer gehouden, dan hadden vele mededeelingen en theorieën over sexueele afwijkingen, speciaal over de z.g. contraire geslachtsuitingen, ongeschreven kunnen blijven en ware men niet in dien warboel gekomen, waarin bijna geen weg meer is te vinden.

Wij zullen de stoornissen en de uitingen van het geslachtsleven in de bovengenoemde volgorde behandelen, en behoeven alleen nog slechts op te merken, dat in het verband tusschen de bovengenoemde verschijnselen bij neurasthenie stoornis kan optreden, zoodat het eene zwak kan zijn of ontbreken, terwijl de volgende factoren normaal of zelfs versterkt kunnen aanwezig zijn. Om hiervan een voorbeeld te noemen, kan ejaculatie optreden, zonder dat de beide voorafgaande factoren *libido sexualis* en *erectie* aanwezig zijn. Het normale quartet van verschijnselen kan dus onder ziekelijke omstandigheden gestoord zijn; wij komen hierop bij de behandeling der symptomen van

zelf terug en hebben dan gelegenheid eenigszins op de normale verhoudingen in te gaan en de pathologische daaruit af te leiden.

Libido sexualis is een psychisch verschijnsel; het valt echter niet te ontkennen, dat het van een zeer bijzonderen aard is, en niet zonder meer met andere psychische verschijnselen gelijk gesteld mag worden. Reeds het eenvoudige feit, dat *libido sexualis* bij lagere dieren even zoo goed voorkomt als bij den homo sapiens, brengt ons tot de wetenschap, dat de geslachtsdrift als zoodanig niet psychisch is, maar alleen psychische oorzaken, motieven noemt men die in de psychologie, heeft. Het verschil tusschen geslachtsdrift bij hoogere en lagere wezens is dus niet gelegen in de geslachtsdrift zelf, maar alleen in de motieven, die daartoe opwekken. Bij den mensch gaan zeer samengestelde associaties daaraan vooraf, die dus motieven, oorzaken zijn voor de opwekking der *Libido*. Deze motieven worden zelf wederom opgewekt door zintuigelijke waarnemingen of herinneringen daarvan, of door het nog meer samengestelde motief der ideeën-associatie.

De *libido sexualis*, de geslachtsdrift, is bij den normalen mensch zeer verschillend sterk ontwikkeld; hoe sterker zij is, des te minder sterk behoeven de motieven te zijn, die haar opwekken; in den leeftijd tusschen 20 à 30 jaar is zij het sterkst en wordt zij gewoonlijk niet door gecompliceerde associaties, maar alleen reeds door zintuigelijke waarneming tot werking gebracht; wel kan zij door ideeën-associatie geremd worden.

Bij neurasthenie komen zeer verschillende afwijkingen voor in de *libido sexualis*. Men kan in 't algemeen zeggen, dat zij bijna uitsluitend in quantitatieven zin veranderd is, zij kan dus verhoogd of verlaagd zijn. Hierbij dient opgemerkt te worden, dat niet alleen de geslachtsdrift als zoodanig bedoeld wordt, maar ook de motieven, die daaraan ten grondslag liggen.

In dit opzicht verloochent de neurasthenie haar karakter niet, zooals wij dat hebben leeren kennen bij de stoornissen in de denkbeelden, waar wij ook alleen quantitatieve en geen kwalitatieve afwijkingen aantreffen en waar het waandenkbeeld, als

qualitatieve stoornis, de meest scherpe grens tusschen de verschillende vormen van waanzin en neurasthenie aangaf. Als qualitatieve stoornis van de geslachtsdrift, als homologon van den waan in zijne verschillende vormen, kan men de contraire geslachtsgewaarwordingen beschouwen. Hierbij is de *libido sexualis* niet gericht op het andere geslacht, maar op het gelijknamige. Daarbij zijn de motieven, die de geslachtsdrift opwekken, geheel dezelfde, als bij den normalen mensch, het effect is alleen van richting veranderd. Deze zuivere contraire sexuaalgewaarwordingen zijn zeer zeldzaam, in tegenstelling met de perverse sexuaalgewaarwordingen, waarbij de geslachtsdrift normaal is, maar waarbij de motieven, die haar opwekken veranderd zijn. Het is zeer gewoon, dat perversen geëffemineerden en de groote serie der andere qualitatieve sexuaalafwijkingen, die tegenwoordig in onze groote steden zoo talrijk zijn, als contraire sexuaalafwijkingen beschreven worden. Wanneer men het bovengenoemde in aanmerking neemt, ziet men in, dat dit geheel ten onrechte geschiedt.

De contraire geslachtelijke gewaarwordingen vallen geheel buiten het gebied der neurasthenie, zij zijn afwijkingen in den inhoud van de geslachtsdrift en komen als zoodanig overeen met het waandenkbeeld.

De *libido sexualis* kan bij neurasthenie verhoogd zijn. Deze gevallen kenmerken zich door eene zeer vroege ontwikkeling der geslachtsdrift en tegelijk door eene groote intensiteit daarvan. Dit kan op verschillende manieren tot verdere stoornissen aanleiding geven.

Vooreerst is de verhooging der geslachtsdrift op zichzelf reeds ziekelijk, wanneer zij aanzienlijk is. Dit wijst reeds op eene fout in de aangeboren eigenschappen van het individu, en wij zien dan ook, dat het bijna uitsluitend voorkomt in die gevallen van neurasthenie, welke op hereditairen bodem zich ontwikkelen. Binnen deze categorie van personen vallen dan ook die zeldzame gevallen, waar door overdreven geslachtsuitingen, 't zij langs onanistischen of langs natuurlijken weg, secundair neurasthenie

ontstaat. Toch valt hierbij op te merken, dat door overdreven onanie meer andere vormen van geestesstoornis ontstaan of in hare ontwikkeling bevorderd worden, speciaal de z.g. hebefrenie, die reeds door oudere Engelsche psychiaters als onanistische krankzinnigheid is beschreven geworden. Bij vrouwen heb ik herhaaldelijk hysterie zich zien ontwikkelen. Hiermede wil ik evenwel niet zeggen, dat de frequente masturbatie oorzaak voor hysterie is; ik geloof eerder, dat in de meeste gevallen de verhoogde geslachtsdrift als aangeboren symptoom van hysterie moet opgevat worden. Aan al deze vormen van geestesstoornis is gemeen hun hereditaire aanleg, zooals die gegeven is in eene primair verhoogde geslachtsdrift.

Wanneer gedurende langen tijd veelvuldig onanie bedreven wordt, berust dit in de meerderheid der gevallen op verhoogde en vervroegde geslachtsdrift; een ander moment daarvoor is verminderde psychische weerstand. Welk moment in het spel is, in beide gevallen treden op den duur stoornissen op, die wij later meer nauwkeurig zullen beschrijven.

Een frequent verschijnsel, waarover men in deze gevallen hoort klagen, zijn de vermeerderde pollutiones. Blijven deze binnen redelijke grenzen beperkt en treden zij niet over dag op, dan hebben zij weinig beteekenis. Hinderlijk is dikwijls het optreden van erecties na de geringste oorzaken. Het zien van eene vrouw, van vrouwelijke kleedingstukken enz. kan tot pijnlijke erecties voeren.

Zeer ernstig kunnen de verschijnselen van verhoogde geslachtsdrift worden, wanneer de neurasthenische gedachtenjacht dit terrein gaat omvatten. Zooals wij reeds vroeger zagen, is de lijder in die gevallen een willooze speelbal van al zijne gedachten, en ik heb zeer onstuimige en weerzinwekkende tooneelen bijgewoond, dat de lijder, niet in staat om eenigermate weerstand te bieden, tot handelingen kwam, waarover hij een oogenblik later groot berouw had.

Verzwakking der *Libido sexualis* komt bij neurasthenie meer voor en is in tegenstelling met de verhoogde geslachtsdrift,

minder een aangeboren, dan wel een onder den invloed der ziekte verkregen verschijnsel. Ook de verzwakking der geslachtsdrift berust meestal op eene verzwakking der motieven, die tot geslachtsuitingen leiden, hoewel het natuurlijk niet uitgesloten is, dat de libido zelf en ook bovendien nog de lagere spinale centra in een uitputtings-toestand verkeerden.

Eene aangeboren verzwakking der geslachtsdrift vindt men bij die congenitaal zwak geboren individuen, waarvan boven reeds herhaaldelijk gesproken is; hier is de zwakke geslachtsdrift een der vele algemeene uitputtings-verschijnselen. Ontwikkelt deze zwakte zich verder, dan komt men tot die toestanden, welke men *psychische impotentie* heeft genoemd. Slechts zelden vindt men dit symptomen-complex der *psychische impotentie* geheel zuiver; meestal is het gecombineerd met de z.g. nerveuse impotentie, waarover wij later spreken. Is het goed uitgesproken, dan neemt men waar, eene gradueele vermindering der libido, welke veroorzaakt wordt door eene vermindering der motieven, die tot libido leiden, zonder dat daarbij vele andere symptomen waargenomen behoeven te worden. Bij gehuwde personen geeft dit dikwijls tot ernstige moeilijkheden aanleiding; de vrouw zoekt de verkregen frigiditeit in alles, behalve in impotentie, en de man wordt door zijn onvermogen dikwijls psychisch zeer gedrukt. Gemakkelijk sluiten zich hierbij allerlei nosophobische en hypochondrische voorstellingen aan, die bovendien daardoor nog eene ernstige beteekenis verkrijgen, dat zij een slechten invloed uitoefenen op den algemeenen voedingstoestand.

De patiënt zelf herkent zeer goed den psychischen oorsprong van zijne kwaal en stelt ze terecht op gelijke lijn met zijne andere neurasthenische geestesafwijkingen. Bij verdere ontwikkeling voegen zich nog daarbij allerlei paraesthesieën en pijnen in de streek der genitaliën.

Na dit overzicht der stoornissen in de *libido sexualis*, komen wij tot de afwijkingen in de *erectie* en de *ejaculatie*. Deze beide processen, die van reflectorischen aard zijn, maar waarop de psyche grooten invloed uitoefent, behandelen wij gelijktijdig.

Misschien bij geen enkele van onze lichamelijke functiën is de invloed der psychische factoren zóó in het oog springend, als bij de geslachtsverrichtingen. Van de psyche uit, ondervinden deze reflectorische functiën eene verhooging, (*Bahnung* noemen de Duitschers dit) of eene remming. Dit begrip van vermeerdering en vermindering van reflectorische functiën, door hooger gelegene en speciaal door psychische centra, is in den laatsten tijd door Deutsche schrijvers en vooral door *Binswanger*, in zijne monografie over neurasthenie, zeer op den voorgrond gebracht. Voor de overige reflectorische processen schijnt mij dit in menig opzicht nog te weinig aan te toonen en te veel nog door theoretische redeneering gepostuleerd; daarom heb ik er in dit leerboek bijna geheel over gezwegen. Voor de geslachts-functiën is deze dubbele psychische invloed echter zeer duidelijk, en het blijkt reeds bij oppervlakkige waarneming, hoezeer voorstellingen van invloed zijn op het wèl of nièt tot stand komen van erectie en den aankleve van dien. Deze invloed is zóó groot, dat onder gunstige omstandigheden door voorstellingen *willekeurig*, d.i. dus in de hoogste mate psychisch, erectie te voorschijn geroepen of bedwongen kan worden. Door deze psychische functiën wordt het reflectorische centrum genitale in het lendenmerg in eenen verhoogden of verlaagden functietoestand, tonus zou men het bij de spieren noemen, gehouden.

Bij neurasthenie kan de invloed der hoogere centra op het reflectorische centrum der erectie stoornis vertoonen.

Het kan voorkomen, dat bij normale of zelfs bij verhoogde libido sexualis de erectie uitblijft, terwijl deze na periphere prikkels normaal, of zelfs in verhoogde mate optreedt.

Het periphere gedeelte van het proces is dus ongestoord en de afwijking bestaat hierin, dat de normaal, of zelfs de verhoogd aanwezige libido sexualis, door eene functioneele stoornis in de geleidingsbanen, geen bevorderenden invloed meer kan uitoefenen op het centrum in het lendenmerg.

De omgekeerde stoornis, eene vermindering der psychische remming op het reflectorische centrum in het lendenmerg, komt

ook voor, en uit zich als verhoogde, als gemakkelijker optredende erectie en een niet rembaar zijn daarvan door psychische processen.

Versterking of gemakkelijker geleiding der tonus-verhoogende en vermindering of bemoeilijkte geleiding der tonus-verminderende invloeden op het centrum genitale, geeft ons klinisch dezelfde verschijnselen. Geheel hetzelfde ziet men bij de hartsfunctie, met dit onderscheid, dat hier de bevorderende en de remmende werking op de hartcontracties niet in de psychische sfeer vallen en de psychische invloed, die zich evenzoo doet gevoelen, dus meer indirect tot stand komt.

Begeven wij ons nu binnen het gebied der reflectorische geslachtsfunctiën, dan hebben wij achtereenvolgens de talrijke afwijkingen te noteeren. Wij zullen ze behandelen in de volgorde, waarin zij gewoonlijk ontstaan, en waarin de lijder ze ons gewoonlijk mededeelt.

Eerst noemen wij de gewoonte der onanie; deze wordt door den lijder zelf bijna altijd op den voorgrond geplaatst. Bij de vele neurasthenici, die ik in verloop van jaren gezien heb, geloof ik niet, dat 10 procent der gevallen zich van dit euvel heeft vrijgepleit, en door de ervaring geleerd, is het tegenwoordig mijne gewoonte om, wanneer het liedje begint, het zelf te vol-eindigen, dat spaart tijd, en verlicht den patiënt. Onanie is volgens mijne overtuiging zelden eene oorzaak voor neurasthenie. Langen tijd vóór dat het als oorzakelijk moment in aanmerking zou kunnen komen, heeft de lijder er gewoonlijk reeds mee opgehouden. Het is ongeveer juist als met alcohol-misbruik. Neurasthenici zijn dikwijls hoogstaande mensen, die alles, wat zij zich als mogelijke oorzaak voor hunne ziekte denken, angstvallig vermijden, met uitzondering van het ééne groote moment, de moreele en intellectueele overlading.

Somtijds kan het als oorzaak dienst doen, en wel bij hereditaire gevallen en bij de congenitaal-zwakken. Hierbij vindt men dan gewoonlijk eene verhoogde of eene vroegtijdig ontwikkelde geslachtsdrift.

Bij *neurasthenische* vrouwen vindt men zelden masturbatie.

Vrouwen zijn met de mededeeling hiervan gewoonlijk zeer geheimzinnig, maar wanneer ik bedenk, dat het mij bij andere psychische afwijkingen herhaaldelijk is medegedeeld, kan ik mij moeilijk voorstellen, dat neurasthenische vrouwen dat zouden hebben verzwegen.

Eene der meest voorkomende klachten is die over vermeerderde polluties. In den beginne gaan deze gewoonlijk met wellustige droomen, erectie en orgasmus gepaard, en zijn zij dus een normaal verschijnsel, dat alleen te dikwijls voorkomt. Bij verdere ontwikkeling kunnen de begeleidende verschijnselen verdwijnen, en verkrijgt het proces dus een meer ziekelijk cachet.

Bij de vermelding van dit verschijnsel door den lijder moet men steeds voorzichtig zijn met geloof te schenken aan zijne verhalen. Men moet altijd aandringen op juiste cijfers, en wanneer men dan bedenkt, dat neurasthenici weinig onwaarheid spreken, kan men in de meerderheid der gevallen de ervaring opdoen, dat het zoo erg niet is als de patiënt denkt. Eene pollutie per week, behoeft nog niet ziekelijk te zijn, één per nacht daarentegen wel. In den beginne klagen de patiënten veel over verhoogde geslachtelijke neigingen en is dus een psychische invloed daarbij dikwijls in het spel. Dit verdwijnt gewoonlijk om plaats te maken voor het tegendeel, en het wordt dan voor den lijder eene belangrijke oorzaak tot ongerustheid en vrees, omdat hij weet, dat erectie en ejaculatie bij elkaar behooren.

Bij verdere ontwikkeling dezer polluties beginnen zij ook over dag op te treden, gewoonlijk na kleine prikkelingen of bij lichte, erotische voorstellingen; de ejaculatie komt dan dikwijls tot stand bij verslapt lid en gaat somtijds niet met wellustgewaardwordingen gepaard. Op deze wijze kan eene z. g. *spermatorrhoe* ontstaan, een afvloeien van sperma, dat na kleine periphere prikkels optreedt. Dikwijls komt dit voor bij defæcatie, vooral van harde faecesballen, en bij het urineeren, als deficatie- en mictie-spermatorrhoe. Het is van belang in deze laatste gevallen zich door mikroskopisch onderzoek te overtuigen, dat in de geseceerneerde vloeistof spermatozoïden voorkomen, wat altijd gemakke-

lijk is aan te toonen. Zijn deze laatste afwezig, dan is het secreet geen sperma, maar is uit de prostaat of uit andere klieren afkomstig ¹⁾. Opgemerkt moet worden, dat spermatorrhoe niet uitsluitend een neurasthenisch verschijnsel is, maar dat het herhaaldelijk voorkomt bij chronische urethritis en de gevolgen daarvan, zonder dat een enkel neurasthenisch verschijnsel aanwezig is. Van belang is het steeds de urine, liefst mikroskopisch, op gonorrhoeëdraadjes en evenzoo op gonococceen en spermatozoiden te onderzoeken.

Tengevolge van, of tenminste in verband met polluties en spermatorrhoe treden allerlei stoornissen op, vooral van sensibelen aard, in de streek der geslachtsorganen. Men hoort klagen over pijnlijke gewaarwordingen in de urethra en aan den glans penis, pijnen, die in de geheele omgeving naar het perineum, de anus, naar de blaas uitstralen. De testikels kunnen spontaan, zoowel als op druk pijnlijk zijn, soms is het geheele scrotum hyperaesthetisch, en het gebruik maken van een suspensorium behoort in deze gevallen niet tot de zeldzaamheden. Hierbij komen stoornissen in de urineloozing, pijnen, die in de blaas gelocaliseerd worden, krampachtige en pijnlijke, aan strangurie herinnerende, bezwaren voor, waarbij kleine hoeveelheden urine met veel pijn geloosd worden. Deze pijnen vat men op als een reflectorische kramp der detrusor vesicae, tengevolge van hyperaesthesie van het slijmvlies van de blaas. Ook krampen van den sphincter vesicae komen voor, deze voeren dan tot retentio urinæ en spastische Ischurie.

De andere serie van klachten, die zich met vermeerderde polluties en met spermatorrhoe verbinden, zijn van psychischen aard. De stoornissen in het geslachtsleven maken op den lijder een' diepen indruk; hij verwerkt ze tot allerlei hypochondrische voorstellingen en zelfs de boven beschrevene, gelocaliseerde sensibele afwijkingen, ontstaan waarschijnlijk door irradiatie langs psychischen weg. In hoe hooge mate al deze bezwaren van

¹⁾ Hierbij wordt natuurlijk afgezien van die gevallen, waarbij tengevolge van organische oorzaak of van aangeboren defect *azoospermie* bestaat.

psychischen aard zijn, blijkt wel hieruit, dat ze, naar mijne ervaring, heviger zijn bij gehuwden, dan bij ongehuwden. Een gehuwde man, wiens potentia coeundi opgeheven is, souffreert daar veel meer onder en vertoont veel meer alle bovengenoemde sensibele irradiatie-verschijnselen, dan een ongehuwde. Dit geeft ons wederom een merkwaardig kijkje in den oorsprong der neurasthenische verschijnselen en toont wederom aan, hoe voorzichtig wij moeten zijn met het localiseeren der verschijnselen op de plaats, waar zij gevoeld worden.

Het is de vraag, in hoeverre van alle laatstgenoemde stoornissen eene chronische urethritis postica, eene prostatitis of eene ontsteking van den hals van de blaas verantwoordelijk gesteld kunnen worden. Door specialiteiten schijnt mij hier overdreven te worden; dat deze ontstekingen neurasthenie met de genoemde sexueele verschijnselen veroorzaken, schijnt mij zeer onwaarschijnlijk; dat zij bij voorbeschikten bodem den beker kunnen doen overloopen, is wel mogelijk. Ik heb echter een geval van neurasthenie behandeld, dat onderhouden werd door de behandeling der urethra door talrijke specialiteiten na elkaar; eene psychische behandeling met rust en hydrotherapie genas zoowel de neurasthenie als de urethritis.

De erectie kan te intensief zijn; na geringe prikkels of des morgens bij het gevuld zijn der blaas, ontstaan pijnlijke en hevige erecties, men noemt dit *priapisme*. Dit is een reflectorisch verschijnsel, gaat dus geheel buiten de psyche om en kan gelijk gesteld worden met de andere verhoogde reflexen, die men bij neurasthenie veelvuldig vindt.

Wanneer men de bovengenoemde stoornissen der geslachtsfunctiën in aanmerking neemt, spreekt het wel vanzelf, dat de coïtus in menigerlei opzicht gestoord kan zijn. Is de erectie niet meer mogelijk, dan is vanzelf de coïtus onmogelijk en heeft men de nog al eens voorkomende *impotentia coeundi*. Maar ook in gevallen, waar de coïtus mechanisch wel mogelijk is, kan deze abnormaal verlopen. Zoo heeft men de *ejaculatio praecox*. De ejaculatie volgt dan te spoedig, somtijds reeds

onmiddellijk na de *emissio penis in vaginam* of ook wel nog vóór dien tijd. Dergelijke afwijkingen gaan gewoonlijk parallel met ziekelijke polluties en spermatorrhoe.

Eene analoge stoornis is een zeer snel optreden der erectie, zoodat zelfs van priapismus gesproken kan worden, eene erectie, die echter even spoedig weer verdwijnt, zoodat toch coïtus onmogelijk kan zijn.

Het vierde moment in de normale geslachtsuiting is, zooals wij zagen, de *orgasmus*. De geslachts-acte, die als libido sexualis begon, en in de erectie en ejaculatie hare reflectorische uiting vond, keert nu weer tot de psyche terug. De ontleding der *vesiculae spermaticae* of de rhythmische contracties der *urethrae* of beiden te gelijk, geven langs centripetale banen, die op de eene of andere, ons nog onbekende wijze, naar de hersenen verloop, hier een bewust gevoel, dat wij wellust noemen.

Dit wellustgevoel kan vermeerderd of verminderd zijn. Vermeerderd is het in de betrekkelijk zeldzame gevallen van verhoogde geslachtsdrift. Verminderd is het in die talrijke gevallen, waarin de geslachtsfunctie, evenredig met de bestaande ziekelijke polluties of de spermatorrhoe, gestoord is. Soms ontbreekt het ondanks normale coïtus geheel, ook bij bestaande priapismus kan het ontbreken, het is daar zelden verhoogd. In eene vicieuse richting uit zich de *orgasmus*, wanneer deze niet als wellust gevoeld wordt, maar b. v. als pijn. Deze pijn wordt somtijds in de penis zelf, somtijds in de geheele genitaalstreek of in de lenden gelocaliseerd. Dikwijls hoort men daarbij klachten over matheid en moeheid, die ook den volgenden dag nog bestaan.

Wij zijn aan het einde der bonte rij van symptomen, van het genitaalapparaat bij de mannelijke neurasthenie. Ik heb getracht het overzicht hiervan gemakkelijk te maken door ze te behandelen volgens het schema der normale geslachtsuitingen; op deze wijze is eenig rationeel verband mogelijk tusschen al die verschijnselen, welke men in vele leerboeken redeloos door elkaar gehaspeld vindt.

Over de sexueele verschijnselen der vrouwelijke neurasthenicae

weten wij weinig, hoofdzakelijk omdat het geheele geslachtsleven van de vrouw ons zoo onvoldoende bekend is, en het aangeboren gevoel van schaamte, de vrouw weerhoudt hierover mededeelingen aan een man te doen. Misschien, dat eene vrouwelijke collega hierover gemakkelijker gegevens kan verzamelen. *v. Krafft-Ebing* deelt het een en ander hierover mede.

Herhaaldelijk hoort men van neurasthenische vrouwen klachten over algesieën en paralgiesieën in de genitaalstreek, vooral in den tijd der menstruatie. Dit is gewoonlijk een gevoel van zwaarte, van kloppingen en kriebelingen, van moeheid en uitstralende pijnen in de beenen en in de lendenen, of van algemeene matheid en geestelijke moeheid. Men is gewoon deze klachten als gevolg van slijmvliesontstekingen, liggingsveranderingen etc. op te vatten. In de meeste gevallen is dit onjuist, want gewoonlijk ziet men, dat na correctie van deze fouten, dezelfde klachten blijven bestaan of in andere neurasthenische bezwaren omgezet worden.

v. Krafft-Ebing meent, dat bij de vrouw analoog als bij den man, een ejaculatie mechanisme bestaat, en brengt dit in verband met talrijke neurasthenische bezwaren in de genitaliën. In hoe verre dit juist is, zou ik niet durven beoordeelen. Dit onderwerp blijft ons voorloopig zeer duister en wacht op nader onderzoek. Ik heb door mijne ervaring den indruk gekregen, dat vele menstruale en prae- en post-menstruale stoornissen van neurasthenischen aard zijn.

Na de sexueele verschijnselen komen wij tot de *secretorische*. Hiervan zijn reeds die afwijkingen behandeld, welke met het digestie-proces in verband staan.

De weinig belangrijke stoornissen zijn de anomalieën in de tranen-, in de zweet- en in de speekselafscheiding.

De vermeerderde tranensecretie berust op psychische afwijkingen en is eene normale reactie op de verhoogde emotiviteit van den neurasthenicus. Ook verminderde tranenafscheiding kan een gevolg van gemoedsaandoeningen zijn.

Stoornis in de zweetsecretie komt hoofdzakelijk voor als *hyperhydrosis*. Zij kan waarschijnlijk van verschillende omstandigheden

afhankelijk zijn en is van plaatselijken of van algemeenen aard.

Dikwijls staat het in verband met locale circulatie-stoornissen, somtijds is ook eene psychische oorzaak waarschijnlijk.

Anhydrosis openbaart zich door abnormale droogheid van de huid.

Verhoogde afscheiding van speeksel is door verschillende onderzoekers waargenomen. Ook ik zag er een geval van, dat ik tot de neurasthenie rekende, en waar de patiënt steeds bezig was het in massa weglopende speeksel in zakdoeken en spuwglazen te verzamelen. Ook abnormale droogheid van den mond komt voor.

Belangrijker dan de bovengenoemde stoornissen in de secretie, zijn de veranderingen die men in de urine en in de urineloozing waarneemt.

Reeds bij gelegenheid van de *Spermatorrhoe* wezen wij er op, dat gelijktijdig pijnen in de blaasstreek en bij de urineloozing optreden. Deze doen zich ook voor onafhankelijk van sexueele stoornissen en verder bij de verschillende afwijkingen in de samenstelling der urine, die wij hierna zullen bespreken.

Als eerste stoornis hebben wij hier de z.g. *irritable bladder* der Engelschen. Hierbij ziet men, dat de patiënt tallooze malen kleine hoeveelheden urine loost, welke loozing met hevige pijnen gepaard gaat. Wordt deze toestand erger, dan kan het komen tot druppelende urine-afvloeiing, steeds gepaard met hevige pijn. Men heeft dan verschijnselen, die herinneren aan catharrale ontstekingen in de blaas. Het mikroskopisch onderzoek der urine, waarin geen ettercellen en bloedlichaampjes voorkomen, behoedt ons gemakkelijk voor vergissingen. Om deze toestanden te verklaren, neemt men aan, dat het slijmvlies van de blaas overgevoelig is en dat de aanwezigheid van normale urine reflex-bewegingen van de blaasspiieren, zoowel van den *detrusor* als van den *sphincter vesicae*, opwekt. In uitgesproken gevallen is de urine echter niet normaal, behalve dat de later te bespreken kwalitatieve afwijkingen voorkomen, vindt men constant eene vermindering in de hoeveelheid der urine en daardoor eene verhoogde concentratie daarvan.

Afgezien van de verhoogde reflex-prikkelbaarheid van het

blaasslijmvlies zijn psychische invloeden hierbij niet buiten te sluiten. Het komt nu en dan voor, dat dit afdroppelen der urine tot incontinentie voert; voor zoover ik naar de enkele gevallen, die ik ervan gezien heb, kan oordeelen, geloof ik, dat geestelijke inertie hiervan de oorzaak is. Nooit vindt men bij neurasthenie de echte incontinentia urinae, zooals die bij organische ziekten van het ruggemerg voorkomt, nooit is deze zoo constant en volkomen onwillekeurig; maar wanneer men ze waarneemt, komt ze en verdwijnt ze, voornamelijk volgens de stemming van den lijder, afhankelijk van zijne oogenblikkelijke geestelijke energie.

Het nadruppelen der urine verklaart men door eene contractie-toestand der gladde spiervezelen der urethra. De klacht niet te kunnen urineeren, ofschoon de drang daartoe bestaat en de blaas gevuld is, een toestand, die echter nooit tot werkelijke *retentio urinae* overgaat, meent men, dat op verhoogde tonus van de *sphincter vesicae* berust. Dergelijke verklaringen vinden echter niet haren grond in objectieve waarnemingen, maar zijn alle constructies à priori en hebben dus niet meer waarde dan alle andere meer of mindere plausibele mogelijkheden.

Overgaande tot de veranderde samenstelling der urine, hebben wij verschillende afwijkingen te gedenken, die daarin aangetroffen kunnen worden, en waarvan sommige meer of min duidelijk met de psychische verschijnselen in verband staan.

De urine-secretie kan vermeerderd zijn, en wel is dit temporair of over langer tijdsverloop het geval. In het normale leven heeft ieder gelegenheid op te merken, in hoe hooge mate de urine-secretie afhankelijk is van gemoedsaandoeningen. Dit geschiedt door tuschenkomst der werking van het hart; de vermeerderde urine-afscheiding is dus tijdelijk onafhankelijk van de vocht-opname van het organisme. De verhoogde vocht-afscheiding compenseert zich dan later weer door eene vermindering daarvan en door vermeerderden dorst. De emotie is dus primair, polyurie en polydipsie zijn secundair.

Dat bij eene ziekte als neurasthenie, waar de emotie zulk een groote rol speelt, een dergelijke polyurie voorkomt, spreekt

bijna vanzelf. Zij komt vooral 's morgens voor, eenige uren na het opstaan; de urine heeft dan niet de eigenschap van de normale morgenurine, dat ze n.l. gesatureerd is, maar overeenkomende met de groote hoeveelheid, die geloosd wordt, is ze kleurloos en van laag specifiek gewicht. Het schijnt mij toe, dat deze temporaire polyurie in verband gebracht moet worden met de gedeprimeerde stemming, die gewoonlijk in de morgenuren het sterkst is uitgesproken. In deze gevallen is het dagelijksche quantum urine gewoonlijk niet vermeerderd, en het te veel in de morgenuren corrigeert zich gewoonlijk door een te weinig in het verder verloop van den dag. Ook kan men herhaaldelijk de opmerking maken van hoe grooten invloed angsttoestanden op de urine-afscheiding zijn, en hoe binnen zekere grenzen deze polyurie een objectief teeken voor den angst is. Een mijner patiënten met agoraphobie, urineerde geregeld bij elken angstaanval in hare kleeren. Een ander van mijne patiënten geneerde zich altijd uit een gezelschap afscheid te nemen en liep dan gevaar te urineeren. Deze urinedrang was ten slotte het motief om na vele weifelingen op te staan.

Behalve deze temporaire polyurie, komt eene vermeerdering der urine-afscheiding voor, die langeren tijd achter elkaar kan duren; hierbij is het specifiek gewicht der urine verlaagd en bestaat gelijktijdig een vermeerderde dorst. Het is gewoonlijk niet uit te maken, wat hierbij het primaire is, de polyurie of de polydipsie. Heeft men te doen met een sterken bierdrinker, dan is het niet twijfelachtig. Bierdrinkers behooren echter onder de neurasthenici tot de groote zeldzaamheden. Meer zou nog kunnen voorkomen, dat de patiënt van het denkbeeld uitging, dat groote hoeveelheden vocht, en in dat geval zou het dan water zijn, voor zijn gezondheid bevorderlijk waren.

Is bij eene bestaande polyurie het specifiek gewicht normaal, dan zou men kunnen spreken van eene nerveuse diabetes insipidus.

Glykosurie komt volgens verschillende onderzoekers nu en dan in de urine van neurasthenici voor. *V. Hosslin* vond glycose in 1—2 percent der gevallen, ook andere waarnemers troffen

het nu en dan aan. De hoeveelheid glycese bleef altijd gering, steeds beneden 1 procent; ook nam men niet de ernstige verschijnselen van diabetes mellitus waar, maar de glycese verdween of vanzelf, of door tijdelijke onthouding van koolhydraten. Komt echte diabetes voor, dan is deze ziekte, hoogst waarschijnlijk, niet een gevolg, maar eene oorzaak der neurasthenie, daar, zooals bekend is, diabetes altijd met meer of min duidelijke nerveuse stoornissen gepaard gaat.

Ook eiwit heeft men enkele malen in de urine van neurasthenici gevonden, zonder dat men recht meende te hebben eene nieraandoening te mogen aannemen. Het was dan eene geringe hoeveelheid, en de morphologische elementen, die in de urine van nierlijders voorkomen, evenzoo als de afwijkingen in het hart, ontbraken.

Eene verdere afwijking, welke meerdere malen in de urine van neurasthenici wordt aangetroffen, is de z. g. *phosphaturie*. Uit den naam der aandoening zou men opmaken, dat in deze gevallen de hoeveelheid der in de urine aanwezige phosphorzuren zouten vermeerderd was, en wel in die mate, dat deze niet in oplossing bevat kunnen worden. Dit is niet het geval, zooals bepaling van het gehalte aan phosphorzuren zouten van de urine in deze gevallen geleerd heeft. Daarbij is gebleken, dat de hoeveelheid van deze zouten nooit vermeerderd was, zoodat de afwijking van deze soorten van urine hierin bestond, dat de normale hoeveelheid van phosphorzuren zouten niet in oplossing gehouden kon worden. De oorzaak hiervan wordt gezocht in eene verminderde aciditeit van de urine, die bij phosphaturie of zwak zuur, of neutraal, of zelfs alkalisch kan zijn.

Voor de diagnose van phosphaturie heeft men op de volgende omstandigheden te letten. De urine wordt troebel geloosd, of, wanneer dit niet het geval is, ontstaat de troebeling door koking. Gewoonlijk is de neerslag van phosphorzuren zouten dus reeds in de blaas aanwezig en geeft hier eigenaardige bezwaren.

De urine heeft eene grijs-witte troebeling, het sediment zakt

spoedig naar beneden en is door zijne kleur gemakkelijk van uraatsedimenten te onderscheiden. Bij mikroskopisch onderzoek vindt men een amorph, fijn, korrelig neerslag, dat uit phosphorzure kalk en phosphorzure magnesia bestaat en waaronder men soms ook meer of min talrijk de bekende kristalvormen der tripelphosphaten vindt. Ook komen puntige kristallen voor van neutrale phosphorzure kalk, die tot rosetten vereenigd kunnen zijn.

Deze troebeling door phosphaten vermeerdert of ontstaat door koking, en wordt verder opgeheven door toevoeging van eenig azijnzuur of salpeterzuur.

Deze phosphaturie, of wil men liever een naam geven, die op de waarschijnlijke oorzaak er van wijst, de lozing van deze in zijn zuurgehalte verminderde urine, openbaart zich op verschillende wijzen. Somtjids is de urine gedurende de geheele loozing troebel, in andere gevallen alleen gedurende de laatste perioden daarvan. Dit komt waarschijnlijk hierdoor, dat de neerslag zinkt en meer of min aan den blaaswand adhereert, waardoor eenige laatste contracties van de blaas noodzakelijk zijn om den neerslag te verwijderen.

Niet bij elke lozing der urine vindt men dezen neerslag van phosphozure zouten, soms vindt men ze een enkelen keer per dag, soms nog minder en treedt ze eenmaal per week op, soms blijft ze tijden lang weg en verschijnt dan weer plotseling; in 't algemeen is ze zeer onregelmatig.

Ook de subjectieve bezwaren, die daarmede verbonden zijn, komen niet voor bij elken aanval van phosphaturie, tenminste niet in gelijke intensiteit. Gewoonlijk vindt men een vermeerderden drang tot urinelozing en ledigt de blaas zich na elke kleine verzameling van urine. Daarbij bestaan de reeds bovengenoemde bezwaren der strangurie, pijnen in den hals van de blaas uitstralende naar de glans penis, pijnen, die zeer hevig kunnen zijn, verder druppelvormig, pijnlijk, onwillekeurig afvloeien der urine, met een gevoel van branden in de geheele genitalstreek.

Voor de differentiële diagnose is van belang, die toestanden uit te sluiten, waarbij de lozing van alcalische troebele urine voorkomt; dat zijn dus hoofdzakelijk de verschillende vormen van blaascathar. Beslissend voor phosphaturie is het onregelmatige, periodieke karakter daarvan, het afwezig zijn der voor de blaascathar kenmerkende vormelementen en het ontbreken van koorts.

Over het ontstaan dezer phosphaturie bestaan verschillende meeningen. Zooals wij boven met een enkel woord aangaven, zijn de phosphorzuren zouten niet vermeerderd, maar worden deze door een verminderd zuurgehalte der urine niet in oplossing gehouden.

Dit verminderde zuurgehalte der urine dient dus verklaard te worden, wat slechts tot eene zeer beperkte hoogte mogelijk is. Er zijn talrijke omstandigheden, die over een nerveusen oorsprong van deze stoornis pleiten. Elke aanval van phosphaturie gaat gepaard met nerveuse verschijnselen, gewoonlijk angst, een gevoel van onrust en ongedurigheid, verder pijnen van allerlei aard. Ook kan men niet zelden waarnemen, dat phosphaturie optreedt na gemoedsbewegingen, na een slapeloos nacht, na psychische depressie enz. Het wisselvallige, onregelmatige optreden van de aanvallen wijst er verder voldoende op, dat wij niet te doen hebben met dieper gaande veranderingen in de algemeene stofwisseling.

Verder kunnen wij met onze verklaring niet komen, of de stoornis reflectorisch van uit het blaasslijmvlies veroorzaakt wordt, of stoornissen in de niercirculatie bestaan enz.; dit alles is ons geheel onbekend. Verschillende auteurs geven aan, dat vooral bij chronische ontstekingsprocessen in het achterste gedeelte der urethra en in den hals van de blaas, verder bij spermatorrhoe en bij de z.g. sexueele vormen van neurasthenie phosphaturie voorkwam. Of het echter bij niet nerveuse personen voorkomt, alleen tengevolge van bovengenoemde chronische ontstekingsprocessen, schijnt mij twijfelachtig. Dat de stoornissen bij den aanval veroorzaakt worden door kristallen van phosphor-

zure zouten, die in aanraking komen met een hyperaesthetischen blaaswand schijnt mij niet onwaarschijnlijk.

Eene stoornis in de samenstelling der urine, die meer voorkomt dan de vorige, is de *oxalurie*. Het voorkomen van kristallen van oxaalzure kalk in de urine is in sommige gevallen, evenals bij den neerslag van phosphorzure zouten, afhankelijk van een te gering gehalte van zuur in de urine. In normale omstandigheden wordt het oxaalzuur, dat als oxaalzure kalk in de urine voorkomt, in oplossing gehouden door het gehalte der urine aan zure phosphorzure natron. Daalt dit zuurgehalte beneden een bepaald minimum, dan slaat oxaalzure kalk neder. Geringe neerslag van dit zout heeft dus geene pathologische beteekenis en wijst alleen op een te gering zuurgehalte der urine. Eerst wanneer de neerslag van oxaalzure kalk aanzienlijk wordt en het normale ver overtreft en wanneer deze stoornis langeren tijd constant optreedt, kan men deze vermeerdering pathologisch noemen.

De kristallen van oxaalzure kalk, in amorphen toestand komt het niet voor, zijn onder het mikroskoop te diagnostiseeren. Het zijn octaëders, die zich als de bekende kristallen in briefcouvertvorm voordoen. Zij zijn van zeer verschillende grootte, en wanneer wij bij de phosphaturie reeds aan de mogelijkheid gedacht hebben, dat zij door aanraking met een hyperaesthetisch slijmvlies van de blaas tot de bekende verschijnselen van strangurie etc., aanleiding kunnen geven, dan is dit voor de kristallen van oxaalzure kalk nog in meerdere mate het geval.

Het is reeds een observatie van ouden datum, dat deze neerslag van oxaalzure kalk dikwijls voorkomt in de urine van nerveuse personen. *Beard* vestigde er met nadruk de aandacht op voor neurasthenie.

Neemt men in aanmerking, dat oxaalzure zouten in normale urine slechts in geringe hoeveelheid voorkomen, en de vermeerdering daarvan niet door eene wijziging in de voedselopname verklaard kan worden, dan blijft niet anders over, dan de oorzaak voor de oxalurie te zoeken in eene pathologische veran-

dering in de algemeene stofwisseling. Hierdoor onderscheidt zich de oxalurie van de daar juist besprokene phosphaturie; bij beide neemt men waar een verminderd zuurgehalte van de urine, maar bij de eerste is gelijktijdig het percentage der zouten verhoogd, terwijl het bij het laatste normaal is gebleven.

De vraag is, hoe deze abnormale vermeerdering van oxaalzuren zouten tot stand komt. Met zekerheid kan hierop geen antwoord gegeven worden, maar het is waarschijnlijk, dat door onvolkomen verbranding der koolhydraten, die ten slotte als koolzuur het lichaam verlaten, een onvolkomen oxydatieproduct ontstaat, het oxaalzuur, dat, gebonden aan kalk, het lichaam verlaat.

Is dit het geval, dan vertoont de oxalurie overeenkomst met andere stofwisselingsziekten, speciaal met diabetes en de pizure diathese, en komt men voor de nerveuse verschijnselen der oxalurie tot eene beschouwingswijze, die in den laatsten tijd voor allerlei nerveuse stoornissen meer op den voorgrond treedt, n.l. dat vele er van berusten op eene auto-intoxicatie. Ook voor de nerveus-dyspeptische verschijnselen is dit standpunt meerdere malen verdedigd; wij hebben er in dit werk tot nog toe geen melding van gemaakt, omdat ons de gronden, die hiervoor aangegeven worden, tot nog toe weinig overtuigend toeschijnen. Met een enkel woord zullen wij er in dit hoofdstuk nog melding van maken.

Men heeft onderscheid gemaakt tusschen eene idiopathische en eene symptomatische oxalurie. De laatste zou een verschijnsel, een symptoom zijn van neurasthenie en veroorzaakt worden door de nerveuse processen, die deze ziekte kenmerken. De laatste, de idiopathische vorm, zou als zelfstandige ziekte optreden en zou zijn de echte oxaalzuren diathese. Wanneer men echter in aanmerking neemt, dat de beschrijvers van deze oxaalzuren diathese daarbij talrijke nerveuse stoornissen vermelden, die een duidelijk neurasthenisch cachet dragen, dan komt het mij voor, dat men met *Löwenfeld* tot het besluit mag komen, dat deze beide vormen van oxalurie alleen in intensiteit en niet in aard verschillen.

Verschillende auteurs hebben gemeend een herhaaldelijk voorkomen van oxalurie bij spermatorrhoe en bij dyspeptische verschijnselen gevonden te hebben, zoodat zij tusschen beide een causaal verband meenden te mogen aannemen, anderen spreken dit tegen en overtuigend aangetoond is het niet.

Löwenfeld maakt melding van twee vormen, waarin hij oxalurie zag optreden. Bij den eenen vorm treedt het oxalaat neerslag op in den vorm van eene lichte wolk, van een slijmachtig voorkomen. Bij mikroskopisch onderzoek vindt men deze wolken samengesteld uit kristallen van het fijnste kaliber, en klinisch kan men dan waarnemen, dat de gewoone stoornissen in de urine en geslachtsorganen afwezig zijn. In andere gevallen daarentegen bestaat de neerslag uit zeer groote kristallen, waarbij men duidelijk den briefcouvert-vorm aantreft, en juist in deze gevallen neemt men die sensibele stoornissen in het urogenitaal apparaat waar, die wij boven bij de phosphatorie reeds beschreven hebben. Bij de betrekkelijk kleine ervaring, die ik heb, over het urine-onderzoek bij neurasthenici, heb ik enkele gevallen ontmoet, die mij deze opvatting van *Löwenfeld* waarschijnlijk doen voorkomen.

Dikwijls kan men de ervaring opdoen, dat bij het genezen van eene neurasthenie, ook de oxalurie verdwijnt; *Löwenfeld* heeft gevallen waargenomen, dat ze na genezing bleef voortbestaan.

In de oxalurie zien wij dus een voorbeeld hoe door functioneele stoornissen van het zenuwstelsel een invloed wordt uitgeoefend op de stofwisseling van het individu. Deze waarheid is ons ook wel uit andere verschijnselen bekend, en wij weten wel, dat elke chronische nerveuse depressie met eene vermindering van den voedingstoestand gepaard gaat, maar slechts zelden zijn wij in de gelegenheid eene dergelijke afwijking chemisch te kunnen demonstreeren.

Bij neurasthenie komt ten slotte voor eene vermeerdering van afscheiding van urinezuur en urinezure zouten. Bij de loozing is de urine gewoonlijk helder, en de uraatkristallen ontstaan door

afkoeling, 't zij als kristallen van vrij urinezuur, 't zij als zouten. Dit geschiedt in wisselende hoeveelheden, afhankelijk van de snelheid van afkoeling. In vele gevallen is, afgezien van het voedsel, dat gebruikt is, de hoeveelheid urinezuur vermeerderd. Het is nog twijfelachtig, of deze afwijking in de stofwisseling gelijkwaardig is met de z.g. urinezure diarhese, waardoor in vele gevallen neurasthenie zou worden eene jicht-neurose. Deze opinie, die door verschillende onderzoekers op den voorgrond is geplaatst, komt mij onwaarschijnlijk voor, ofschoon het uitgemaakt is, dat arthritis urica gepaard gaat met talrijke nerveuse stoornissen, die dikwijls een duidelijk neurasthenisch cachet hebben, en het verder zonder tegenspraak waar is, dat de jicht te huis behoort in de groote „famille neuropathique”.

In aansluiting met bovengenoemde afwijkingen, moge nog met een enkel woord de aandacht gevestigd worden op de algemeene stofwisseling.

Experimenteele onderzoekingen zijn hierover, voor zoover ik weet, niet aanwezig, en zij zullen ook niet gemakkelijk te verkrijgen zijn. Men is echter in staat daarover eenige ruwe klinische observaties te maken, en dan heeft een ieder, die neurasthenici behandeld heeft, kunnen opmerken, hoe er gevallen voorkomen, waarbij ondanks meer dan voldoende voedselopname en ondanks goede digestie, toch een abnormaal gering lichaamsgewicht bestond, en hoe in enkele gevallen de voedingstoestand achteruitgaande was. Bij genezing der neurasthenie zag men dan bij dezelfde voeding het lichaamsgewicht wederom toenemen.

Wij zijn aan 't einde gekomen der beschrijving van de klinische verschijnselen der neurasthenie en besluiten dit hoofdstuk met een korten terugblik op het geheel der laatste 3 rijen van verschijnselen, de vasomotorische en secretorische symptomen en de digestie-stoornissen. Het zal aan een ieder duidelijk zijn, hoe bont en bijna zonder samenhang alles in deze hoofdstukken is; er ontbreekt eene samenhangende gedachte, een leidraad, die de verschillende symptomen onderling verbindt en uit het eene

het andere doet voortvloeien. Alle deze losse symptomen zijn bezwaarlijk te overzien, en de student kan ze zich moeielijk eigen maken. Alleen door langdurige ervaring wordt men er mede vertrouwd.

De oorzaak voor dezen gebrekkigen samenhang ligt voor de hand, en het loont de moeite, dit nog even na te gaan; gedachtig aan het spreekwoord: „un homme averti en vaut deux”, kan het niet anders dan nuttig zijn voor de tekortkomingen in onze kennis gewaarschuwd te worden.

Met volkomen recht nemen wij aan, dat neurasthenie eene psychische ziekte is, en de materiële veranderingen, die wij als de oorzaak van de ziekte veronderstellen, hebben zonder twijfel haren zetel in de hoogste psychische centra.

Zeker is verder, dat deze psychische processen een zeer grooten invloed hebben op alle bovengenoemde lichamelijke functiën, en dat stoornissen in onze psychische vermogens afwijkingen in de vitale functiën na zich sleepen. Als neurasthenisch zou men, van een theoretisch standpunt uit, alleen zulke verschijnselen mogen opvatten, die direct door psychische vermoeidheid veroorzaakt worden.

Zoo eenvoudig is echter de zaak niet, integendeel, zij is hoogst gecompliceerd. De psyche doet haren invloed op de vegetatieve organen gelden langs de meest samengestelde kronkel-paden, en vóórdat een psychisch proces in een of ander vegetatief orgaan eenige verandering teweegbrengt, moeten er vooraf tallooze nerveuse tussenstations gepasseerd worden; hoevele en welke banen en kernen in het centrale en in het periphere zenuwstelsel hierbij betrokken zijn, weten wij nog niet, maar stellig zijn er dit vele. Vooral het sympathische zenuwstelsel komt hierbij in aanmerking.

Wanneer wij nu bedenken, dat de ziekelijke aandoeningen der vegetatieve organen zelf ons nog onvolledig bekend zijn, dat de directe nerveuse-stoornissen daarvan nog slechts sedert korten tijd de aandacht hebben getrokken en dat de invloed, dien de psyche heeft, ons nog bijna geheel onbekend is, dan

staat men bij de beschrijving van het ziektebeeld der neurasthenie, waarbij stoornissen in de vegetatieve organen zoo veelvuldig voorkomen, voor de groote moeilijkheid om uit te maken, welke afwijkingen tot het ziektebeeld behooren, en welke toevallig zijn. Het kan wel niet anders, of bij eerste pogingen moeten fouten gemaakt worden.

De eenige weg, dien men volgen kan, is deze, dat men statistisch nagaat, welke stoornissen der vegetatieve functiën bij neurasthenici herhaaldelijk voorkomen, en wanneer dit voldoende geconstateerd is, kan men met waarschijnlijkheid besluiten, dat er tusschen deze vegetatieve stoornis en neurasthenie eenig verband bestaat. Verder mag men niet gaan.

Het best is, dit door een voorbeeld op te helderen; wij kunnen uit een groote hoeveelheid kiezen.

Nemen wij de maagstoornissen. Het is nog maar enkele jaren geleden, dat men alle afwijkingen in de maagdigestie tot eene catharale ontsteking van het maag-slijmvlies terugbracht; men nam aan eene acute maagcathar en verder eene chronische. Tot deze chronische maagcathar werden alle chronische digestie-stoornissen van de maag teruggebracht, en dit waren er vele. Ik zou niet gaarne eene statistiek willen maken, hoeveel magen er 's morgens wel uitgespoeld zijn, om gunstig op het slijmvlies te werken. Ik zelf heb mij als student geduldig drie maanden lang elken morgen de maag uitgespoeld voor eene z. g. chronische maagcathar, waar het maag-slijmvlies direct niets mee te maken had. In mijn geval was door eene chronische depressieve emotie, die langen tijd geduurd had, eene nerveuse digestie-stoornis ontstaan van betrekkelijk ernstigen aard, met aanzienlijke vermindering van het lichaamsgewicht enz.

De diagnose in dien tijd was spoedig genoeg gemaakt; digestie-stoornis plus vermagering kon, indien het geen carcinoom of ulcus ventriculi was, niet anders zijn dan chronische maagcathar.

Tegenwoordig weten wij beter en bezitten bovendien de gelukkige wetenschap, dat onze kennis nog bijzonder gering is.

Sedert eenige jaren weten wij, dat de maagfunctie dikwijls

en ik zou bijna zeggen in de groote meerderheid van gevallen, die dagelijks onder de oogen der behandelende medici komen, door nerveuse aandoeningen gestoord is, en men beschrijft eene nerveuse dyspepsie.

Door de onderzoekingen van Ewald en anderen zijn wij redelijk goed op de hoogte gekomen van deze nerveuse dyspepsiën en wij denken er niet meer aan, chronische digestie-stoornissen zonder meer, alleen door locale behandeling van het slijmvlies te genezen. Toch is het in vele gevallen moeilijk of onmogelijk, onderscheid te maken tusschen eene nerveuse dyspepsie en eene organische aandoening van de maag, b. v. een beginnend carcinoom. Verder is het ons onmogelijk, de verschillende vormen van nerveuse dyspepsie te onderscheiden, en toch hebben wij recht, zeer veel verschillende vormen te veronderstellen, omdat het zenuwstelsel, dat de maagfunctie beheerscht, zoo bijzonder samengesteld is. Het is niet te voorzien, dat zuiver klinisch onderzoek ons in dezen doolhof veel verder zal brengen, en het zal, naar mijne overtuiging, noodig zijn, dat het experiment bij het dier door doorsnijding der nervi vagi, enz. aan het klinisch onderzoek een leiddraad geeft.

Verschillend van deze nerveuse dyspepsiën zijn nu wederom de neurasthenische en hysterische maagaandoeningen, waar bij een intact peripheer zenuwstelsel de ziekelijke prikkel uit de psyche komt.

Deze vormen onderscheiden zich voornamelijk door hun verloop en door de begeleidende verschijnselen der functioneele neurose. *In de vorige hoofdstukken is alleen de neurasthenische dyspepsie beschreven, de nerveuse dyspepsie is met opzet niet behandeld.*

Op het tegenwoordig standpunt van onze wetenschap kan men dus drie vormen van dyspepsie onderscheiden:

- 1°. de dyspepsie door organische aandoening van den maagwand;
- 2°. de nerveuse dyspepsie door aandoening van het zenuwstelsel (vagus), sympathicus en ruggemerg- of medulla oblongata, en

3°. de psychische dyspepsie bij de functioneele neurosen.

Wat voor de digestie-stoornis geldt, kan evenzoo gezegd worden van alle andere stofwisselings-organen. Het vraagstuk is echter te duister om uitgewerkt te worden; het moge hier voldoende zijn er op gewezen te hebben.

HOOFDSTUK IV.

Diagnose, prognose en verloop der neurasthenie.

Tegenwoordig neemt men aan, en naar mijne meening terecht, dat neurasthenie een afzonderlijk ziektebeeld is; een ziektebeeld, dat even zoo goed als melancholie, hysterie of vecordia in zijne symptomatologie een vrij goed afgesloten geheel vormt. Vroeger meende men dat niet, en het is voornamelijk Beard, een Amerikaansch neuroloog geweest, die de bonte rijen van verschijnselen, die wij boven hebben nagegaan, onder één hoofd heeft gebracht. Dit is zonder twijfel een groote verdienste, en getuigt van het scherpe combinatie-vermogen van genoemden neuroloog.

De lezing echter van zijn boek, dat een paar tientallen jaren geleden geschreven is, maakt op den tegenwoordigen neuroloog een zonderlingen indruk. Op de allermerkwaardigste wijze worden physiologie, pathologie en therapie door elkaar gehaspeld, uit onvoldoende gegevens gewaagde en dikwijls onjuiste conclusies getrokken enz., en dat alles met eene naïviteit en eene zekerheid, die zóó vanzelf spreekt, dat men bij de lezing er van nu en dan geneigd is aan zijn eigen inzicht te gaan twijfelen.

Hoe dit echter ook zij, de conceptie van het boek is goed en door het klinisch onderzoek der latere jaren juist bevonden; Beard is de schepper van het ziektebeeld der neurasthenie en alle verschijnselen, die hij daarvan opgeeft, kan men er dagelijks bij waarnemen.

Neurasthenie is, zooals wij zagen, in de laatste jaren sterk toegenomen, maar toch niet zóó, of zij kwam vroeger ook wel voor.

Men was toen vrij algemeen gewoon, deze gevallen bij het ziektebeeld hypochondrie te brengen, en ook na Beard zijn er nog verschillende stemmen opgegaan, die neurasthenie en hypochondrie wilden identificeeren.

Bij nader onderzoek is men echter hiervan teruggekomen, omdat men te doorlopende verschillen vond, en langzamerhand kwam men er toe, beide ziekten scherper uit elkaar te gaan houden. Evenzoo ging het ook met andere psychische afwijkingen.

Het viel niet te ontkennen, dat men dikwijls gevallen ontmoette, waarbij de verschijnselen weinig karakteristiek waren, en waarbij men niet kon uitmaken tot welk ziektebeeld deze gerekend moesten worden.

Ieder, die met psychische ziekten bekend is, zal dit vanzelf sprekend vinden; elk medicus weet, dat ziektebeelden geleidelijk in elkaar overgaan, en dat ziektebeelden, die in de groepeerings der klinische verschijnselen op elkaar gelijken, hemelsbreed uit elkaar kunnen liggen. Een typhoid kan sprekend gelijken op acute miliaire tuberculose, en alleen hun etiologisch moment stelt ons in staat in een gegeven geval over den aard der ziekte te beslissen. Iets dergelijks komt bij psychische ziekten herhaaldelijk voor, en omdat hunne etiologie dikwijls onbekend is of in andere gevallen voor verschillende ziekten hetzelfde etiologisch moment bestaat, zijn de moeilijkheden hier grooter, en is men in vele gevallen op de enkele klinische waarneming aangewezen. Voor neurasthenie verkeert men echter voor de diagnose in eenigszins gunstiger omstandigheden, omdat het etiologisch moment hier dikwijls zeer duidelijk is, en de verschillende symptomen hier dikwijls direct op de geestesvermoeidheid en overspanning terug te voeren zijn.

Dat neurasthenie dus een ziektebeeld is, waarin men alles, waar men geen weg mee weet, in samenbracht, eene bewering, die men tot in den laatsten tijd heeft kunnen vernemen, is

positief onjuist. Etiologisch, zoowel als symptomatisch, behoort het tot de scherpst omschreven psychische ziekten. De vraag is alleen, of men er op den duur niet toe zal komen, onderscheid te gaan maken tusschen de verschillende vormen, waarin neurasthenie zich openbaart. Dit is wel mogelijk, hoewel de tegenwoordig geldende verdeelingen mij onjuist toeschijnen, en ik ze daarom ook niet nader heb vermeld.

Gewoonlijk onderscheidt men centrale en spinale vormen van neurasthenie. Deze onderscheiding mist naar mijne meening elke waarde. Motiliteits-stoornissen, vooral de lichte vermoeibaarheid der spieren, sensibiliteits-afwijkingen, pijnen en moeheid in den rug, enz., noemde men spinale verschijnselen; stoornis in de psychische vermogens, in de stemming, in de ideeën-associaties, enz. noemde men psychische verschijnselen. Deze onderscheiding gaat in 't geheel niet op. Moeheid in de beenen is in 't meerendeel der gevallen, en misschien wel altijd, een centraal symptoom, en hetzelfde kan van alle bovengenoemde verschijnselen gezegd worden. Hierbij moeten wij echter steeds aan de mogelijkheid en zelfs de waarschijnlijkheid denken, dat functioneele stoornissen van het ruggemerg en der periphere zenuwen bij neurasthenie wel voorkomen. Wij weten echter geen onderscheid te maken tusschen eene functioneele sensibele stoornis in het ruggemerg en een in de hersenen, en zoolang wij dit niet weten, is het niet geoorloofd, om, op onze onwetendheid bouwende, eene verdeeling daarop te doen rusten.

Verder heeft men onderscheid gemaakt tusschen eenen *dyspeptischen*, eenen *cardialen* en eenen *sexueelen* vorm van neurasthenie. Tot zekere hoogte heeft deze onderscheiding wel waarde, omdat er vormen van neurasthenie voorkomen, die zich kenmerken door het op den voorgrond treden der ziekteverschijnselen in eene der drie bovengenoemde richtingen. Dan is het gemakkelijk, dit door een woord te kunnen aanduiden. Meer waarde kan men er echter, geloof ik, niet aan hechten. Behalve, dat in de meerderheid der gevallen de symptomen zich niet tot eene der drie richtingen bepalen, zoodat b. v. bij eene cardiale

neurasthenie bijna altijd dyspeptische stoornissen zijn en omgekeerd, en men dus alleen kan spreken van neurasthenieën, die hoofdzakelijk cardiale, dyspeptische of sexueele verschijnselen geven, bestaat er tegen deze verdeeling ook nog dit bezwaar, dat eene sexueele neurasthenie na eenigen tijd tot een cardiale geworden kan zijn, of dat een volgende aanval een dyspeptische neurasthenie is.

Het meest heeft men recht, de *hereditaire neurasthenie* als afzonderlijken vorm aan te nemen. Deze blijft zichzelf altijd min of meer gelijk, en vertoont eenige kenmerken, die vrij constant aanwezig zijn. Onder hereditaire neurasthenie verstaat men dan die vormen, waarbij zenuwziekten in den meest uitgebreiden zin van het woord, in de ascendentie, in de rechte lijn zoowel als in de collaterale, voorkomen. Hierbij moet men in 't oog houden, dat in elke familie zenuwziekten voorkomen, en men dus alleen mag letten op een groot aantal en op ernstige vormen. Later bij de degeneratieve neurosen komen wij hierop nader terug.

De hereditaire neurasthenie kenmerkt zich klinisch, door het op den voorgrond treden van angst en dwangtoestanden. Men neemt in die gevallen waar, de algemeene psychische basis der neurasthenie, zooals die door de voorgaande klinische beschrijving ons als algemeene vermoeidheids-neurose voldoende bekend is. Hierbij voegen zich nu de angst en de dwang, en samen geeft dit een vrij karakteristiek ziektebeeld, dat zoowel verschillen aanbiedt met de verkregen vormen van neurasthenie als met de degeneratieve toestanden, die alleen op dwang- en angstvoorstellingen berusten.

De overgang tusschen deze vormen is natuurlijk zeer geleidelijk, wat ons niet mag beletten, ze als verschillende toestanden te beschrijven.

De traumatische vorm van neurasthenie, die men heeft onderscheiden, biedt, afgezien van het etiologisch moment, geene bijzonderheden aan. Wij zullen er later nog over spreken, wanneer wij de traumatische neurosen in een afzonderlijk hoofdstuk

behandelen. In het algemeen kan men hiervan zeggen, dat, hoe meer het zuiver psychisch moment op den achtergrond treedt en het organische moment van het trauma op den voorgrond, men des te meer neurasthenische en des te minder hysterische verschijnselen waarneemt. Omdat bij een trauma beide momenten vereenigd zijn, vindt men gewoonlijk eene combinatie van neurasthenische en hysterische verschijnselen, en behooren zuivere neurasthenieën tot de zeldzaamheden, terwijl zuivere vormen van hysterie meer voorkomen.

Wij komen nu tot de differentiële diagnose van neurasthenie met ziekte-toestanden, die daarmee tijdelijk of duurzaam verwisseld kunnen worden.

Over de organische en functioneele aandoeningen der vegetatieve organen hebben wij reeds voldoende gesproken. Over sommige infectieziekten een enkel woord.

Het is eene van mijne gewone ervaringen, dat neurasthenici tijden lang voor malaria, influenza of rheumatiek behandeld zijn, omgekeerd komt het, geloof ik, niet voor, dat bovengenoemde ziekten voor neurasthenie worden gehouden. Het loont de moeite niet, nader hierop in te gaan; een medicus, die even uit de oogen ziet, behoeft dergelijke vergissingen niet te maken. Natuurlijk kunnen bovengenoemde ziekten zich met neurasthenie combineeren, of er oorzaak van zijn. Dan is het in een gegeven geval moeilijk uit te maken, of b. v. eene bepaalde pijn rheumatisch of neurasthenisch is.

Wij beginnen met de psychische ziekten.

De begrenzing der *neurasthenie* van de *hypochondrie* kan in sommige gevallen groote moeilijkheid geven. Vroeger onderscheidde men beide aandoeningen niet, en beschreef de nosophobische denkbeelden, die zoo dikwijls bij neurasthenie voorkomen als hypochondrie. Ook in de latere jaren zijn er nog stemmen opgegaan, o. a. van Jolly, om beide ziekten te vereenigen. Naar mijne meening ten onrechte.

In de duidelijk uitgesproken gevallen is het onderscheid gemakkelijk genoeg te maken. Bij hypochondrie heeft men een incorrigibelen waan, bij neurasthenie eene herstelbare vergissing. In het eerste geval hebben alle betogen van den medicus niet het minste effect. De hypochonder verlangt zeer, hersteld te worden en zoekt den medicus, hij gelooft hem echter niet; alle pogingen om hem te overtuigen loopen ten slotte uit op een wantrouwen van den patiënt tegenover zijn medicus, zoodat eindelijk de in den beginne zeer gezochte arts langzamerhand door den lijder gemeden wordt. De hypochonder gedraagt zich juist als de lijder aan een anderen vorm van vecordia.

Geheel anders de neurasthenicus. Deze kan dezelfde beweringen hebben als de hypochonder, maar deze kunnen ten minste tijdelijk gecorrigeerd worden.

Wanneer de medicus hem zegt, dat zijne abnormale sensaties in het hoofd niet wijzen op verweeking der hersenen, of op iets anders, gelooft hij dit. Eene volgende maal zal dezelfde lijder met iets anders voor den dag komen, dat zich weer laat corrigeeren enz., maar ten slotte zijn al deze nosophobieën niet meer dan vergissingen, verkeerde conclusiën uit werkelijk bestaande gegevens.

Dit verschil openbaart zich verder in de prognose, die voor den waan absoluut ongunstig, voor de neurasthenie meer of minder gunstig is.

Zoo is het in de duidelijk uitgesproken gevallen; er zijn echter talrijke overgangen. Hypochondrie begint dikwijls als eene hypochondrische neurasthenie, en dan kan men waarnemen, hoe de vergissing langzamerhand in een incorrigibelen waan wordt omgezet. Op een gegeven oogenblik een onderscheid te maken, kan dus onmogelijk zijn.

Sommige vormen van hereditaire neurasthenie geven een beeld, dat tot hypochondrie nadert. Hier kunnen de hypochondrische denkbeelden gecombineerd zijn met talrijke dwangdenkbeelden, en daar deze ook bij neurasthenie dikwijls voorkomen, kan dit eene nieuwe bron van verwarring zijn, vooral ook, omdat juist

in die gevallen van neurasthenie, waar de dwang in gevoelens en denkbeelden sterk op den voorgrond treedt, juist als bij hypochondrischen waanzin, het degeneratieve moment aanwezig is.

Afgezien van de geleidelijke overgangsvormen, die zoowel onder hypochondrie als onder neurasthenie gerangschikt kunnen worden, heeft men in zulke gevallen te letten op de begeleidende verschijnselen, die bij neurasthenie veel meer voorkomen, dan bij hypochondrie, en op de vastheid der denkbeelden; hoe steviger een idee zich fixeert, hoe meer het onafhankelijk wordt van alle andere denkbeelden en motieven, des te meer neemt het het karakter aan van een waan, en nadert het geheele ziektebeeld tot den waanzin.

Veel wat van hypochondrie geldt, kan van vecordia ten opzichte van neurasthenie gezegd worden. Goed uitgesproken gevallen van neurasthenie en vecordia laten zich gemakkelijk onderscheiden. De neurasthenicus heeft ziekte-inzicht, en de lijder aan vecordia heeft dit niet, dit is altijd de leidende gedachten-gang. Gevallen, waarbij hallucinaties eenigszins op den voorgrond treden, behooren niet meer tot neurasthenie. Moeilijkheden komen ook hier bij de erfelijk degeneratieve gevallen, bij de z.g. „*originäre Verrücktheit*” der Duitschers. Hierbij treden de hallucinaties geheel of grootendeels op den achtergrond, terwijl de waan-denkbeelden hun absurd karakter dikwijls verliezen en overgangen vertoonen tot vergissingen, tot leugens, tot zonderlingheden, tot bijgeloovigheden, enz.; ook komen dwanggedachten hier in den meest verschillenden vorm voor. Neemt men nu verder in aanmerking, dat ook de heriditair-degeneratieve vorm van neurasthenie zich kenmerkt, door het sterk op den voorgrond treden van dwang-denkbeelden, en dat bovendien afwijkingen in het karakter voorkomen, die aanleiding geven tot dezelfde zonderlinge denkbeelden, bijgeloovigheden, enz., dan wordt het duidelijk, dat er gevallen kunnen zijn, waarbij vergissing in de diagnose zeer mogelijk is en waarbij men inderdaad tusschenvormen waarneemt, die zoowel tot de vecordia, als tot de neurasthenie gerekend kunnen worden.

Moeilijkheid voor de diagnose kunnen sommige beginnende gevallen van *vecordia* geven, waarbij de waan nog niet vastgeconstitueerd is en waarbij de patiënt zelf nog twijfelt. Zoo b. v. in gevallen, als de waan zich vastknoopt aan abnormale sensaties in de geslachtsdeelen, die ook bij neurasthenie zoo dikwijls voorkomen. In sommige gevallen komt men niet direct tot eene diagnose, het verloop der ziekte geeft dan uitsluitsel.

De mogelijkheid, dat een neurasthenie chronisch wordt en ten slotte tot een *vecordia* zich vervormt, is niet geheel van de hand te wijzen, ofschoon het zelden voorkomt. De gevoelens van angst, de dwang-denkebeelden en handelingen worden dan langzamerhand geobjectiveerd, het ziekte-inzicht verdwijnt, en de verschijnselen worden niet aan eene inwendige ziekte, maar aan van buitenaf inwerkende omstandigheden toegeschreven. Ook in deze gevallen is een sterke hereditaire aanleg aanwezig.

Neurasthenie kan verwisseld worden met *melancholie*, waarmede het verschillende verschijnselen gemeen heeft. In de eerste plaats de algemeene ontstemming, de duistere gemoedsstemming bij beide ziekten; verder de besluiteloosheid, de neiging tot het maken van bezwaren, het opzien tegen kleinigheden, de algemeene gevoelloosheid, de hypochondrische voorstellingen, enz.

Meestal is het echter niet moeilijk het onderscheid te maken. Bij neurasthenie is de melancholische ontstemming secundair, ze wordt veroorzaakt door de talrijke andere klachten, door de hyperaesthetische en paraesthetische gewaarwordingen, door het gevoel van machteloosheid en de pijn bij elke geestelijke inspanning.

Bij melancholie is de ontstemming primair, en volgen de overige klachten daaruit. Een melancholicus kan geen geestelijke inspanning verrichten, omdat hij ontstemd is, een neurasthenicus is ontstemd, omdat hij geen geestelijke inspanning kan verrichten. Het is dus van belang om door onderzoek van den patiënt de ontwikkeling van de melancholische ontstemming na te gaan en doet men dit systematisch, dan is de aard der ziekte gewoonlijk gemakkelijk te herkennen.

De stemming bij een neurasthenicus is gewoonlijk wisselend,

afhankelijk van de daaraan ten grondslag liggende ziekelijke verschijnselen. Bij melancholie is de ontstemming continueel.

Eene verdere overeenkomst tusschen beide ziekten ontstaat door het voorkomen van hypochondrische en nosophobische denkbeelden. Men heeft zelfs een hypochondrischen vorm der melancholie onderscheiden, in elk geval kunnen de hypochondrische denkbeelden bij deze ziekte sterk op den voorgrond treden.

De hypochondrische denkbeelden van den neurasthenicus zijn meer beredeneerd, hij heeft daar zijne gronden voor in zijne abnormale sensaties, en wanneer hij overtuigd is, dat deze sensaties niet wijzen op de door hem veronderstelde ziekte, laat hij deze denkbeelden varen.

Bij den melancholicus vindt de hypochondrie haren grond in de melancholische ontstemming. Ze is daar meer constant en verdwijnt eerst, wanneer de stemmings-anomalie geneest.

Overeenkomst in de beide ziekten vindt men in de somtijds aanwezige geestelijke gevoelloosheid; de belangstelling in de omgeving, het deelnemen in alles, wat er gebeurt, is verloren gegaan. Bij beide ziekten vindt dit zijn grond in de onmogelijkheid om iets, hoe weinig ook, te kunnen presteeren; beide gevoelen zich een „quantité négligeable”.

De differentiële diagnose tusschen *neurasthenie* en *hysterie*, wordt uitgesteld totdat laatstgenoemde ziekte behandeld is.

De rij der organische aandoeningen nagaande, komen wij het eerst aan de *Dementia paralytica*.

In uitgesproken gevallen is deze ziekte duidelijk genoeg en gewoonlijk reeds *à vue* te diagnosticeeren. Het is alleen het begin der ziekte, dat moeilijkheden geeft, en het somtijds tijdelijk onmogelijk maakt de diagnose te stellen. Het is niet zoo zeer ongewoon, dat de paralyse met neurasthenische verschijnselen begint, en indien dan de organische symptomen nog niet, of nog onvoldoende zijn uitgesproken, is eene vergissing mogelijk.

De veranderingen in het karakter, eene abnormale prikkelbaarheid, ongemotiveerde driftbuien, een vreemd, abrupt, onlogisch

gedrag, licht hesiteerende spraak, trillingen in 't schrift, stoornissen in het herinneringsvermogen, vergeetachtigheid, stoornissen in den slaap, duizelingen, angsttoestanden, stoornissen in de reflexen enz., zijn alle verschijnselen, die aan beide ziekten gemeen kunnen zijn.

Laten wij beginnen met de organische afwijkingen.

Vermindering of opheffing der kniepeesreflex pleit in hooge mate voor eene organische aandoening; bij neurasthenie is deze reflex meestal verhoogd. Stoornis der reflex op ééne zijde doet evenzoo aan organische veranderingen denken.

Ongelijke grootte der pupillen is een verschijnsel, dat aan neurasthenie, aan paralyse en aan andere functioneele ziekten gemeen is, ook wanneer deze ongelijkheid eene duurzame is en gedurende jaren is geconstateerd.

Sterk uitgesproken Myosis der pupillen is verdacht, en doet aan organische aandoening denken; bij neurasthenie zijn de pupillen gewoonlijk meer dan middelmatig wijd.

De zekerste aanwijzing voor eene organische aandoening geeft ons de eenzijdige of dubbelzijdige reflectorische stijfheid der pupillen bij het invallen van licht in het oog. Dit verschijnsel is zeer kenmerkend voor beginnende tabes dorsalis en dementia paralytica, en komt voor zoover wij weten bij neurasthenie niet voor. Hierbij verdient opgemerkt te worden, dat bij lichtstijfheid der pupillen de reactie op convergentie behouden is. Om de reactie der pupil op licht te bepalen, neme men als vaste gewoonte den patiënt voor het raam te plaatsen en het ééne oog met den wijsvinger te sluiten. Bij sluiting van het ééne oog beziet men het andere om de *consensueele* lichtreactie te bepalen; daarna opent men het oog en let op de directe reactie van het geopende oog. Ook het onderzoek in de oogspiegelkamer verdient aanbeveling.

Niet altijd is de bepaling dezer reactie gemakkelijk. Traagheid der reactie komt meermalen voor, en kan waarschijnlijk normaal zijn; de grens tusschen traagheid en stijfheid is echter moeilijk te trekken.

Bovendien is het waarschijnlijk, dat in beginnende gevallen van *tabes dorsalis* en *dementia paralytica* de traagheid of stijfheid in de reactie kan afwisselen met normale reactie.

Tremoren komen bij beide ziekten voor, de neurasthenische tremor heeft een sneller tempo, heeft iets vibreerends en is in hooge mate afhankelijk van gemoedsbewegingen. De paralytische tremor is meer continuëel.

De spraak kan bij beide ziekten hesiteerend zijn; de neurasthenicus bemerkt echter zijne kwaal, de paralyticus weinig of niet. Het zich verspreken, het weglaten van woorden in spraak en schrift is bij den paralyticus meer onlogisch, en gaat als het ware vanzelf, zonder dat hij het beproeft te corrigeeren. Een neurasthenicus bemerkt, en gewoonlijk met schrik, zijne fout.

Angsttoestanden zijn bij paralyse meer intensief en zoo mogelijk nog meer irrationeel.

De stoornis in den slaap is bij paralyse meer onregelmatig.

Duizelingen komen bij beide ziekten voor, zonder dat zij te onderscheiden zijn; ontstaan uit de duizelingen absenties, met opgeheven herinneringen voor den tijd van de duizeling, dan spreekt dit voor eene organische aandoening, wanneer epilepsie is buitengesloten.

Herinnerings-stoornissen komen bij beide ziekten voor; gewoonlijk zijn zij echter wel te onderscheiden. Wij zagen reeds vroeger, dat de herinnerings-stoornis bij neurasthenie meer schijnbaar was, en niet berustte op een verdwenen zijn van vroeger voorhanden herinneringsbeelden. Het vergeten, dat den neurasthenicus kenmerkt, wordt veroorzaakt door zijne verstrooidheid, door zijne traagheid, door de onmogelijkheid zijne aandacht te fixeeren en is dus geen ware herinnerings-stoornis.

Wil men bij neurasthenie naar herinneringszwakte een onderzoek doen, dan moet men beginnen, zeer intensief de aandacht te fixeeren en doet men dit, dan blijkt daarvan niet veel.

Bij paralyse is het geheel anders; hier vallen vroeger bestaan hebbende herinneringsbeelden weg, en is de memoriezwakte experimenteel aan te toonen.

De veranderingen in het karakter zijn voor beide ziekten kenmerkend. De omgeving bemerkt, dat de persoon anders is geworden dan vroeger, dat hij in zijn nadeel is veranderd. Prikkelbaar, moeilijk in den omgang, driftig, irrationeel, dat alles was hij vroeger niet en thans wel. Deze verschijnselen verschillen bij beide ziekten niet veel; bij paralyse zijn zij intensiver, zijn meer irrationeel en meer in 't oog vallend, dan bij neurasthenie.

De hoofdpijnen zijn bij paralyse heviger, komen bij aanvallen, soms onder den vorm van migraine met flikkerskotoom, bij neurasthenie zijn de pijnen niet zoo hevig en meer continueel.

De genitale neigingen zijn bij paralyse in den beginne meestal verhoogd, bij neurasthenie meestal verminderd.

Etiologisch van belang is, dat bij paralyse in de meerderheid der gevallen lues is voorafgegaan. Overigens is de etiologie van beide ziekten dezelfde.

Tumor cerebri kan in den beginne neurasthenische symptomen geven, vooral de hoofdpijn en de duizelingen in de eerste periode geven hiertoe aanleiding. Hierbij valt op te merken, dat bij neurasthenie deze verschijnselen zelden die intensiteit verkrijgen als bij tumor cerebri. Bovendien vindt men bij neurasthenie, wanneer hoofdpijn en duizelingen aanwezig zijn, nog talrijke andere symptomen, vooral angst, en nosophobieën naar aanleiding van de hoofdpijnen en duizelingen enz. In geval van tumor voegen zich bij deze beide verschijnselen spoedig andere symptomen der hersenzenuwen, epileptoïde convulsieën enz.; de differentiële diagnose is dus gewoonlijk spoedig gemaakt. Opmerking verdient echter, dat dikwijls gedurende het geheele ziekteverloop van tumor cerebri en van vele andere organische aandoeningen van het zenuwstelsel, naast de wegval-verschijnselen, talrijke andere verschijnselen van functioneelen aard aanwezig zijn.

Meer moeilijkheid dan neurasthenie, kan hysterie geven in hare onderscheiding van tumor cerebri, en vergissingen zijn hiervan bekend.

Tabes dorsalis is eene ziekte, waarbij in den beginne verwisseling met neurasthenie mogelijk is, vooral wanneer neurasthenie, volgens het z.g. spinale type verloopt. Hier kan men dan hebben: schietende pijnen in de beenen, wankelen, wanneer de oogen gesloten zijn, paraesthesieën in de beenen, stoornissen in de genitale functieën, impotentia coeundi, onzekerheid in den gang, die aan ataxie zou kunnen doen denken. Een eenigszins nauwkeurig onderzoek brengt ons echter spoedig uit de dwaling. Bij *tabes dorsalis*, is de kniepeesreflex opgeheven, vindt men reflectorische pupillenstijfheid, omschreven anaesthetieën in de beenen, spieratrofieën van peripheren oorsprong, trophische stoornissen, eene duidelijke ataxie enz., altemaal verschijnselen, die bij neurasthenie niet voorkomen. De psychische verschijnselen, die bij *tabes dorsalis* veelvuldig waargenomen worden, doen in menig opzicht aan neurasthenie denken; bijna elke *tabeslijder* is *hystero-neurasthenicus* bovendien.

Progressieve spieratrofie heeft oppervlakkig cenige gelijkheid met neurasthenie door de fibrillaire trekkingen, die hierbij voorkomen, welke ook bij neurasthenie dikwijls aanwezig zijn. De atrophie ontbreekt hier echter altijd, evenzoo is de electrische reactie der spieren bij neurasthenie steeds normaal.

De spierasthenie, die bij neurasthenie dikwijls, vooral in de benedenste extremiteiten, voorkomt, is moeilijk met eene parese uit organische oorzaak te verwarren.

De prognose der neurasthenie, evenals van de andere zenuwziekten, is eene belangrijke zaak. Uit ondervinding is mij gebleken, dat practische medici in tweeërlei richting zondigen: of de zenuwziekte wordt door hen niet geteld, of zij wordt overschat. In de beginnende gevallen is het mij meerdere malen voorgekomen, dat de ziekte niet naar behooren geteld werd, en de verschijnselen aan inbeelding of iets anders werden toegeschreven, of wel van zóó weinig beteekenis werden geacht, dat zij geene behandeling behoeften. In oude chronische gevallen komt het voor, dat men elke therapie onnoodig acht, omdat het toch niets meer geeft, en het is mij voorgekomen, dat zulke gevallen mij met

een medelijdend schouderophalen ter behandeling werden overgegeven. Het eene is evenzoo verkeerd als het andere.

De prognose van elk geval moet afzonderlijk beoordeeld worden, en is van verschillende omstandigheden afhankelijk.

Acute gevallen geven in 't algemeen eene gunstige prognose. De hevigheid der verschijnselen legt weinig gewicht in de schaal, en de meest desperate symptomen kunnen volkomen genezen. Van groot belang is de wijze, waarop de verschijnselen ontstaan; hoe langzamer zij komen, des te langzamer zullen zij verdwijnen. Ongunstig zijn die gevallen, waarbij men de verschijnselen tot in de jeugd toe kan vervolgen, waarbij de symptomen als het ware de verdere uitwerking zijn van de karakter-eigenschappen van het individu, en dus zonder veel schadelijke uitwendige omstandigheden zijn gekomen. Het is daarbij niet noodig, dat de verschijnselen eene groote intensiteit hebben bereikt, en dikwijls is het mogelijk, dat de lijder ongeveer zijne dagelijksche bezigheden blijft verrichten. Hij heeft voor zichzelf dan altijd een ongelukkig bestaan en behoort tot de steeds aangroeiende rij van pessimisten.

Herediteit als zoodanig maakt de prognose voor het enkele geval niet ongunstiger. Hierbij moet men bovengenoemde chronische gevallen uitzonderen en verder die, welke ontstaan tengevolge van eene gebrekkige ontwikkeling van het geheele organisme, zooals dat voorkomt bij ziekte-toestanden van de moeder gedurende de zwangerschap, verder door hereditaire tuberculose en lues, en misschien in andere gevallen tengevolge van alcoholisme der ouders.

Voor den enkelen aanval maakt erfelijkheid de prognose niet ongunstiger; wel bestaat er na genezing meerdere kans voor recidive, omdat bij den erfelijk gepredisponeerden aanleg de oorzaak, die de ziekte te voorschijn roept, geringer is, dan bij gezonde individuen, en verder nog daarom, omdat elke aanval de geestelijke constitutie van den lijder verzwakt en hem minder bestand maakt voor de schadelijke omstandigheden van het gewone leven. Dit geldt ook voor de normale menschen; elke

psychische ziekte werkt als een trauma, dat het zenuwstelsel ook na de genezing duurzaam verzwakt; elke psychose geneest in dezen zin dus nooit geheel, maar altijd met een min of meer duidelijk defect, al openbaart zich dit defect door niets anders dan door een minderen weerstand tegen schadelijke omstandigheden.

Enkele momenten zijn voor de prognose nog van belang. Onder neurasthenici en ook onder andere zenuwlijders komen personen voor, die, duidelijk inzicht in hunne ziekte vertoonende, daarvan den ernst inzien en die begrijpen, dat daaraan plotseling niets te veranderen valt. Deze personen begrijpen, dat, zullen zij ooit beter worden, zij daarvoor geduld moeten hebben en zich als het ware met ernst op hunne beterschap moeten toelagen. In deze gevallen kan men veel doen, en door de ervaring geleerd, durf ik hier steeds de prognose gunstiger stellen. Misschien wijst dit geduld en deze mogelijkheid om zich voor de genezing in te spannen, wel op een minder ernstig zijn der ziekte, hoewel de overige verschijnselen hevig genoeg kunnen zijn. Tot zekere hoogte geldt van neurasthenici, dat zij, die ernstig beter willen worden, het ook kunnen.

Tegenovergesteld aan deze personen zijn zij, die elken dag en bijna elk uur naar hunne genezing zitten uit te kijken, die, hoe langer de ziekte duurt, des te ongeduldiger worden en, ten einde raad, van 't een op 't ander springen, en den medicus elken dag vertellen, dat het nog al niet beter gaat. Bij deze personen kunnen schijnbaar weinig beteekenende ziekte-verschijnselen gedurende langen tijd aan elke therapie weerstand blijven bieden.

Neurasthenie, die na trauma ontstaat, heeft in 't algemeen eene ongunstige prognose; sommige neurologen beschouwen deze gevallen als wanhopig; dit schijnt mij te veel gezegd, ik heb ten minste sommigen zien verbeteren en anderen zien genezen. Dit neemt niet weg, dat traumatische gevallen zeer ernstig zijn en speciaal, wanneer men de hypochondrische verschijnselen en de herinneringszwakte voor zijne oogen ziet toenemen, wordt de prognose steeds ernstiger.

Er blijft ons nog over, enkele opmerkingen te maken over de prognose der afzonderlijke symptomen. Hierbij wil ik vooraf eene opmerking maken, die mij door eigen vergissingen en door 't waarnemen van vergissingen bij anderen, wordt ingegeven, eene opmerking, die bij alle zenuwziekten, en vooral voor hysterie, hare geldigheid heeft.

Zij is deze, dat men nooit mag denken, dat men door het verwijderen, of zoo men wil door het genezen van één symptoom, de ziekte genezen heeft, ook niet, wanneer dit een symptoom is, dat tijdelijk het geheele ziektebeeld beheerscht.

Het genezen van een symptoom is dikwijls niet meer dan het verschuiven daarvan en wanneer, om een voorbeeld te noemen, de spiermoeheid is verdwenen, kan zich een ander symptoom b. v. een digestiestoornis daarvoor in de plaats stellen, en wij zijn nog even ver. Bij hysterie ziet men dit gewoonlijk, en talrijke hypnotische resultaten berusten op niets anders, dan op eene verwisseling der verschijnselen. Dit neemt niet weg, dat het veranderen van symptomen zijn nut kan hebben; wanneer voor een lastig verschijnsel een minder hinderlijk symptoom in de plaats treedt, is dat een voordeel. Op deze wijze is het resultaat secundair, omdat minder hinderlijke symptomen secundair den geestestoestand verbeteren. Niet altijd evenwel treedt bij verandering der symptomen verbetering op; het tegendeel is mij meerdere malen voorgekomen.

Men mag evenwel niet alle symptomen gelijk stellen, en bij neurasthenie zijn er verschijnselen, die, wanneer zij verbeteren, inderdaad ook eene verbetering in den algemeenen toestand aangeven.

Dit is het geval met de neurasthenische vermoeibaarheid. Afgezien van al het andere, desnoods met verergering van alle overige verschijnselen, is het bij neurasthenie een gunstig teeken, wanneer men kan constateeren, dat de patiënt geestelijk meer kan presteeren, wanneer men b.v. waarneemt, dat hij uit eigen beweging eenen brief gaat schrijven of in eenig opzicht initiatief gaat toonen. Dergelijke dingen zijn subtiel om te

beoordeelen, en zij toonen aan, dat onze neurologische wetenschap nog in vele opzichten slechts eene kunst is, en dat niet iedereen, met eene behoorlijke dosis kennis, een goed neuroloog kan zijn. Gewoon gezond verstand en daarbij zich niet laten afleiden door bijkomende alarmeerende verschijnselen, dat is de hoofdzaak. Niet iedereen is schilder, maar evenmin is iedereen neuroloog.

Sommige symptomen hebben eene prognostische beteekenis.

Zeer hardnekkig zijn de dyspeptische verschijnselen; zij zijn dit vooral door hunnen grooten invloed op de stemming van den lijder, en omdat zij hem ongeschikt maken tot eenigerlei bezigheid. Hetzelfde kan gezegd worden van de slapeloosheid. Medicamenten helpen hiervoor weinig en mogen op den duur niet gebruikt worden, omdat zij dan hunne werking verliezen en er intoxicatie-verschijnselen kunnen ontstaan.

Het verbeteren van den slaap is prognostisch een gunstig teeken.

2e AFDEELING

**HYSTERIE EN DAARAAN VERWANTE
NEUROSEN.**

HOOFDSTUK I.

Etiologie.

Het hoofdstuk van de etiologie der *Hysterie* biedt in menig opzicht verschil aan met dat van de *Neurasthenie*, terwijl in andere opzichten overeenkomst daarmede kan waargenomen worden.

Het groote verschil in de etiologie van beide ziekten bestaat in het meer op den voorgrond treden van het erfelijk moment bij *Hysterie*; de groote overeenkomst bestaat in den belangrijken invloed, dien bij beide ziekten de emotie als etiologisch moment bezit.

Wij hebben gezien, dat *Neurasthenie* in vele gevallen eene verkregen ziekte was, eene ziekte, die bij een' gezonden en eene normale lichamelijke en geestelijke ontwikkeling ontstond, door de deletaire werking van ongunstige, uitwendige omstandigheden, waarvan de depressieve emotie, die gedurende langen tijd inwerkte, en verder eene te intensieve geestelijke inspanning, de beide hoofdfactoren waren. Erfelijkheid bleek echter ook voor sommige vormen van *neurasthenie* een niet te miskennen factor. Verder hebben wij voor *neurasthenie* de toename, die deze ziekte in de laatste jaren onmiskenbaar vertoonde, kunnen verklaren, door de toename der chronische, depressieve emotie, die voor onze tegenwoordige maatschappelijke verhoudingen kenmerkend was, en wij hebben kunnen betoogen, dat eene zoo snelle toename, als wij dat bij *neurasthenie* waarnamen, er van zelf reeds op wees, dat erfelijkheid niet de overwegende factor voor het ontstaan van deze ziekte kon zijn.

Bij hysterie treedt de erfelijkheid veel sterker op den voorgrond; het is eene meer aangeborene ziekte, die wel langeren tijd kan sluimeren, als het ware in een latenten toestand aanwezig kan zijn, maar door eene kleine schadelijke omstandigheid op zijn onverwachtst te voorschijn geroepen kan worden. Deze schadelijke omstandigheden heeft *Charcot* zeer karakteristiek genoemd: „*les agents provocateurs de l'hysterie*,” in tegenstelling met de erfelijkheid als etiologisch moment, die de oorzaak was van den ziekelijken aanleg.

Door het op den voorgrond treden van erfelijkheid als etiologisch moment, nadert Hysterie meer tot de degeneratieve psychische ziekten, die wij hierna zullen beschrijven.

Hysterie is eene ziekte, waarvan eene zoo snelle toename in de latere jaren, als wij dat voor neurasthenie hebben kunnen constateeren, niet is waar te nemen. De ziekte bestond zonder twijfel reeds in vroegere eeuwen, en voor zoover wij daarover kunnen oordeelen, was zij toen bij lange na niet zeldzaam. *Charcot* en zijne leerlingen hebben ons over de geschiedenis der Hysterie merkwaardige documenten medegedeeld. Deze geschiedenis leert ons, dat in de meest verschillende maatschappelijk omstandigheden Hysterie is voorgekomen, en dat deze uitwendige omstandigheden op den vorm, waaronder de ziekte zich voordeed, wel van invloed hebben kunnen zijn, maar dat de ziekte als zoodanig er niet minder duidelijk door was.

Tot in de middeleeuwen toe kan men de ziekte vervolgen en de historische gegevens, waarover wij beschikken, laten ten opzichte van de diagnose geen twijfel over. Bekend zijn de epidemieën van hysterie in deze tijden. Eene dusdanige epidemie heerschte in 1574 te Aken, waar troepen mannen en vrouwen op de straten en in de kerken dansende en delireerende een zonderling schouwspel aanboden. De personen hadden allerlei visioenen; door toespraak waren zij niet tot zich zelve te brengen. Deze dansaanvallen waren dikwijls voorafgegaan door epileptische krampen, ten gevolge waarvan de personen bewusteloos neervielen. Na eenigen tijd sprongen zij op en de dans begon. Na

uren lang springen, vielen zij uitgeput neder. Daarna werd de buik samengeperst met lakens, tengevolge waarvan de zieken weer tot zichzelf kwamen, of wel men gaf hun vuistslagen op den buik. Deze epidemie plantte zich van Aken uit verder voort.

Ook in den lateren tijd komen dergelijke epidemieën wel voor.

Het volgende vindt men medegedeeld in de „Geschiedenissen Amsterdams” door Jan Wagenaar:

„De dweepagtige Herdoopers, die zig heimelyk te Amsterdam onthielden, verwekten aldaar in February des jaars 1535, nieuwe opschudding. Op den elfden dier maand waren *Dirk*, of, gelijk anderen hem noemen, *Henrik*, of, liever nog, zoals hij, in 't Stads *Sententieboek*, genoemd wordt, *Henrik Henrickszoon Snyder*, die onder deeze luiden voor een Profeet doorging, en nog zes mannen en vyf vrouwen vergaderd in de Zoutsteeg, ten huize van *Jan Syvaartszoon*, lakenkooper, die, ten dien tijde, tot voortzetting van zijnen handel, verreisd was naar de Oostzee. In eene Kamer van dit huis, wierp *Henrik* zig, kort na drie uren in de nacht, voor over op zijn aangezicht, naar 't scheen, yverig biddende. Elk, die hier tegenwoordig was, werdt van een innigen schrik bevangen. 't Vertrek, met al den huisraad, scheen te schudden. Na 't gebed, verklaarde de Profeet „dat hy Hemel en Hel in deszelfs heerlijkheid gezien had; dat de jongste dag naby was, en dat een uit den hoop, dien hij aanwees, zekerlijk verdoemd zyn zou.”

Straks daarop, viel deeze aan 't kermen, *Hemelsche Vader, wees my genadig!* En *Henrik* wederom, als of hem 's Hemels besluit, zonder tusschenpoozing, bekend gemaakt werd: *De Vader is u genadig geweest. Uwe zonden zyn u vergeven. Gy zyt tot een kind Gods aangenomen.* Weinig tyds daarna, hieldt dit zelfde gezelschap, ter zelfder plaatse, wederom eene nacht vergadering: waar de mans, immers eenigen, gewapend verscheenen. *Henrik*, vier uren agtereen, met preeken en bidden hebbende doorgebracht, ontdeedt zich van zynen stormhoed, zydgeweer, harnas en kleederen, en wierp alles op 't vuur, dryvende „dat al wat uit de aarde voortgekomen of gemaakt was, door 't vuur ver-

teerd moest worden." Toen hy daar moedernaakt stondt, beval hy den anderen zyn voorbeeld te volgen, gelyk beiden vrouwen en mannen deden. 't Smeulen en stinken der kleederen hadt de vrouw van den huize, die te bedde lag, doen ontwaaken. Zy begaf zig naar boven, daar zy 't naakte gezelschap vondt, en terstond bevel kreeg, om zig, insgelyks, te ontkleeden; gelyk zy deedt. Niemand wist toen nog, wat Henrik de Snyder verder voor hadt. Doch 't leedt niet lang, of hy belastte den misleiden hoop, hem te volgen, en te roepen, gelyk hij roepen zou. Met strykt hy ter deure uit, en de overigen hem na, straat op, straat neder, de halve Stad rond, onder een vervaarlijk gehuil van *wee! wee! wee! de wrake Gods! de wrake Gods! de wrake Gods!* Het huis, waaruit zy gekomen waren, en welk wel vast geslooten was, vloog haast in den brand, die egter door de buuren, de deur op den vloer geschooten hebbende, nog gelukkiglyk gebluscht werd.

Midlerwyl, raakte de Stadt alomme in beweeging. De burglary kwam in de wapenen, en de Plaatsen 't Stadhuis bezet hebbende naar behooren, viel het haar niet moeielijk, de naaktloopers op te vangen, waarin *Kornelis Dobbeszoon*, voor anderen, yverde. Zy werden allen gevat, op eene vrouw na, die men nooit heeft kunnen agterhaalen. Toen zy verhoord werden, boodt men hun kleederen aan; doch zy weigerden dezen te aanvaarden, schoon 't February, en gevolgelyk niet warm was. *De waarheid*, zeiden ze, *moest naakt zijn*. Ook wildenze, in den kerker, uit geen aardewerk eeten, noch drinken; maar smeeën de aarden vaten aan stukken, en dansten op de scherven. Een man wilde geen spyze nuttigen, ten zijze hem voorgekauwd werd, zeggende, *dat hy een kind was*. Uit alle hetwelke niet donkerlyk blykt, dat deeze luiden de hersenen gekrenkt waren.

Eene duidelyke beschrijving van eene epidemie van hysterie in de laatste jaren vond ik in de ideën van Multatuli Bundel I pg. 60 seq. De epidemie had plaats in het stadsweeshuis te Elberfeld bij gelegenheid van bedestonden, die gehouden zouden worden van 6—13 Januari 1861. Deze bedestonden zijn beschre-

ven in eene brochure, welke Multatuli beoordeelt. De weinige aanhalingen, die daaruit overgenomen zijn, toonen duidelijk aan, dat wij met een epidemisch optreden van hysterie te doen hebben, onder den invloed van een religieusen exaltatietoestand. Men oordeele:

„Thans waren zeven jongens aangegrepen en wel zóó krachtdadig, dat zij niet konden slapen. Den ganschen nacht brachten zij door met bidden en smeeken.”

„Toen werden zeven andere jongens overtuigd van hunne zonden; den volgenden avond lagen er zestien jongens op de knieën of het aangezicht.” „De aangegrepen jongens gingen naar den kelder en baden.”

„Een jongen was verstokt, hij wilde niet zalig worden, al werd ook ieder zalig.” Eerst nadat zijn kracht door bidden half gebroken was, gaat hij ook naar den kelder. Hij valt oogenblikkelijk neer, kermt en valt in de hevigste stuiptrekkingen neder, zoodat hij weer naar boven gedragen moest worden. De stuiptrekkingen duurden meer dan drie uren. Tegen vier uren vertoonden zich de stuiptrekkingen weder. Toen uitte hij, dat hij gelooven kon.

„Allen waren ontroerd. Niemand kon zich inhouden, ieder liet zijn tranen vrijen loop. Er moesten twee volwassenen en verscheidene meisjes naar buiten gebracht worden.”

„Zeven of achtjarige kinderen riepen om genade, om een rein hart, om den H. Geest voor zichzelve, voor andere kinderen, voor de suppoosten, voor den onderwijzer. Een der kinderen viel daarbij als dood neder, en bleef een langen tijd in koude verstijving.”

„Er moest weer een jongetje weggebracht worden en nog drie anderen, die zeer over hunne zonden kermden.”

„Vier kinderen vielen neder en moesten weggedragen worden.”

„Vele dagen had hij moeten worstelen en was daarbij letterlijk brullende.”

„Den volgenden dag viel 't eene kind na het andere in zwijm.”

„De kinderen hadden stuipachtige aanvallen... verloren de spraak... sloegen voortdurend met de handen... de engelen in den hemel zullen zich verblijd hebben.”

Het volgende is een prachtig voorbeeld van hysterische suggestie.

„Een jongen van 17 jaar had zich onvoorzichtig uitgelaten. Bij 't zien van een kermenden knaap had hij gezegd: „Ik wilde, dat ik ook eens in zulke worsteling viel.” Dat had hij niet moeten zeggen, want: „Plotseling zakt hij ineen, stamp met de voeten, weent en steunt, slaat met de handen en klaagt, hoe S a t a n hem heeft aangegrepen en hem den mond toehoudt als hij bidden wil. Hij zag er ijzingwekkend uit.”

Dergelijke schandelijke tooneelen waren in tijden van religieuze exaltatie niet zeldzaam. De brochure, waarover Multatuli sprak, maar waarvan de titel mij onbekend is gebleven, heb ik niet kunnen krijgen; als historisch document had zij verdiend bewaard te blijven.

Niet alleen als epidemieën is ons de hysterie uit vroegere eeuwen bekend. De hexenprocessen zijn bekend genoeg. De duivel gaf kenteekenen aan het lichaam: anaesthesieën, hyperaesthesieën of hysterogene plekken, die door de duivelbanners en gerechtsdienaars met ijver en met kennis van zaken op de ongelukkige Hysteriace werden gezocht. Een bezitter van dergelijke *stigmata diaboli* werd volgens recht en wet verbrand.

Dat een dergelijk onderzoek nog al eens voorkwam, blijkt wel uit de bedrevenheid, waarmede deze stygmata gezocht werden. Wil men eene goede beschrijving lezen, hoe men de hysterische analgesieën behoort te zoeken, dan kan de volgende van *Pierre de Lancre* dienen ¹⁾:

„Quand il (Pierre de Lancre) devait rechercher les marques, le chirurgien commençait par bander les yeux aux sorcières, puis il procédait à l'exploration de la sensibilité de la façon

¹⁾ Aangehaald uit *Pitres Leçons cliniques sur l'hysterie*. Tome I, pag. 57 en 81.

suivante: Il avoit une espingle en la main gauche, avec la teste de la quelle il faisoit semblant de pincer la sorcière en plusieurs lieux, qu'elle ne pouvoit voir, ayant les yeux bandez, et en la main droite il avoit une esguille ou une aleine bien deliée, et, ayant pincé la sorcière avec la teste de l'espingle en plusieurs lieux, elle se trémoussoit et se plaignoit artificiellement, comme si elle eût souffert quelque grande douleur et, néantmoins bien qu'en mesme temps ou lui mit l'esguille jusques aux os, elle ne disoit mot."

Ook de localisatie der anaesthesieën was aan de oude duivelzoekers wel bekend. Men oordeele:

"Pour découvrir les marques des sorcières, ils ne craignaient pas d'explorer toutes les parties accessibles du corps, sachant par expérience que Satan, dans le but d'éluder la justice et de tromper ses officiers, imprime souvent ses marques, ou en des parties si sales qu'on a horreur de les y aller chercher comme le fondement de l'homme ou en la nature de la femme; ou bien (comme il est extrême et dénaturé) au lieu le plus noble et le plus précieux, qui soit en toute la personne, où il semble impossible de l'imprimer, comme les yeux ou dans la bouche."

Op zulke gegevens afgaande zijn in vroegere jaren duizende personen verbrand.

Het groote etiologisch moment voor Hysterie is de heriditeit.

Bij de behandeling der Neurasthenie hebben wij eenigszins over de heriditeit als etiologisch moment voor functioneele neurosen uitgeweid. Wij gaan er dus hier niet nader op in, maar stellen ons tevreden met eenige getallen op te geven, die ik aan het bekende handboek van Gilles de la Tourette over Hysterie ontleen.

Briquet onderzocht de families van 351 hystericae, deze bestonden uit 1103 personen, 430 mannen en 673 vrouwen. Onder deze bevonden zich 272 gevallen van zenuwziekte, en wel 214

hystericae, 13 epileptici, 16 krankzinnigen, 1 delirium tremens, 1 paraplegie, 3 somnambulen, 14 convulsieve ziekten, 10 apoplectici; dus ongeveer 25 procent der gevallen. Afstammelingen van hysterische ouders zijn 12 maal meer blootgesteld om hysterisch te worden, dan kinderen van gezonde ouders. De helft der hysterische moeders heeft hysterische kinderen. Eene dochter van eene hysterische moeder heeft ongeveer 1 kans hysterisch te worden, tegen 3 kansen om het niet te worden.

Batault heeft de erfelijkheid bij de mannelijke hysterie onderzocht. Van 100 gevallen vond hij in 77 ziekelijke erfelijkheid. Van deze 77 gevallen bestond in 56 gevallen directe erfelijkheid, d. w. z. dat een der ouders zenuwziek was. Van deze 56 gevallen was in 35 de moeder alleen, in 9 de vader alleen en waren in 12 gevallen beide ouders hysterisch of zenuwziek. De 35 gevallen, waar de moeder alleen ziek was, waren aldus verdeeld: 16 hysterische moeders, 17 nerveuse en 2 epileptische. De gelijknamige erfelijkheid neemt dus de belangrijkste plaats in.

Uit deze enkele getallen blijkt dus reeds voldoende, hoe groot de rol is, die de erfelijkheid speelt in het ontstaan der hysterie, en hoe zeer deze ziekte, in onderscheid met neurasthenie, minder door de uitwendige omstandigheden, dan door de aangeboren eigenschappen van het individu zelf wordt bepaald. De uitwendige omstandigheden zijn hier meer de gelegenheid gevende oorzaken, die bij een bestaanden aanleg, de ziekte te voorschijn kunnen roepen. Voor neurasthenie namen wij 40—50 procent erfelijkheid aan; voor Hysterie 70—80 procent.

Invloed van de sexe.

Tot voor korten tijd meende men, dat hysterie eene ziekte was, die alleen bij vrouwen voorkwam. Dit is gebleken onjuist te zijn, en elk medicus weet, dat ook mannen dikwijls door deze ziekte worden aangetast. Het zijn voornamelijk de onderzoekingen der Salpêtrière geweest, die hier de waarheid hebben doen kennen.

Uit de door Marie, Souques en Gilles de la Tourette opge-
maakte statistieken blijkt, dat het aantal door deze ziekte aan-

getaste mannen aanzienlijk is, en hierbij valt dan nog deze bijzonderheid op te merken, dat het aantal mannen bijzonder groot was in die hospitalen, waar de armere bevolking werd opgenomen, terwijl de vrouwen de overhand hadden onder de meer gegoede standen.

De mannelijke hysterie onderscheidt zich in klinisch opzicht in zijn verloop van de vrouwelijke. De verschijnselen zijn hardnekkiger, de prognose is minder gunstig; het ziektebeeld heeft een meer hypochondrisch karakter, de suggestibiliteit is minder groot, de auto-suggestibiliteit misschien grooter.

Leeftijd.

Hysterie komt op alle leeftijden voor, zelfs de leeftijd beneden 5 jaar blijft daarvan niet verschoond. Men kan hierbij wederom de opmerking maken, die ook voor *Neurasthenie* geldt, dat, hoe vroeger de ziekte optreedt, des te sterker is het etiologisch moment der erfelijkheid.

De volgende staat, die opgeteld is uit gegevens van *Landouzy, Briquet* en *Batault* geeft een overzicht van de frequentie der hysterie naar den leeftijd bij mannen en vrouwen.

	<i>Vrouwen.</i>	<i>Mannen.</i>
0—10 jaar	70	10
10—20 "	391	78
20—30 "	215	60
30—40 "	71	27
40—50 "	19	11
50—60 "	13	6
	779	192

De hysterie op kinderlijken leeftijd treedt nog al eens op in den vorm van epidemieën, in scholen, werkhuizen enz. Deze epidemieën zijn in de boven medegedeelde getallen niet begrepen. De kinderlijke hysterie kenmerkt zich door het weinig op den voorgrond treden der z. g. hysterische stygmata, d. i. voornamelijk der anaesthesieën. Zeer frequent zijn bij kinderen delirante toestanden en verder stoornissen in de beweging.

De hysterische sensibiliteitsstoornissen treden vooral op gedurende den leeftijd van 20—50 jaar, op hooger en leeftijd schijnen zij weer minder te worden, zonder daarom te ontbreken.

Hier geldt ook wederom de regel, dat hoe vroeger de hysterie optreedt, des te sterker doet zich het moment der erfelijkheid gelden, zooals wij dat ook reeds voor Neurasthenie hebben besproken.

De prognose voor het enkele geval is bij de kinderlijke hysterie niet ongunstiger, dan bij de hysterie op volwassen leeftijd. Men moet echter steeds in 't oog houden, dat hysterie zeer tot recidiveeren geneigd is, en dat op lateren leeftijd zeer ernstige rechutes kunnen optreden, wanneer reeds in de jeugd hysterische verschijnselen hebben bestaan.

Het ras.

De hysterie komt tennaastebij gelijkelijk voor bij alle rassen en volken. Misschien dat een speciale karaktertrek of eene speciale geestesrichting bij een volk, aan de ziekte een bijzonder cachet geeft, maar dit is toch nooit van dien aard, dat het moeilijkheden voor de diagnose zou kunnen geven. Wij hebben reeds gezien, dat de hysterie duidelijk te herkennen is uit de biographieën van personen uit vroegere eeuwen, toen de geestestoestand der menschheid stellig meer verschildte van den tegenwoordigen, dan die van de tegenwoordig levende beschaafde volken onder elkaar.

De opinie van Duitsche en Engelsche schrijvers, die kort na het verschijnen van de onderzoekingen van Charcot beweerden, dat dergelijke ziekte-toestanden in hun land niet voorkwamen, kan nu niet meer volgehouden worden.

Ook bij minder ontwikkelde volken en bij wilden is hysterie geene zeldzaamheid. Merkwaardig schijnt het mij toe, dat bij minder beschaafde volken, evenals dat vroeger bij Europeesche volken in de middeleeuwen het geval was, het epidemisch karakter der ziekte op den voorgrond treedt. *Gilles de la Tourette* vermeldt: „En 1863—1864, il y eut une épidémie de choreomanie à Madagascar, rappelant celles du moyen âge. Elle sévit princi-

palement sur les filles et les femmes de quinze à vingt ans, à la suite de l'assassinat de Radama II."

Voor dergelijke epidemieën is beslissend een idee, een gevoel, dat de menigte beheerscht, eene algemeene emotie, waaraan de geestelijk zwakste individuen tijdelijk bezwijken. Bij hooger ontwikkelde volken, waar deze ontwikkeling zich openbaart door meerdere divergentie van meeningen en gevoelens, wordt niet gemakkelijk eene dergelijke algemeene emotie opgewekt.

Bij lager ontwikkelde volken, bij negers, bij Hindoe's, in Siberië, ongeveer overal komt hysterie voor.

Een vorm van Hysterie, die in onzen Indischen Archipel bij de inlanders voorkomt, is het z.g. *Lattah*. Dit bestaat hierin, dat een persoon, die daarmede behept is, alle bewegingen van anderen moet nadoen. Wanneer hij b.v. iemand de bewegingen van gooien ziet maken, moet hij ook gooien, onverschillig, wat hij in de handen heeft.

Eene dienstbode zal schotels en eetwaren uit hare handen werpen, een ander zal in een boom klimmen, wanneer hij klimbewegingen ziet enz. Zonder moeite herkent men in dit verschijnsel de groote suggestibiliteit, die zoo dikwijls aan Hysterie eigen is. Bij alle volken en in alle klimaten komt Hysterie voor.

De maatschappelijke positie.

In tegenstelling met neurasthenie zien wij, dat dit moment bij *Hysterie* niet van groote beteekenis is. Men vindt hysterie in alle rangen der maatschappij, bij dienstmeisjes zoowel als bij dames, bij soldaten zoowel als bij geleerden. Volgens Fransche statistieken zou in den werkmansstand de mannelijke hysterie meer voorkomen en in de hogere standen meer vrouwelijke hysterie.

Het stadsleven schijnt op het ontstaan van hysterie geen grooten invloed te hebben.

De emotie.

Eene van de meest werkende oorzaken voor hysterie is de emotie. Ook voor neurasthenie hebben wij eene oorzaak sterk op den voorgrond gesteld. Het is echter van belang te wijzen

op de verschillende wijzen, waarop de emotie werkt. Voor neurasthenie hebben wij gezien, dat de ziekte gewoonlijk door eene langdurig inwerkende emotie ontstond, of wanneer ze tengevolge van hereditairen aanleg reeds in de kiem aanwezig was, dat zij in haar uitbreken zeer door eene langdurige depressieve emotie bevorderd werd. De chronische emotie als uitputtend moment is dus hier de werkelijke oorzaak der ziekte.

Bij Hysterie is dit eenigszins anders. Hier is de emotie meer „agent provocateur” en geeft eene acute openbaring der ziekte. Zij bepaalt in vele gevallen de richting der ziekte, de verschijnselen, die zij geven zal. De eene patiënt zal na eene emotie gaan trillen, een ander krijgt een hysterisch insult, weer een ander een paraplegie, of eene hyperaesthesie met contractuur enz. In de groote meerderheid der gevallen is op de eene of andere wijze in de aanwezige verschijnselen de emotie nog te herkennen en zelfs als oorzaak daarvoor te herkennen. Bij de symptomatologie komen wij op dit belangrijke vraagstuk nog herhaaldelijk terug. De emotie is dus minder de oorzaak voor de symptomen, maar deze laatste zijn de abnormale wijze, waarop de emotie zich openbaart. Nergens zullen wij dit duidelijker gedemonstreerd vinden, dan bij de hysterische accèssen. De emotie werkt dus daarom zoo intensief, omdat de geest, die ze ondervindt, reeds ziek is. Een voorbeeld kan dit het best duidelijk maken.

Janet deelt het volgende geval mede. Een meisje begon op 12-jarigen leeftijd te menstrueeren. De eerste menstruatie maakte haar zeer angstig, en op terloops gehoorde verhalen afgaande, nam zij na 24 uur een koud bad en de menstruatie bleef weg; den volgenden dag had zij koude rillingen, kreeg koorts en delireerde; dit hield eenige dagen aan, waarna zij weer in orde was. De menstruatie bleef weg tot den 18-jarigen leeftijd, en de eerste maal, dat ze weerkwam, kreeg patiënte een hysterisch accès. Jaren en jaren lang had deze patiënte bij elke menstruatie haar accès, en deze geleken photographisch op elkaar. Bij ieder accès herhaalden zich in den geest van de patiënte de

gebeurtenissen, die bij de eerste menstruatie hadden plaats gevonden. Het accès ging kort beschreven aldus: de menstruatie kwam, gedurende 24 uur gebeurde er niets, behalve dat de patiënte zich zeer nerveus gevoelde, daarna hield het op en kwam het insult, dit bestond in koude rillingen, pijnen en een deliranten toestand; daarna was alles afgelopen. Eene geheele recapitulatie dus van de gebeurtenissen bij de eerste menstruatie.

Wij bespreken verder niet den invloed, dien de emotie op het ontstaan en het verloop der hysterie heeft. Bij de behandeling der verschijnselen komen wij er telkens op terug.

Afgezien van bovengenoemden acuten invloed, bezit de voortdurende emotie dezelfde uitputtende werking op de geestelijke organisatie, die wij bij Neurasthenie reeds hebben besproken. Bij een gegeven aanleg tot Hysterie, wordt deze zonder twijfel daardoor versterkt.

Over den invloed van de opvoeding en de intellectueele inspanning hebben wij na het reeds bij Neurasthenie medegedeelde niets toe te voegen.

Hetzelfde geldt van de lichamelijke ziekten, die de oorzaak van Hysterie kunnen zijn.

HOOFDSTUK II.

Symptomatologie der Hysterie.

INLEIDING.

Het aantal verschijnselen, dat de Hysterie ons aanbiedt, is legio. Zou men die alle bespreken, dan had men een groot gedeelte der geheele medische wetenschap te behandelen. Hysterie is de groote nabootster van bijna alle ziekten. Indien werkelijk bij deze ziekte de verschijnselen van alle andere ziekten zouden kunnen voorkomen, dan zou dit beteekenen, dat hysterie eigenlijk geene ziekte was; maar hoogstens een verzamelnaam, waaronder allerlei verschillende toestanden gerangschikt werden. Het is evenwel niet te ontkennen, dat de ziektebeschrijving, zooals die in de handboeken voorkomt, ons eene verzameling van verschijnselen geeft, waarin men te vergeefs zoekt naar een verbindenden gedachtengang. Het is een mengelmoes van opeengestapelde feiten, die zonder eenig verband naast elkaar liggen, en waarvan het een ons zoo mogelijk nog onbegrijpelijker, sommigen zeggen nog onwaarschijnlijker is, dan het ander.

In dit boek stel ik mij voor, dit groote feitenmateriaal naar eene leidende gedachte te ordenen. Ik ben mij volkomen bewust van de groote moeielijkheden, die hierbij te overwinnen zijn en zelfs van de te kortkomingen, die mijne behandelingswijze zal blijken te vertoonen; ik zal echter niet in gebreke blijven,

daarop zelf de aandacht te vestigen. Voor zoo ver ik weet, is dit het eerste handboek, waarin iets dergelijks beproefd wordt; als eerste proeve twijfel ik dan ook niet, of met ter tijd zullen belangrijke wijzigingen in mijne opvattingen noodig zijn.

Deze methode van behandeling, wordt mij gemakkelijk gemaakt door de hoogst belangrijke onderzoekingen van *Pierre Janet* ¹⁾, wiens denkbeelden over de primitieve afwijking der hysterie ik accepteer, en wiens onderzoekingen ik als fundamenteel beschouw voor de volgende periode van onderzoek. Dit neemt niet weg, dat ik in verschillende opzichten van hem afwijk, in andere opzichten zijne beginselen verder doortrek. Eene vergelijking met zijne werken zal dit voldoende in het licht stellen.

De toepassing van deze beginselen op het geheele symptomenbeeld der hysterie ondervindt echter nog verschillende bezwaren. Geheel door te voeren is het voor alle geestelijke processen en lichamelijke afwijkingen, die ons in het normale leven bewust zijn, d. i. dus voor de psychische processen in engeren zin en verder voor de gevoels- en bewegingsstoornissen. Moeielijkheden worden ondervonden voor die functiën, die in het normale leven buiten het bewustzijn om tot stand komen, d. i. dus voor alle vegetatieve functiën, de digestie-, circulatie- en reproductieve verrichtingen. In het normale leven bemerken wij van de functie dezer organen niets, en alleen eene stoornis daarin komt tot ons bewustzijn, voornamelijk in den vorm van

¹⁾ De verschillende onderzoekingen van *P. Janet* zijn in de periodieken verspreid; de belangrijkste daarvan vindt men vereenigd in de volgende werken:

P. Janet. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine.

P. Janet. L'état mental des hystériques 1 Les accidents mentaux, 2 Les stigmates mentaux.

P. Janet. Neuroses et idées fixes, Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.

T. Raymond et P. Janet. Neuroses et idée fixe. Tome II.

pijngevoel en paraesthesieën. Een direct verband met ons bewustzijn bestaat dus voor de normale functie niet, ofschoon het van algemeene bekendheid is, dat psychische processen den grootsten invloed op de functie van deze organen hebben. Het is vooral deze omstandigheid, die de studie daarvan zoo moeilijk maakt.

Ook in anatomisch opzicht bestaat dezelfde moeielijkheid. Al onze vegetatieve organen worden door het sympathische zenuwstelsel geïnnerveerd. De anatomie hiervan, de verbindingen, die bestaan tusschen de elementen onderling en met de hersenen, zijn ons tennaastenbij geheel onbekend, en het staat te voorzien, dat de zeer groote bezwaren, die voor het onderzoek van het sympathische zenuwstelsel aanwezig zijn, niet gemakkelijk zullen overwonnen worden.

Het zal dus blijken, dat de leiddraad, die ons de stoornissen in de bewuste verrichtingen van het organisme begrijpelijk maakt, ons voor de vegetatieve functien daarvan in den steek laat. Niet, dat zij daarmede in tegenspraak komt, maar wij zullen buiten staat zijn het verband aan te toonen, dat er ongetwijfeld bestaat, tusschen de stoornis in de vegetatieve organen en de stoornis in het bewustzijn, die wij bij hysterie veronderstellen.

Op deze wijze krijgen wij twee groote groepen van verschijnselen:

1°. Psychische verschijnselen, die in het normale leven met bewustzijn gepaard gaan, verschijnselen, die gebonden zijn aan het animale leven;

2°. Psychische verschijnselen, die met het vegetatieve leven verbonden zijn, die dus door middel van den sympathicus op de vegetatieve organen zich doen gevoelen.

Ons bepalende tot de eerste groote klasse der verschijnselen, onderscheiden wij daarin drie afdeelingen, en kunnen wij daarvan het volgende overzicht geven:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------|--|
| A. Stoornis in de
gewaarwording. | a. Anaesthesie. | 1 ^o . van het algemeene li-
chaamsgevoel; van den
smaak, van den reuk en
van 't gehoor.
2 ^o . van het oog. |
| | | |
-
- | | |
|--------------------------------------|--|
| B. Stoornis in de
voorstellingen. | 1 ^o . Verandering in den duur en de intensi-
teit der voorstellingen (<i>Obsessie, Idée
fixe</i>).
2 ^o . Verandering in de associatie der voor-
stellingen (<i>Suggestie</i>).
3 ^o . Veranderingen in de reproductie der
voorstellingen (<i>Amnesie</i>).
4 ^o . Veranderingen in den inhoud der voor-
stellingen (<i>hallucinatie, waandenkbeelden,
delirante toestanden</i>).
5 ^o . Verandering in de uiting der voorstel-
lingen (<i>aboulie</i>). |
| | |
| | |
| | |
| | |

- | | | |
|---|-------------------------------|--|
| C. Stoornis in de psy-
chische beweging. | Motorische
verschijnselen. | 1 ^o . Verlammingen.
2 ^o . Contracturen. |
| | | |

Als aanhangsel hiervan behandelen wij als stoornissen, die uit een complex van al deze afwijkingen te zamen bestaan:

- D. De hysterische accessen.
- E. Het somnambulisme.
- F. Het hysterisch karakter.

Bij neurasthenie hebben wij de verschijnselen tot een bepaald etiologisch moment kunnen terugbrengen, tot eene geestelijke overspanning, zoowel op emotioneel, als op intellectueel gebied. Bij hysterie is ons dit niet mogelijk. Wij hebben hier echter door de onderzoekingen van *Janet* iets anders geleerd. Het is gebleken, dat de talloze symptomen, die de Hysterie ons aan-

biedt, teruggebracht kunnen worden tot ééne oorspronkelijke stoornis, die zich op talloze wijzen verder kan ontwikkelen en door verschillende bijomstandigheden, die wij in bijzonderheden niet kennen, aanleiding kan geven tot deze zoo uiteenlopende verschijnselen.

Deze oorspronkelijke afwijking der hysterie is de neiging, die de ziekte vertoont om geestesprocessen, die bij den normalen mensch met bewustzijn gepaard gaan, onbewust te doen worden. Het geheele geestelijke leven van den hystericus is naar het onbewuste verschoven.

Bij de klinische beschrijving der symptomen, zullen wij herhaaldelijk op deze stelling terugkomen, en de geheele kliniek der hysterie moet als bewijs der waarheid daarvan dienen. Wij zullen echter beginnen met deze stelling toe te lichten, opdat de inhoud en beteekenis daarvan duidelijk worde.

Afgezien van de groote theoretische en praktische waarde, die een dergelijk algemeen standpunt voor de beoordeeling en het begrip der hysterische verschijnselen heeft, is ook de zuiver didactische beteekenis daarvan niet te onderschatten. Men maakt zich de gecompliceerde verschijnselen van eene ziekte als hysterie het gemakkelijkst eigen, door ze tot een algemeen principe terug te brengen, waardoor zij begrepen, en waaruit zij in sommige gevallen zelfs afgeleid kunnen worden.

Tot recht begrip van deze beperking der bewustzijnsverschijnselen moeten enkele psychologische begrippen vooropgesteld worden.

Onze persoonlijkheid, die wij voor het inwendig gevoel als eene eenheid gevoelen, is in werkelijkheid een zeer gecompliceerd iets; een geheel, dat eene zeer samengestelde ontwikkelingsgeschiedenis gehad heeft, en dat uit talloze componenten bestaat.

Onze persoonlijkheid, ons ik, bestaat op een gegeven oogenblik uit de resten, de herinneringen van al onze vroegere gewaarwordingen, uit eene zeer samengestelde verbinding van

al deze enkele elementen tot een georganiseerd geheel, dat zich als een complex tegenover de buitenwereld plaatst en daarop reageert. Van deze reacties blijven wederom herinneringsbeelden bestaan, die de persoonlijkheid verrijken en haar meer samengesteld doen worden. Alles, wat vroeger doorleefd, gedacht, gedaan is, het resultaat van alles wat gebeurd is, dat is onze persoonlijkheid.

De richting waarin, en de hoogte waartoe de persoonlijkheid zich ontwikkeld heeft, wordt minder door de uitwendige omstandigheden, dan wel door den aanleg bepaald. Onder aanleg verstaat men het geheele complex der van de voorouders verkregene, overgeërfdde eigenschappen. Alles, wat de voorouders vroeger doorleefd hebben, stellen wij ons voor, dat in den aanleg op eene of andere wijze weergegeven wordt, niet als feitelijke eigenschap, maar als neiging om op eene bepaalde wijze op de omgeving te reageeren.

Wanneer wij nu tegenover eene op ons inwerkende buitenwereld staan en in den meest algemeenen zin gesproken, de prikkels daarvan opvangen, zeggen wij: „i k n e e m w a a r”. Dit proces bestaat uit twee duidelijk gescheiden deelen. Men heeft:

1°. het feit van het waarnemen. Een prikkel werkt op de zintuigen in en veroorzaakt, naar de hersenen voortgeplant, eene bepaalde physio-psychologische verandering, eene verandering, die door het herinneringsbeeld, dat achtergelaten wordt, in het centraalorgaan eene duurzame wijziging te weeg brengt. Eene dergelijke waarneming, zonder meer, staat naast het complex van vroegere waarnemingen enz., die onze persoonlijkheid vormen, is als het ware een rudiment van eene nieuwe persoonlijkheid naast de oude.

2°. Wanneer wij nu zeggen: „i k neem waar”, beteekent dit, dat de geïsoleerde waarneming van zoo even, zich verbindt met onze persoonlijkheid, met het georganiseerde geheel van al wat vroeger waargenomen en gedaan is. De nieuwe waarneming wordt in de persoonlijkheid opgenomen, en maakt daar voortaan, door haar herinneringsbeeld, een deel van uit.

Eene dergelijke waarneming noemen wij eene bewuste waarneming.

Hysterie is eene aandoening, bij welke de ziekelijke stoornis in dit tweede gedeelte van het waarnemingsproces is gelegen. De verbinding met de persoonlijkheid komt niet tot stand, en de waarneming blijft naast de persoonlijkheid geïsoleerd voortbestaan.

Eene stoornis in het waarnemingsproces zelf vinden wij bij alle organische of functioneele ziekteprocessen, die het verloop der waarneming onderbreken, van het zintuigsgorgaan af, tot de hersenschors toe, deze laatste mede inbegrepen. Bij eene aandoening in de achterhoofdskwab der groote hersenen komt *het zien als zoodanig* niet tot stand, en heeft er à plus forte raison dus ook niet eene verbinding met de persoonlijkheid plaats. Maar in geval van eene gedeeltelijke vernietiging van de achterhoofdskwab, verbindt datgene, wat nog *wel* gezien wordt, zich op normale wijze met de persoonlijkheid.

Om nu onze stelling te bewijzen, dat er bij Hysterie wel *waargenomen*, maar niet *bewust* waargenomen wordt, zullen wij in elk geval twee zaken moeten aantonen:

1°. dat bij Hysterische gevoelloosheid, doofheid, herinneringsloosheid, willoosheid enz., er inderdaad *wel* gevoeld, gehoord, herinnerd en gewild wordt, en

2°. dat dit gevoelen, hooren, herinneren, willen enz., zelfstandig en onafhankelijk van de persoonlijkheid blijft voortbestaan, m. a. w. onbewust blijft.

Het is gewenscht, dit grondprincipe der pathologie van de Hysterie direct door een voorbeeld te verduidelijken.

Wanneer men eene groen blinde Hysterica een groen kruis laat fixeeren, zegt zij een min of meer gesatureerd grijs kruis te zien. Laat men het negatieve nabeeld ontwikkelen, dan zegt zij een rood kruis te zien. Een niet hysterische kleurenblinde zou natuurlijk een grijs kruis zien.

Vroeger maakte men zich van dergelijke feiten af door te zeggen, dat de hysterica onwaarheid sprak, dat zij simuleerde.

Tegenwoordig weten wij beter en zeggen: De hysterica ziet het groene kruis niet groen, omdat de waarneming van groen zich niet met hare persoonlijkheid verbindt, ofschoon zij als zoodanig in het zenuwstelsel van het oog af, tot aan de hersenschors toe, *wel* op normale wijze tot stand komt. Zij ziet verder wèl de normale nakleur, omdat deze op normale wijze tusschen de peripherie en de hersenschors zich ontwikkelt, en omdat deze zich wèl met de persoonlijkheid verbindt. Bij een niet hysterische kleurenblinde ontstaat de nakleur niet, omdat de primitieve kleur niet gezien wordt, en de nakleur zich dus *ook* niet kan ontwikkelen.

In dit voorbeeld komt dus de primitieve stoornis der Hysterie voor den dag, doordat de waarneming van groen niet met de persoonlijkheid verbonden wordt, niet *bewust* is, ofschoon ze, zooals door de normale ontwikkeling van het nabeeld bewezen wordt, wel als waarneming aanwezig is. De complementaire kleur wordt *wel* met de persoonlijkheid verbonden en is dus bewust.

Een ander voorbeeld.

Eene mijner patiënten *wilde* gaarne, maar *kon* niet eten; zij kon hare handen en armen overal voor gebruiken, behalve om te eten. Dezelfde psychische verlammingen, die bij *astatie-abasie* het staan en het loopen onmogelijk maken, maakte haar het eten onmogelijk. Zij moest gevoed worden.

Op grond van zelfbeschuldigingen had patiënte in vroegeren tijd niet willen eten, zoodat zij kunstmatig en met dwang gevoed moest worden.

In somnambulen toestand gebracht vertelde patiënt, dat zij niet *mocht* eten, omdat zij zoo slecht was; precies dezelfde bewering dus van vroeger, ofschoon de verschijnselen geheel anders waren.

Het idee van slechtheid was onbewust geworden, had zich van de persoonlijkheid afgescheiden, kon daarom dus niet door den normalen bewusten gedachtengang gecorrigeerd worden, en openbaarde zich nu naar buiten door de onmogelijkheid om de spierbewegingen te maken, die voor het eten noodig zijn.

Dit voorbeeld toont reeds aan, tot welke complicaties het onbewust zijn van voorstellingen aanleiding kan geven. Daarover vernemen wij later wel meer. Deze primitieve stoornis der hysterie openbaart zich in al de geestesprocessen; niet, dat alle te gelijk daardoor aangedaan zijn, maar nu eens is het dit, dan weer een ander gedeelte der psyche, dat buiten verband komt te staan met de bewuste voorstellingen.

Worden de verschillende gevoels-, gezichts- of gehoorswaarnemingen niet met de persoonlijkheid verbonden, dan heeft men de hysterische anaesthesieën; deze worden in een afzonderlijk hoofdstuk behandeld.

Het niet met het bewustzijn verbonden zijn der bewegingsbeelden geeft de hysterische paralyzen, ook deze worden afzonderlijk besproken. De stoornis beperkt zich echter niet tot de eenvoudige waarnemingen en bewegingen. Integendeel alles, wat psychisch geschiedt, ook de denkbeelden en emoties, kunnen afzonderlijk komen te staan, afgescheiden van de persoonlijkheid; zoo ontstaan hysterische amnesieën en aboulieën. Eene complicatie ontstaat verder, doordat in dit afgescheiden gedeelte der persoonlijkheid de associatie der verschillende voorstellingen op abnormale wijze geschiedt, omdat in dit afgescheiden gedeelte, de associatie niet onderbroken wordt door de elk oogenblik aan het normale bewustzijn toevloeiende waarnemingen van buiten. Op deze wijze ontstaat de hysterische suggestibiliteit.

Neemt een onbewust geworden denkbeeld den vorm van eene obsessie aan, dan ontstaat het *idée fixe*.

Zeer gecompliceerd worden verder de verschijnselen, doordat al deze onbewuste processen plotseling, zonder voor ons begrijpelijke redenen, als het ware eene invasie in het bewustzijn kunnen doen. Zoo ontstaan ten gevolge van het *idée fixe* zeer dikwijls hysterische accessen en hyperaesthesieën; de hysterische suggestibiliteit kan plotseling bewustzijnsverschijnselen geven enz.

Eene andere complicatie is gelegen in de hoeveelheid der

psychische elementen, die zich niet met de persoonlijkheid verbinden. Wanneer dit enkele gevoelswaarnemingen zijn, of een systeem van andere eenvoudige indrukken, is dit voor het individu gewoonlijk van weinig beteekenis. Het behoeft echter geen betoog, dat hoe grooter het gedeelte wordt, dat zich afzondert, des te meer zal de overgeblevene normale persoonlijkheid schade lijden. Wanneer geheele systemen van denkbeelden onbewust worden, die elk voor zich weer bestaan uit talrijke eenvoudiger componenten, kan het niet anders, of de overgeblevene persoonlijkheid moet hierdoor alleen reeds schade lijden, afgezien nog hiervan, dat deze onbewuste denkbeelden de meest ernstige stoornissen in het normale gedeelte van het bewustzijn kunnen veroorzaken.

Door eene steeds grootere toename in de hoeveelheid der denkbeelden en gewaarwordingen, die afzonderlijk worden en zich afzonderlijk organiseeren, kan het ten slotte komen tot de vorming van eene nieuwe persoonlijkheid, naast de oude. Op deze wijze ontstaan de zoo dikwijls besprokene en de voor ons nog zoo raadselachtige verschijnselen van het *somnambulisme*, waar twee personen in één vereenigd, naast elkaar bestaan en naast elkaar voortleven, zonder van elkaar iets te weten.

In deze neiging tot onbewust worden van geestesverrichtingen, die in het normale leven met bewustzijn gepaard gaan, zien wij dus eene fundamenteele afwijking der Hysterie. Het behoeft echter geen betoog, dat dit niet de eenige en in zeker opzicht niet de oorspronkelijke afwijking bij Hysterie kan zijn. Immers de vraag doet zich onmiddellijk voor, hoe het komt, dat deze eigenschap bij Hysterie zich voordoet, in tegenstelling met andere ziekten, waar men dit niet ziet. Wij zijn dan genooddaakt onze toevlucht te nemen tot algemeene weinig zeggende uitdrukkingen, en noemen het een zwaktetoestand, die in de meeste gevallen door erfelijkheid verkregen is, en welke zwaktetoestand de oorzaak is, dat een verschillend groot aantal psychische verschijnselen niet met bewustheid gepaard gaat. Deze zwaktetoestand

maakt, dat afgezien van het defect, dat ontstaat door het onbewust worden van bepaalde rijen van psychische processen, ook de overgeblevene bewuste persoonlijkheid niet normaal is.

In het bovenstaande hebben wij een schema gegeven van de behandeling van ons onderwerp. Het is voldoende om aan te toonen, hoe samengesteld dit is, en voor welke moeilijke vraagstukken wij zullen komen te staan bij de doorvoering dezer beginselen.

Na deze inleidende opmerking overgaande tot de beschrijving der verschijnselen, komen wij tot:

A. STOORNIS IN DE GEWAARWORDING.

a. ANAESTHESIEËN.

1^o. Het algemeene lichaamsgevoel, de smaak, de reuk en het gehoor.

Tot de belangrijkste stoornissen bij de hysterie behooren de afwijkingen in de algemeene lichaamsgevoeligheid, de *anaesthesieën* of de *hypaesthesieën*, al naardat de gevoeligheid geheel of gedeeltelijk is opgeheven.

Een overzicht der anaesthesieën verkrijgt men door het volgende schema, dat door Pitres is opgesteld, en dat in de verschillende leerboeken over *Hysterie* ingang heeft gevonden.

1^o. Totale anaesthesie, { a. volledig, anaesthesie sensu-strictorij.
gelijkelijk verdeeld over {
alle gevoelsqualiteiten. { b. onvolledig, hypaesthesie.

2^o. Gedeeltelijke anaesthesie. { a. verlies der pijngevoeligheid, met behoud van de gevoeligheid voor tastindrukken: *analgesie*.
b. verlies der temperatuursgevoeligheid met behoud der tast- en pijngevoeligheid: *thermo-anaesthesie*.
c. verlies van tast- en pijngevoeligheid met behoud van temperatuursgevoeligheid: *anaesthesie* met *analgesie*.

- | | | |
|--------------------------------|---|--|
| 20. Gedeeltelijke anaesthesie. | { | <p>d. verlies der gevoeligheid voor electrische prikkels: <i>electro-anaesthesie</i>.</p> <p>e. alleen behouden blijven van de gevoeligheid voor electrische prikkels <i>anaesthesie met electrosie</i>.</p> |
|--------------------------------|---|--|

Het is van belang voor het klinisch onderzoek der gevoelsstoornissen bij hysterie, dat dit geschiedt met zoo eenvoudig mogelijke hulpmiddelen. Voor het onderzoek naar de huidgevoeligheid gebruikt men den vinger, een reepje papier of een penseel. Men laat de oogen van den patiënt door een anderen persoon sluiten, rake den patiënt aan en spreke af, dat hij telkens, wanneer hij iets gevoeld heeft, dit aangeeft door „ja” te zeggen. Wanneer men het onderzoek met een reepje papier of met een penseel verricht, is het goed, zich vooraf bij zich zelf met gesloten oogen te overtuigen, of men de aanraking voelt.

Op het onderzoek der tastgevoeligheid volgt dat der pijngevoeligheid. Dit verricht men 't eenvoudigst met een speld. Men zegge den patiënt, dat hij moet aangeven, of hij de aanraking als *pijn* gevoelt, door 't zeggen van 't woord „pijn”. Hierbij moet men er op drukken, dat hij geen *hevige* pijn behoeft te gevoelen en bovendien, dat hij er op moet letten, of hij alleen eene aanraking, dan wel of hij pijn gevoelt. Dit is van belang, omdat bij opgeheven pijngevoeligheid de tastgevoeligheid ongeschonden kan zijn, en dus de pijngevoeligheid onopgemerkt zou kunnen blijven, wanneer de patiënt die door zijne tastgevoeligheid beoordeelde.

De gevoeligheid voor temperatuurindrukken onderzoekt men door een T vormig instrument, waarvan de horizontale lijn een metalen thermometer is en de vertikale lijn een handvat. De voet van den thermometer kan breed uitloopen; deze plaatst men op de huid. Gewoonlijk onderzoekt men voldoende, wanneer men laat aangeven, of de metalen thermometer bij kamertemperatuur als *koud* wordt gevoeld en bij 40 graden als *warm*. Fijnere on-

derzoekingen over de temperatuur-gevoeligheid bij hysterie zijn zeer moeielijk, tijdroovend en dikwijls onbetrouwbaar.

De electriche gevoeligheid onderzoekt men met den inductiestroom en het faradisch penseel. Zijn grootere huidgedeelten ongevoelig, dan kan men ook met goed gevolg een kleine electriche rol gebruiken.

Hoofdzaak voor het onderzoek naar de gevoeligheid is altijd, dat men zoo eenvoudig mogelijk en zoo snel mogelijk onderzoekt. Onderzoek met gecompliceerde instrumenten kan tot de meest avontuurlijke resultaten leiden. Bij de groote veranderlijkheid, die de gevoelsstoornissen bij *Hysterie* kunnen vertoonen, in verband met de suggestibiliteit van den patiënt, kunnen tijdens een langdurig onderzoek allerlei tijdelijke veranderingen optreden; men vindt dan gesuggereerde stoornissen, die weinig gelijken op de feitelijk aanwezige afwijking.

Moeielijker nog dan de *anaesthesieën* zijn de *hypoesthesieën* voor het onderzoek. Men vergelijke steeds twee symmetrische plaatsen, en vrage den patiënt na eenige aanrakingen, aan welke zijde hij beter voelt.

Het onderzoek der sensibiliteit bij hysterie kan moeielijk beschreven worden; alleen door praktische oefening is het te leeren, terwijl het bij goede toepassing een der belangrijkste factoren voor het maken van de diagnose is.

Het onderzoek van den smaak geschiedt met 4 verschillende soluties: een oplossing van suiker, van keukenzout, van azijnzuur en van quinine. Men laat den patiënt de tong buiten den mond houden, en wanneer hij iets proeft, wijst hij met den vinger op den naam van hetgeen hij proeft. De tong mag gedurende het onderzoek niet in den mond teruggetrokken worden. Het achterste gedeelte van den rug van de tong is voor het onderzoek het belangrijkste.

Voor den reuk kan men met voordeel gebruik maken van den Olfactometer van *Zwaardemaker*.

Het gehoor onderzoekt men met het horloge, en bepaalt, in

de richting naar het oor heengaande, het maximum van den afstand, waarop het tikken gehoord wordt. Hetzelfde kan men doen met fluisterend gesproken woorden. Gedurende het onderzoek houdt de patiënt met een vochtigen vinger het andere oor dicht, hierop moet gelet worden, omdat men bij Hysterie dikwijls met halfzijdige verschijnselen te doen heeft.

De verdeeling der anaesthesiën. De wijze, waarop de anaesthesiën over de oppervlakte van het lichaam verdeeld zijn, is voor hysterie in vele gevallen zeer kenmerkend, en kan ons dikwijls in staat stellen reeds hierdoor alleen de diagnose te stellen.

Men onderscheidt:

1°. *eene algemeene anaesthesie*; deze is zelden van langeren duur; men vindt ze hoofdzakelijk tijdens de hysterische krampaanvallen en korten tijd daarna; spoedig verdwijnt ze dan om plaats te maken voor den gewonen toestand. Als meer continuëel verschijnsel nam ik ze waar bij eene hysterica, die van huis uit hemi-anaesthetisch was, en die na hevige emoties eene acute verheffing van haren ziekte-toestand vertoonde, waarvan een der verschijnselen eene complete anaesthesie was.

2°. *Hemianaesthesie*; dit is een zeer karakteristiek hysterisch symptoom. De ongevoeligheid is hier juist over één der lichaams-helften verdeeld, somtijds vindt men kleine afwijkingen. Met deze hemianaesthesie gaat dikwijls gepaard eene ongevoeligheid van een of meer der gelijktijdige zintuigorganen, waarbij evenwel opgemerkt moet worden, dat deze ongevoeligheid der zintuigen ook op de andere lichaams-helft kan voorkomen. Merkwaardig is, dat de linker lichaams-helft bij voorkeur door deze anaesthesie wordt aangedaan; in 142 gevallen van hemianaesthesie was 105 maal de linker en slechts 35 maal de rechter lichaams-helft ongevoelig.

3°. Ook kan de anaesthesie op onregelmatige wijze in eilanden over de geheele lichaamsoppervlakte verdeeld zijn, zonder dat men daarvoor eenige oorzaak kan vinden. Het is dikwijls eene moeilijke zaak, in een gegeven geval alle anaesthetische plekken op het lichaam te omschrijven.

4°. De anaesthesie volgens omschreven segmenten. Hier vindt men bepaalde gedeelten, zoo b. v. een schouder, een geheel arm of been anaesthetisch, of wel een anaesthetischen band om den arm. Het merkwaardige van dezen vorm van anaesthesie is, dat de localisatie daarvan in nauw verband staat met eene functiestoornis in de spieren. Zoo b. v. vindt men bij eene verlamming der spieren, die de hand bewegen, de hand tot aan de polsen toe anaesthetisch. Bij eene paralyse der schouderspieren kan men de huid boven den schouder anaesthetisch vinden. Later hebben wij gelegenheid hiervan verschillende voorbeelden te behandelen.

Het bestaan van eene dergelijke anaesthesie is wederom een bewijs voor den psychischen oorsprong der ziekte. Er is natuurlijk in het geheele zenuwstelsel geen anatomische localisatie denkbaar, die eene dergelijke verdeeling der anaesthesie zou kunnen verklaren. Indien spierverlamming en huidanaesthesie als zoodanig van elkaar afhankelijk waren, zou men bij eene verlamming der spieren, die de hand bewegen, mogen verwachten, dat de huid boven deze spieren ongevoelig zou zijn en niet de huid aan de hand zelf. Kennelijk hangt dus deze anaesthesie samen met het idee, dat de patiënt van zijne hand heeft; deze kan niet bewogen worden, en dáárom is de huid aan de hand zelf ongevoelig.

Deze topographische verdeeling der anaesthesieën geldt voor alle qualiteiten van het algemeene lichaamsgevoel en bovendien voor den smaak; voor de andere zintuigen is eene dergelijke localisatie natuurlijk niet te constateeren.

De hysterische anaesthesieën vertoonen enkele algemeene eigenschappen, die zeer kenmerkend zijn, en die hen van zulke, die eene organische oorzaak hebben, doen verschillen.

Een hoofdkenmerk der hysterische anaesthesieën is dit, dat het individu zelf er geen bewustzijn van heeft; hij weet niet, dat hij ongevoelig is; nooit komt hij met deze klacht tot den medicus, maar deze moet ze aan den patiënt openbaren als een resultaat van zijn onderzoek. De patiënt is geregeld hierover verbaasd. Weet hij het eenmaal, dan erkent hij dat wel, maar

eigenaardig is het op te merken, hoe hij zelf herhaaldelijk door methodisch onderzoek zich er van overtuigt.

J a n e t deelt een sprekend geval hiervan mede. Een patiënt kwam zich beklagen over een ongevoelige plek aan zijne hand. Bij onderzoek bleek dit zijne oorzaak te vinden in de doorsnijding van een zenuw na een trauma. Wat echter verrassend was, er bleek bij onderzoek, dat de patiënt met de geheele lichaamshelft niet voelde; dit wist hij echter niet; maar wèl wist hij de organische anaesthesie, die secundair in kleine uitgebreidheid op de anaesthetische lichaamshelft was ontstaan.

Een dergelijk voorbeeld bewijst ten duidelijkste, hoe groot het verschil is tusschen eene organische en eene hysterische anaesthesie ten opzichte van het bewustzijn.

De verklaring hiervan is, na hetgeen wij daarover reeds gezegd hebben, gemakkelijk. Bij eene organische anaesthesie bestaat een bewust wegvallen van normale prikkels, en daarnaast nog het aanwezig zijn van allerlei pathologische gewaarwordingen van paraesthesiën, die evenzoo bewust zijn. Het afwezig zijn der normale, zoowel als het aanwezig zijn van ziekelijke prikkels, komt dus den lijder tot bewustzijn. De patiënt weet het. Bij hysterie heeft men een normaal verloop van den geheelen prikkel in al zijne nerveuse consequenties, het eenige abnormale is, dat de prikkel niet tot het bewustzijn komt. De patiënt weet dus niet, dat hij niet voelt. Een zeker aantal prikkels, overeenkomende met de uitgebreidheid en de intensiteit van de anaesthesie, blijft ongebruikt liggen, vormt als het ware een rudiment van eene persoonlijkheid naast het normaal bestaande bewustzijn.

Eene verdere eigenschap, die de hysterische anaesthesieën kenmerkt tegenover de organische aandoeningen van het periphere zenuwstelsel en van het ruggemerg, is het normaal zijn van de reflexen. Van uit elk anaesthetisch gedeelte van de huid kunnen de normale reflexbewegingen opgewekt worden. Dit bewijst, dat de geheele reflexboog normaal functioneert.

De hysterische anaesthesieën kenmerken zich verder door

het afwezig zijn van paraesthetische verschijnselen; men hoort hystericae bijna nooit klagen over gevoel van doof zijn, van kriebelingen, van mierenkruipen in de anaesthetische gedeelten. Ook dit is een belangrijk differentiëel diagnostisch moment met organische aandoeningen, waar de anaesthesie gewoonlijk met verschillende paraesthetische gewaarwordingen gepaard gaat.

De temperatuur van de huid en de bloedvulling is in de anaesthetische gedeelten normaal gebleven. Eene bijzonderheid, die gewoonlijk waargenomen wordt, is deze, dat na speldeprikken in de anaesthetische gedeelten veel minder of in het geheel geene bloedpunten ontstaan; in de gezonde gedeelten daarentegen wel. *Pitres*, die dit verschijnsel nader heeft nagegaan, zag rondom de plaats waar geprikt werd een anaemische hof ontstaan, en ziet hierin een verhoogde prikkelbaarheid van den wand der kleine bloedvaten. Rondom deze anaemische zone vormt zich daarna een roode rand, terwijl het anaemische centrum een kleine papula gaat vormen, uit den top waarvan men somtijds een druppel helder serum kan zien te voorschijn komen.

Op verdere vasomotorische stoornissen komen wij later nog terug; deze zijn niet noodzakelijkerwijze gebonden aan eene bestaande anaesthesie.

De gewone trophische stoornissen, die wij bij organische anaesthesieën van het eerste neuron vinden, ontbreken bij de hysterische anaesthesie ten eenenmale. Nooit vindt men *decubitus* of andere voedingsstoornissen in de huid of in de diepere deelen, al is de ongevoeligheid hiervan ook totaal.

Onder alle afwijkingen der gevoelsqualiteiten is die van het pijngevoel de meest voorkomende. Het is moeilijk hierover statistieken te maken; de meest bevoegde waarnemers *Charcot* en *Pitres* bij de Franschen en *Oppenheim* bij de Duitschers geven dit gelijkelijk aan. Dit heeft voor Hysterie zijn goeden grond.

Het pijngevoel is van alle vormen der algemeene lichaams-

gevoeligheid, die qualiteit, welke met het meeste bewustzijn gepaard gaat. Elk pijngevoel is per se bewust; iedereen, die pijn heeft, weet dat zeer goed, het verbindt zich onmiddellijk met de persoonlijkheid, met het geheel van alle vroegere en tegenwoordige waarnemingen. De physiologische vraagstukken, die hierbij betrokken zijn, hebben voor het ons hier bezig houdende vraagstuk slechts weinig belang. Zijn er afzonderlijke periphere eindapparaten, die voor de perceptie van het pijngevoel dienen; wordt het pijngevoel langs afzonderlijke wegen naar het ruggemerg en van hier langs daarvoor bestemde zenuwgeleidingen naar de hersenen voortgeplant; of wel is het pijngevoel niets anders dan een zeer intensief werkend tastgevoel? Al deze vragen zijn zeker in hooge mate interessant en de physiologie en pathologie van het zenuwstelsel geven belangrijke aanknoopingspunten voor debat in deze quaestie.

Wij hebben ons hier daarmede voorloopig niet verder te bemoeien en kunnen ons tevreden stellen met het feit, dat elk pijngevoel met een hoogen graad van bewustzijn gepaard gaat, en dat het bij eene ziekte als hysterie, waar de bewustzijnsprocessen in de eerste plaats gestoord zijn, niet meer dan natuurlijk is, dat dit gevoel groote afwijkingen vertoont.

Het verschil tusschen het pijngevoel, benevens enkele andere gewaarwordingen, zooals b. v. het kittelgevoel, en het tastgevoel tegenover het bewustzijn is in het oog vallend; de dagelijksche ervaring geeft ons hiervan de meest sprekende illustraties. Wanneer iemand in gedachten verdiept over straat wandelt, volvoert hij alle mogelijke reflexreacties op gevoels- en zintuigprikkel. Het loopen zelf is reeds een gecompliceerd reflexmechanisme, maar onder 't loopen door is nog gelegenheid voor allerlei andere reflexen, die zelfs weer zeer samengesteld kunnen zijn. Men ziet iemand en groet, men wijkt uit, men schikt zijn kleeren recht enz. Van dit alles herinnert men zich later niets meer. Geheel anders wordt het, wanneer één enkele pijnprikkel dit hoogst gecompliceerde reflexmechanisme komt onderbreken. Men trapt in een spijker, en gedaan is het

met alles. Deze prikkel verbindt zich zeer intensief met het bewustzijn, wordt zeer levendig bewust herinnerd, onderbreekt alle bewuste denkprocessen enz.

Men zou kunnen meenen, dat het alleen de hooge intensiteit van den prikkel was, die zoo storend in de psychische wereld ingreep, dat dus het pijngevoel alleen dáárom zoo intensief werkte, omdat de prikkel zoo hevig was. Dit is echter niet het geval. De geheele symptomatologie der hysterie is er om het tegendeel te bewijzen.

Het is eene algemeen doorgaande wet, dat bij elken ziekte-toestand, waar bepaalde functiën verloren gaan, de kleinere, de minder intensieve het eerst verdwijnen en langzamerhand eerst de sterkere. Wanneer pijngevoel niets anders was, dan een zeer intensief tastgevoel, zou het tastgevoel het eerst verdwijnen en daarna het pijngevoel. Wij zien echter bij hysterie, vrij constant, juist het omgekeerde, en hieruit mag men opmaken, dat eene intensiteitsverschil alléén niet het onderscheid kan zijn tusschen beide soorten van prikkels. Alles wijst hier op een verschil in de soort van den prikkel.

Dit geeft ons aanleiding tot een tweetal opmerkingen, die praktisch van belang zijn.

In de eerste plaats eene opmerking over simulatie. Onder simulatie behoort men te verstaan, het plegen van bewust, van vooraf bedacht en overlegd bedrog. Dit bedrog is des te moeilijker, naarmate daarmede een meer intensief gevoel van bewustzijn gepaard gaat. Dit blijkt ons zeer duidelijk bij het pijngevoel, dat met een zoo hoogen graad van bewustzijn gepaard gaat. *Het ontbreken van pijngevoel, als het werkelijk aanwezig is, kan niet gesimuleerd worden.* Wanneer men een huidplooi kan opnemen en, terwijl men den patiënt door een of ander gesprek bezig houdt, ongemerkt door die plooi een speld kan steken, zonder dat door een enkele beweging blijkt, dat er iets van gevoeld wordt, dan is stellig elke simulatie buiten gesloten. Dit is bij hysterie dikwijls mogelijk. Men is gemakkelijk in de gelegenheid een speldeprik te geven, zonder dat iemand het bemerkt, en het uitblijven

van eene reactie daarop is een belangrijk diagnostisch moment.

Het op den voorgrond stellen van simulatie, zooals dat zoo herhaaldelijk voorkomt, is bijna altijd een *testimonium paupertatis*, een bewijs van onwetendheid. Bij de bespreking der traumatische neurose, waar de simulatie een groot praktisch belang is geworden, kom ik hierop uitvoeriger terug.

De andere opmerking, die van gewicht is, betreft de reflexbewegingen.

Reflexbewegingen zijn van tweeërlei aard.

De eerste soort zijn de oorspronkelijke, die, welke men bij de laagste dieren kan terugvinden; een prikkel en eene motorische reactie, die daarop volgt, zonder eenig psychisch verband. Deze reflexbewegingen zijn bij hysterie altijd bewaard gebleven, somtijds zijn zij verhoogd.

Bij de andere soort van reflexbewegingen is de psyche min of meer betrokken. Eene beweging kan vroeger geheel psychisch zijn geweest, en tengevolge van voortdurende herhaling reflextorisch geworden zijn, zoo b.v. het loopen, dat eerst geleerd, langzamerhand van zelf gaat. In weer andere gevallen krijgt de psyche door den prikkel kennis van de te verrichten reflexbeweging, hier volgt de reflex dus niet den eenvoudigen boog, maar er bestaat eene vertakking, die over de psyche gaat. Dit is het geval met alle reflexbewegingen na pijnprikkels. Wanneer men de hand brandt, wordt deze onmiddellijk teruggetrokken, maar tegelijk gevoelt men den prikkel.

Kenmerkend voor deze reflexen na pijnprikkels is de groote verscheidenheid daarvan, zoodat op elken prikkel eene doelmatige afweer-beweging volgt.

Het kenmerk der hysterische gevoelloosheid voor pijn is nu, dat de reflexbeweging na de inwerking der pijn opgeheven is, terwijl alle andere reflexbewegingen behouden zijn gebleven; alleen de kittelreflex der voetzolen gedraagt zich als de pijnreflex. Het is echter wederom duidelijk, dat in de kitteling, evenals in de pijn, een psychisch moment ligt opgesloten, in zoo verre de kitteling zeer duidelijk van bewustzijn vergezeld is en dat dus

de reflexuïtingen daarvan de psyche niet voorbij kunnen gaan.

In den boven aangegeven zin is het echter niet geheel juist, dat reflexbewegingen na pijnprikkels ontbreken. Was dit het geval, dan zou men bij hysterische analgesie veel meer traumatische en trophische stoornissen moeten aantreffen, wat bijna nooit voorkomt. Eene analgetische hysterica trekt in den slaap evengoed haar been terug, wanneer dit b.v. op een scherpen kant komt te liggen, als een normaal mensch dat doet, en het verschil met eene organische laesie, b.v. van het ruggemerg, is zeer sprekend.

Dit wordt verklaarbaar, wanneer men bedenkt, dat elk pijngevoel ook een tastgevoel in zich bevat, en de reflexprocessen van het tastgevoel zijn altijd behouden gebleven.

Hierdoor wordt het ook begrijpelijk, dat in wakenden toestand de pijnreflexen verdwenen zijn, zoo b. v. het terugtrekken na speldeprikken. Van den pijn prikkel blijft hier niets anders over, dan het tastgevoel, en dit geeft in wakenden toestand gewoonlijk geene reflexbeweging, in slapenden toestand daarentegen wel. Op deze wijze schijnt het mij toe, dat de tegenstrijdige verschijnselen der stoornissen in de reflectorische functiën zich het gemakkelijkst laten verklaren.

Onverklaard blijft een feit, waarop *Pitres* de aandacht heeft gevestigd. Het is bekend, dat na pijnprikkels de pupil zich reflectorisch verwijdt. Bij analgetische hystericae is deze reflex bewaard gebleven. Het is niet mogelijk, dat in deze gevallen de reflex tot stand komt door het tastgevoel alléén, omdat dit niet een verwijdenden invloed op de pupil uitoefent. Het pijngevoel kan hier dus niet werken door het gedeelte tastgevoel, dat daarmede verbonden is, zooals dat voor de andere pijnreflexen wel het geval is.

Het niet gevoelen van pijn, de hysterische analgesie, is niet alleen beperkt tot de huid en de slijmvliezen, maar is ook gezeteld in de diepere deelen en zelfs in de zenuwen zelf. *Pitres* toonde aan door het prikken met een speld in den N. Ulnaris, dat ook de zenuwstam ongevoelig kon zijn en dat in

dit geval de zenuw wel degelijk door den prikkel getroffen was, bleek hieruit, dat de spieren, die door de zenuw geïnnerveerd werden, in contractie kwamen.

Het zelfde vindt men in de spieren, ook deze zijn voor pijn ongevoelig en kunnen geknepen worden zonder dat de patiënt het gevoelt. Beenderen, gewrichten en gewrichts-ligamenten hebben somtijds hun pijngevoel verloren; men kan het kniegewricht draaien en rekken, zonder dat het gevoel van pijn ontstaat. Het is voorgekomen, dat een voetverstuiking met zwelling enz. door eene hysterica niet gevoeld werd. Dergelijke extreme graden van analgesie behooren tot de zeldzaamheden, afgezien nog hiervan, dat complete analgesieën zeer veranderlijk kunnen zijn.

Pitres vermeldt, dat hevige traumata op het epigastrium kunnen verdragen worden, zonder dat de bekende toestand van syncope optreedt, die nu en dan bij hevige traumata in deze streek plaats vindt. Een zijner patiënten verzekerde hem integendeel, dat hevige stooten daar ter plaatse haar een aangenaam gevoel gaven.

Eene patiënte, die ik waarnam in een hysterischen exaltatie-toestand, beukte met haar linkerhand op de deuren van de isoleerkamer; wat aanleiding gaf tot ernstige kneuzingen. Zij deelde mede, dat zij dit deed, omdat zij daarmede toch niet voelde en in de kneuzingen geen pijn had.

Resumeeren wij in 't kort, wat wij over het pijngevoel gezegd hebben, dan blijkt, dat dit gevoel bij hysterie 't eerst en het meest intensief gestoord is, en dat dit alléén hierin eene natuurlijke verklaring kan vinden, dat dit gevoel onder normale omstandigheden altijd bewust is; dat het zich dus altijd met de persoonlijkheid verbindt, daarin opgenomen wordt. Hierin openbaren zich dus bij Hysterie het eerst en het duidelijkst de stoornissen. Alle andere gewaarwordingen en zintuiglijke waarnemingen zijn niet per se bewust en kunnen dus, afgezien van hare verbindingen met het bewustzijn, normaal verlopen; dit blijkt voldoende uit het aanwezig zijn van de normale reflexbe-

wegingen, met uitzondering van die van het pijngevoel.

Eene variëteit van de afwijkingen in het pijngevoel is de z.g. *haphalgesie*, die door Pitres is beschreven. Het zijn pijnlijke paraesthesieën in verschillende vormen, die optreden in de huid door het contact met bepaalde metalen en andere harde lichamen. Pitres beschrijft eene vrouw, die hemianaesthetisch was en die op deze zijde de aanraking van koper niet kon verdragen. Zij vermeed, alle kopere voorwerpen aan te raken. Ook Gilles de la Tourette heeft deze afwijking waargenomen, ik zelf zag er nooit een geval van. Het maakt op mij echter den indruk, alsof bij deze afwijking suggestie niet met voldoende zekerheid kan buitengesloten worden. In elk geval komt het zelden voor.

De afwijking in het temperatuurgevoel en het drukgevoel bieden geene belangrijke eigenschappen aan. In hunne verschijnselen dragen zij het kenmerk der hysterische gevoelsstoornissen, zooals dat boven is beschreven, ook hunne localisatie is dezelfde.

Met een enkel woord bespraken wij reeds, dat de pijngevoeligheid in de spieren verdwenen kan zijn; men kan die dan kneden en drukken, zonder dat de patiënt het bemerkt.

Ook andere stoornissen in de spiergevoeligheid komen nog voor. Zoo kan het spiergevoel in engeren zin, d. w. z. het gevoel, dat ons onderricht over den contractietoestand van de spieren, gestoord zijn.

Is dit het geval, dan bemerkt men klinisch een zekeren graad van ataxie, die gewoonlijk niet zeer sterk is. De patiënt vericht dan de fijnere bewegingen niet correct, is onhandig en laat kleinere voorwerpen dikwijls vallen.

Deze stoornis is nooit zoo sterk, als wij dat gewoon zijn bij *tabes dorsalis* te vinden. Verder verdwijnt ze gewoonlijk geheel, wanneer het oog de bewegingen kan controleeren, juist zooals wij dat bij *tabes dorsalis* zien, wanneer de ataxie zich begint te ontwikkelen.

In enkele gevallen, die beschreven zijn door *Lasègue* en waarvan *Pitres* ook een geval waarnam, is dit verschijnsel echter veel sterker. Men verkrijgt dan een eigenaardig ziektebeeld, dat niet zoo gemakkelijk te verklaren is. Wanneer de patiënt de oogen open heeft, bemerkt men niets; wanneer echter de oogen gesloten worden, is de extremiteit, die in al zijne qualiteiten anaesthetisch is, geparalyseerd en er kan geen enkele beweging, ook niet de eenvoudigste, gedaan worden. Hetzelfde heeft plaats, wanneer men de oogen open laat, maar wanneer men den arm voor het gezicht verbergt. De groote vraag in deze gevallen is echter, in hoeverre het verdwijnen der spiergevoeligheid in engeren zin de oorzaak van deze verlamming is. Alle andere sensibiliteiten waren in het geval van *Pitres* evenzoo opgeheven, en kunnen tot de verlamming zonder twijfel het hare hebben bijgedragen. In deze gevallen bestond verder nog de eigenaardigheid, dat het gezichtsvermogen door het tastgevoel kon vervangen worden. Wanneer men b.v. den ongevoeligen arm op het gevoelige been legde, waren ook de bewegingen mogelijk.

Dergelijke gevallen, hoe interessant zij zijn, bewijzen echter niet veel, omdat zij te samengesteld zijn om en detail beoordeeld te worden. Speciaal bewijzen zij niet veel voor het spiergevoel; omdat ook alle andere gevoelsqualiteiten ontbreken. Één ding volgt er echter, naar het mij toeschijnt, met zekerheid uit, dat er namelijk geene beweging *begonnen* kan worden, zonder dat door voorafgaande prikkels, informaties zou men ze kunnen noemen, de psyche voldoende op de hoogte gesteld is van den aard van de beweging, en verder gedurende de beweging voldoende op de hoogte *gehouden* wordt. Dat het spiergevoel *alleen* hiertoe in staat zou zijn, is echter zeer onwaarschijnlijk; de geheele stroom van alle sensibele prikkels te zamen is hiertoe noodig, en is hiertoe *elk oogenblik* noodig. Een gecoördineerde beweging uit zich zelf bestaat niet; maar doordat ieder oogenblik sensibele prikkels op bepaalde wijze en in bepaalde hoeveelheden toevloeien wordt eene beweging gecoördineerd; evenmin

kan eene beweging zonder sensibele prikkels begonnen worden.

Met ataxie is bij hysterie dikwijls verbonden het verlies van het vermogen om gewichten te schatten. Het voelen van gewichten is eene samengestelde functie; een der belangrijkste componenten daarvan is het beoordeelen van de inspanning en van den contractietoestand der spieren. Ook dit vermogen kan bij hysterie in de anaesthetische ledematen gestoord zijn, en voor de lagere gewichten, b.v. van 1 kilogram, is dit dikwijls het geval.

Het spiergevoel kan ten slotte nog op andere wijze gestoord zijn, n.l. doordat het gevoel van vermoeidheid verminderd of opgeheven is. Opgeheven is het zelden; en dan voornamelijk in die gevallen van katalepsie, die hier nu niet besproken worden. Meerdere malen kan men echter experimenteel aantoonen, dat anaesthetische ledematen minder spoedig vermoeien dan normaal voelende. Eene proef, die Pitres vermeldt, heb ik nagedaan. Een hysterica, die rechtszijdig anaesthetisch was, kon met den gezonden linkerarm de machine voor statische electriciteit slechts drie minuten lang ronddraaien, daarna was zij vermoeid; met den anaesthetischen rechterarm kon zij dit wel tien minuten doen. In eene positie met zijwaarts uitgestrekte armen werd de linkerarm veel eerder moe, dan de rechterarm.

In dergelijke gevallen komt dus het vermoeidheidsgevoel, dat door te groote inspanning der spieren ontstaat, niet of gebrekkig tot perceptie.

Een verder zeer samengesteld gevoel is de kennis van den stand onzer ledematen. Dit gevoel bestaat niet alleen uit de gegevens van den contractietoestand der spieren, maar tallooze huidprikkel en prikkels van de oppervlakte der gewrichten dragen tot deze kennis het hunne bij. Bij Hysterie, evenals bij verschillende organische zenuwziekten, zooals tabis dorsalis, myelitis enz., komt het voor, dat de patiënt niet weet, in welken stand zijne ledematen zich bevinden. Wanneer men b. v. bij Hysterie aan den anaesthetischen arm een bepaalden stand geeft, kan die somtijds door den gezonden arm, bij gesloten oogen, niet nagemaakt worden. Deze afwijking komt bij Hyste-

rie niet dikwijls voor; het is noodig, dat alle gevoelsqualiteiten ópgeheven zijn, daar elk gevoel, dat overgebleven is, min of meer inlichting kan geven over den stand van een der ledematen. Bij organische zenuwziekten is dit verschijnsel gewoonlijk veel duidelijker uitgesproken.

Eindelijk kan het voorkomen, dat de hysterica hare ledematen in het geheel niet meer gevoelt, dat zij niet meer weet, dat zij ledematen heeft, wanneer zij ze niet ziet. Ook dit neemt men slechts waar bij zeer intensieve gevallen van anaesthesie, wanneer alle gevoelsqualiteiten opgeheven zijn.

Bij al deze afwijkingen in de verschillende soorten van sensibiliteit van de spieren, blijft de contractiliteit daarvan op elektrische en andere prikkels geheel normaal.

Wij gaan nu over tot de beschrijving der anaesthesie van de slijmvliezen. Hun voorkomen is reeds langen tijd bekend.

De ongevoeligheid der conjunctiva behandelen wij bij de oogstoornissen.

De anaesthesieën op de slijmvliezen vertoonen dezelfde eigenschappen als de huidanaesthesiën.

In de mondholte vindt men ze herhaaldelijk; wanneer eene hemianaesthesie bestaat is de verdeeling in de mondholte gewoonlijk over beide zijden gelijkmatig. Het is ook hier de pijngevoeligheid, die het eerst is aangedaan, terwijl thermoanaesthesie zelden schijnt waargenomen te worden.

Deze anaesthesie der mondholte strekt zich dikwijls over de geheele pharynx tot aan den epiglottis toe uit. Deze vorm van anaesthesie komt dikwijls voor, en het is een van de zekerste en van de gemakkelijkst te constateeren verschijnselen der Hysterie.

Ook hier verloochent de hysterie zich wederom niet en geeft zij verschijnselen, die ons zonderling toeschijnen.

Zelfs in zeer intensieve gevallen vindt men hierbij, dat alle slikbewegingen ongestoord zijn; de reflex, die in deze gevallen een tastreflex en geen pijnreflex is, verloopt geheel normaal. Beproeven wij daarentegen de reflex op kunstmatige wijze door

den vinger in de keel te steken, dan vinden wij, dat ze geheel ontbreekt; men kan met den vinger de geheele pharynx en zelfs de epiglottis aftasten, zonder dat de bekende worgbewegingen ontstaan.

Deze anaesthesie kan zich verder over de geheele larynx uitstrekken, zoodat men met een stylet de stembanden kan aanraken, zonder de hevige reflexbewegingen op te wekken, die in normale gevallen plaats vinden. Ook nu weer vindt men in het hoesten geen stoornis, en bij een cathar wordt op normale wijze de slijm naar buiten gedreven.

In nog andere gevallen neemt het slijmvlies van de neusholte aan de ongevoeligheid deel.

De afwijkingen in den smaak zijn somtijds onafhankelijk van de sensibiliteit in de mondholte, zij kan daarmede samengaan, maar dit behoeft niet noodzakelijk zoo te zijn; over 't algemeen geldt echter hier ook de door *Charcot* gevonden regel, dat de speciale sensibiliteit zich voegt bij de functiestoornis; is het oog blind, dan is de conjunctiva ongevoelig; is de mondholte ongevoelig, dan is de smaak opgeheven.

De smaak kan totaal voor alle qualiteiten opgeheven zijn, de patiënt proeft dan niets meer, klaagt, dat alles naar hout of stroo smaakt, en is zich van zijn gebrek aan smaak gewoonlijk bewust, evenals eene totaal blinde hysterica, zooals ik dat wel na hysterische accessen heb waargenomen, ook hare blindheid bemerkt. Het kan echter ook voorkomen, dat alleen sommige qualiteiten van den smaak niet geproefd worden. Dan is b. v. de smaak voor bitter of voor zout verloren gegaan. Hierbij kan het bovendien nog voorkomen, dat sommige smaken bijzonder lekker gevonden worden, zoo b. v. bitter of zuur, of wel, dat een ongemotiveerde tegenzin tegen gewone spijsen bestaat. Bekend zijn die gevallen, waar hystericae er toe komen, allerlei oneetbare zaken te eten b. v. modder, houtskool enz.

De localisatie der smaakstoornis kan verschillend zijn, soms bestaat die slechts aan ééne zijde en dan aan denzelfden kant, waar hemianaesthesie gezeteld is. Ook komt het voor, dat alleen op

het voorste of op het achterste gedeelte van de tong de smaak afwezig is.

Stoornis in en afwezigheid van den reuk, z.g. *anosmie*, wordt meerdere malen bij hysterie aangetroffen; zij kan enkelzijdig en dubbelzijdig optreden.

Bij de anaesthesie der mond- en pharynxholte, van de smaak, de reuk en van de neusholte zijn alle secretorische reflexen behouden gebleven; het speeksel wordt in normale hoeveelheid afgescheiden; bij prikkeling der neusholte, die niet gevoeld wordt, neemt men normale afscheiding van mucus waar enz.

Doofheid in meerdere of mindere mate komt herhaaldelijk bij hysterie voor. Complete doofheid op beide ooren is zeldzaam. Voorbijgaande vindt men het nu en dan na hysterische accessen. Is het gecombineerd met hysterische mutisme, dan kunnen dergelijke patiënten den indruk van doofstommen maken; de aard van de stoornis is echter spoedig genoeg te herkennen.

De doofheid richt zich gewoonlijk naar de aanwezige anaesthesie, bij eene hemi-anaesthesie is dikwijls het oor aan dezelfde zijde doof. Ook meer of minder omschrevene anaesthetische plekken kunnen met doofheid aan één oor gepaard gaan. Van het oor geldt, wat ook van de andere zintuigen geldt, dat bij eene bestaande doofheid, alles, wat tot het oor behoort, ongevoelig is; zoo b. v. de oorschelp, de geheele oorgang en gewoonlijk ook de membrana tympani. Féré meent hieruit te mogen besluiten, dat de gevoelscentra van de omgeving van het oor en de eigenlijke gehoorcentra in de hersenen in elkaars nabijheid gelegen zijn. Het is wel mogelijk, maar dit wordt door deze klinische feiten bij Hysterie niet bewezen. Zij bewijzen naar mijne meening niet meer, dan dat de hystericae, en waarschijnlijk vele gezonde menschen ook, denken, dat de oorschelp en de gehoorgang bij het oor behooren. Men moet bij hysterie niet te veel naar physiologische en anatomische verklaringen zoeken.

Het meest komt eenzijdige doofheid voor, en dan nog wel alleen als verminderde gehoorscherptheit; deze is zeer frequent.

De diagnose der hysterische doofheid of vermindering van

gehoorscherpthe is niet altijd gemakkelijk. De begeleidende verschijnselen geven natuurlijk altijd een gewichtig aanknoopingspunt. Evenwel men moet bedenken, dat een hysterica ook een organisch oorlijden kan hebben, en hiervoor is een otologisch onderzoek noodig, waarop hier niet nader ingegaan behoeft te worden. Vindt de otoloog geene organische aandoening, dan heeft men alleen onderscheid te maken tusschen functioneel- en organisch-nerveuse doofheid; dit gaat gemakkelijker, en wordt uitsluitend beslist door de begeleidende verschijnselen, die voor hysterische en organische doofheid verschillende zijn.

Anaesthesie van slijmvliezen komt nog voor aan het rectum, aan de genitalieën en aan de urinewegen.

Of de anaesthesie van het rectum nog met andere stoornissen speciaal in de defaecatie gepaard gaat, is niet bekend; waarschijnlijk is het niet.

Evenmin is het bekend, of ongevoeligheid der urethra verschijnselen geeft.

De anaesthesie der vagina en der omgevende deelen heeft somtijds wel bijkomende verschijnselen. Het is duidelijk, dat men bij het onderzoek naar de sensibiliteit der hystericae gewoonlijk de vagina overslaat. Men komt er op door andere verschijnselen. In een geval, dat ik behandelde, bestond niet alleen totale ongevoeligheid voor den coïtus, maar bovendien afkeer van den echtgenoot. De vraag in dit geval was, welke van beide verschijnselen primair was. Bij een onderzoek, dat ik mij in dit geval gerechtigd achtte in te stellen, bleek een volkomene anaesthesie der vagina. Deze heb ik als primair beschouwd, en het verloop van het geval heeft mij in mijne opinie bevestigd.

Janet deelt een nog duidelijker geval mede, waar de echtelijke frigiditeit met de ongevoeligheid van de vagina kwam en verdween.

HOOFDSTUK III.

Symptomatologie.

(*Vervolg.*)

2. DE GEZICHTSWAARNEMINGEN.

De stoornissen in het gezichtsvermogen nemen eene belangrijke plaats in onder de bonte verschijnselen der hysterie. Ze zijn, afgezien van de menigvuldigheid waarmede zij voorkomen, voor ons belangrijk, omdat zij, evenals de reeds besprokene sensibele afwijkingen, ons in de beteekenis der hysterische verschijnselen een juist inzicht geven.

De afwijkingen in de uitgebreidheid van het gezichtsveld bij hysterie zijn zeer kenmerkend.

Voor het onderzoek hiervan bedient men zich van den gewonen *perimeter*. Het onderzoek geschiedt op de gewone wijze, en wordt verondersteld bekend te zijn.

Het eenige, waarop men moet letten, is, dat men het niet te nauwkeurig en met te veel acuratesse moet willen doen. Dit is eene fout, waarin beginners gewoonlijk vervallen. Het doet er weinig toe, of men het gezichtsveld 5 of 10 graden grooter of kleiner vindt. Men verplaatst de perimeterboog telkens 45 graden, zoodat men in het geheel 4 standen van den boog opneemt, elken stand eenmaal naar links en eenmaal naar rechts van het fixatiepunt, zoodat men in het geheel acht waarnemingen verkrijgt. Dit is voor de bepaling van het gezichtsveld *volkomen*

voldoende. Maakt men het onderzoek uitgebreider, door den perimeterboog telkens 10 graden te verdraaien, dan duurt het onderzoek te lang, en men verkrijgt door vermoeidheidsverschijnselen bij den patiënt veel grootere fouten, dan wanneer men snel volgens het eerste procedé handelt. De opname van het gezichtsveld mag niet langer dan 3—5 minuten duren.

Bij eenige oefening kan men, wanneer men zich tevreden wil stellen met het constateeren, of er gezichtsveldvernaauwing is of niet, den perimeter missen. Men laat dan den patiënt, een oog sluiten en sluit zelf het tegengestelde oog. De onderzoeker plaatst eenen vinger midden tusschen hem en den patiënt, en beproeft hoe ver hij naar links, rechts, boven en beneden kan gaan en de patiënt den vinger nog ziet. Ziet de onderzoeker den vinger verder dan de patiënt, dan is diens gezichtsveld in die richting vernauwd.

Dit is mijne gewone methode van onderzoek, men heeft er alleen op te letten, dat de vinger zich ten naasten bij in 't midden tusschen onderzoeker en patiënt bevindt.

De gewone afwijking in het gezichtsveld der hystericæ is de concentrische vernauwing daarvan. Wanneer men één oog laat sluiten, vindt men, dat in periphere gedeelten van het netvlies niet gezien wordt; men kan het voorwerp, dat gefixeerd wordt, van de peripherie van den perimeter somtijds tot dicht bij het centrum daarvan brengen, zonder dat de patiënt, wiens aandacht daarop gevestigd is, het ziet. De vernauwing van het gezichtsveld is dus dikwijls vrij aanzienlijk. Somtijds wordt alleen in eene uitgebreidheid van enkele graden rondom het fixatiepunt het voorwerp waargenomen. In andere gevallen is het gezichtsveld uitgebreider, en is ongeveer de helft daarvan verdwenen. Vindt men bij het onderzoek, dat nog meer dan de helft van het normale gezichtsveld blijft bestaan, dan heeft een dergelijke vondst voor de diagnose hysterie slechts weinig waarde. Hieruit blijkt dus reeds voldoende, dat men vooral voor de periphere gedeelten van het netvlies niet al te nauwkeurig behoeft te onderzoeken.

De vernauwing van het gezichtsveld bij *hysterie* is altijd *concentrisch*. Dit wil zeggen, dat men van alle richtingen uit het gezichtsveld gelijkelijk vernauwd vindt. Bij *hysterie* komen dus niet voor *periphere scotomen*, dat zijn ongevoelige stukken gezichtsveld, die met breede basis aan de peripherie, naar het centrum meer of min puntig toelopen, of wel onregelmatig gevormde eilanden in de peripherie, als plekken, waar niet gezien wordt.

Bij hysterie ontbreken scotomen; dit is een belangrijk differentiël-diagnostisch kenteeken tegenover allerlei organische aandoeningen van het oog en van het zenuwstelsel, vooral wat betreft de intoxicatieën, zooals door tabak-alcohol.

De gezichtsveld-beperking blijft verder altijd *concentrisch*. Het eerst verliezen de periphere gedeelten van het netvlies hunne gevoeligheid, langzamerhand gaat dit naar het centrum verder, en slechts in zeldzame gevallen komt het zóó ver, dat het fixatiepunt, de *macula lutea*, zijne gezichtskracht verliest.

Hysterische blindheid komt zelden voor. De gezichtsveld-beperking doet gewoonlijk beide oogen aan; in de meeste gevallen heeft het eene oog, en wel het oog aan de zijde, waar de hemianaesthesie gelegen is, meer geleden dan het andere; slechts zelden beperken zich de stoornissen tot één oog. In die gevallen kan men volkomen blindheid op één oog vinden.

Wanneer men dus de stoornissen in het gezichtsveld bij *Hysterie* vergelijkt met die in het algemeene gevoel, dan vindt men het kenmerkende onderscheid, dat de oogstoornissen *dubbelzijdig*, en de sensibiliteitsafwijkingen *enkelzijdig* zijn.

Nooit vindt men bij *hysterie hemianopie*. Dit is het prototype van de stoornissen van het gezichtsveld bij alle organische aandoeningen, die centraal van het chiasma opticum gelegen zijn. Niet altijd is eene dergelijke organische hemianopie even duidelijk uitgesproken, maar *nooit* vertoont zij het karakter van eene concentrische gezichtsveldbeperking op beide oogen.

De hysterische blindheid op één oog zou men kunnen verwarren met organische aandoeningen van den nervus opticus, peripheer van het chiasma opticum. Afgezien van de ophthal-

moskopische aantoonbare veranderingen van atrophie der papilla nervi optici in het laatste geval, blijven bij hysterische blindheid de lichtreflexen der pupil bestaan.

Het hoofdkenmerk van alle hysterische gezichtsveldbeperkingen is, dat zij buiten het bewustzijn blijven. Evenals wij dit voor de hysterische anaesthesieën op den voorgrond hebben gesteld, weet de patiënt ook van zijn gezichtsstoornis niets. Het komt nooit voor, dat een hysterica komt klagen, dat zij zoo slecht ziet, dat zij niet georiënteerd is, ondanks dat de stoornis op beide oogen zetelt, en ondanks dat het gezichtsveld van bewust duidelijk zien slechts tot enkele graden rondom het fixatiepunt zich uitstrekt.

Hoe geheel anders is dit, dan bij de organische aandoeningen van het oog, die een analoge stoornis geven. Nemen wij als voorbeeld de *retinitis pigmentosa*. Hier vindt men evenzoo eene gradueele vernauwing van het gezichtsveld van uit de periphe-rie naar het centrum, ook hier wordt het fixatiepunt, de fovea centralis het laatst aangedaan. De klachten van den lijder zijn echter geheel andere. De gezichtsveldbeperking wordt hier door den patiënt bemerkt, ook als ze nog slechts gering is. De lijder klaagt, dat hij zich moeilijker orienteert, dat het ten slotte is alsof hij door eene donkere buis ziet. De gedeelten van het gezichtsveld, die wegvallen, geven den indruk van zwart en de patiënt wordt geheel hulpeloos.

De hysterica met eene gezichtsveldbeperking van 5 graden rondom het fixatiepunt op beide oogen weet daar niets van af, zij beweegt zich even vrij als iemand met gezonde oogen, en zij bemerkt de weggevallene gedeelten van haar gezichtsveld volstrekt niet als eene zwarte vlakte. Zij is zeer verwonderd over haar slecht zien, als men het haar demonstreert, maar moet het ten slotte erkennen. Hier zien wij wederom een fundamenteel karakter der hysterie.

Wij kunnen in de eerste plaats opmerken, dat alle reflectorische processen van uit het anaesthetisch gedeelte der retina op de gewone wijze plaats vinden; voor de gezichtsveldbeperking even zoo goed, als voor de totale hysterische blindheid.

De directe, zoowel als de consensueele reactie der pupil op lichtindrukken blijft onveranderd bestaan.

Zooals bekend, wordt met het periphere gedeelte van het netvlies slechts weinig duidelijk gezien: voor bewuste waarneming doet het slechts zelden dienst. Wanneer men iets goed zien wil, moet het beeld op de fovea centralis vallen.

De periphere gedeelten hebben echter eene zeer belangrijke functie. Zij hebben grooten invloed op onze oriëntatie in de ruimte. Duizende prikkels vloeien elk oogenblik toe en hebben reflexorisch of automatisch invloed op alle bewegingen. Bij *retinitis pigmentosa*, is deze reflex gestoord, en daarom zijn deze patiënten zoo hulpeloos. Bij hysterie blijven deze reflexen op normale wijze aanwezig, en daarom blijft de oriëntatie in de ruimte normaal.

Evenwel ook funties, die hooger staan dan reflexen, kunnen ongehinderd verlopen. Beter dan lange uitweidingen, kan de verkorte mededeeling van eene ziektegeschiedenis, die Janet ons geeft, dit duidelijk maken.

Een kind van 10 jaar vertoonde na eene heftige emotie, een hevigen brand, die hij in een nacht uit zijn bed kon waarnemen, hysterische insulden met volkomen verlies van bewustzijn. Bij onderzoek bleek verder, dat tegelijk hiermede eene aanzienlijke beperking van het gezichtsveld aanwezig was, zoodat hij bij perimetrisch onderzoek slechts enkele graden rondom het fixatiepunt kon waarnemen. De hysterische insulden traden, zooals gewoonlijk het geval is, op na kleine emoties; vooral alles, wat op een brand geleeke, kon een hysterisch insult te voorschijn roepen, zoo b. v. een brandende kachel, een lucifer enz. Janet onderzocht de patiënt en vond, dat deze hysterische insulden niet alleen optraden, wanneer de patiënt de lucifer werkelijk zag, maar ook wanneer het lichtbeeld van de kaars, die langs den boog van den perimeter bewogen werd, viel op plaatsen van de retina, die ongevoelig waren voor licht. Ook dan trad het hysterisch insult op.

Niet alleen dus, dat van uit de ongevoelige gedeelten van het

netvlies de gewone reflectorische processen hun gewoon verloop nemen; maar ook het geheele samenstel van zeer gecompliceerde nerveuse stoornissen, die bij een hysterisch insult in werking treden, kan door prikkeling van een zoogenaamd ongevoelig gedeelte van het netvlies, te voorschijn worden geroepen.

Wij hebben dus hier wederom eene stoornis in de hoogste psychische functie van het zien, in het *bewuste* en het *gewilde* zien. Eene hysterica kan niet zien, wanneer het bewustzijn er mede gemoeid is, wanneer zij het juist doen moet, b v. als men het haar vraagt bij het onderzoek met den perimeter. Psychologisch uitgedrukt, de waarneming verbindt zich niet met de persoonlijkheid, maar blijft als onverwerkt materiaal liggen, naast, maar niet verbonden met de groote massa van waarnemingen enz., die als geheel de persoonlijkheid vormen.

Zooals wij zagen, doet de hysterische gezichtsveldbeperking gewoonlijk beide oogen aan. Niet altijd is dit het geval, en het komt enkele malen voor, dat het eene oog geheel blind is, terwijl het andere een ten naasten bij normaal gezichtsveld vertoont. Van deze blindheid op één oog weet de patiënt zelf niets af, en het moet door den medicus ontdekt worden. Ook bij organische blindheid op één oog, komt het wel eene enkele maal voor, maar nooit zoo langen tijd achter elkaar.

De hysterische blindheid op één oog heeft echter wederom allerlei zonderlinge eigenschappen. In de eerste plaats kan men aantoonen, dat het stereoskopisch zien, dat natuurlijk alleen met twee oogen mogelijk is, ongestoord blijft voortbestaan.

Eene eenvoudige proef is de volgende. Men plaatst een potlood tusschen het oog van den patiënt, die op één oog blind is, en het boek, waaruit hij leest. Ziet hij werkelijk slechts met één oog, dan verdwijnen een aantal letters achter het potlood, ziet hij met twee oogen, dan verdwijnen de letters niet. Een hysterica, die op één oog blind is, ziet, als zij beide oogen geopend houdt, de letters niet verdwijnen. Een positief bewijs dus, dat zij met het blinde oog ziet.

Nog beter kan men dit bewijzen met het kastje van F l e s.

Dit wordt gewoonlijk gebruikt om simuleerende militairen te ontmaskeren. Het is te hopen, dat er dan maar geen hysterici onder loopen.

Dit kastje is zóó ingericht, dat het linksche beeld, wanneer men er in ziet, met het rechter oog gezien wordt en omgekeerd het rechter beeld, met het linkeroog. Gewoonlijk wordt een rood en een groen lak op deze manier in het tegengestelde oog geprojecteerd. Met het oog op de hysterische kleurenblindheid is het echter beter de inrichting zóó te maken, dat een soldaat en eene vrouw gezien worden; men heeft dan alléén te vragen: wat ziet gij, den soldaat of de meid, zooals dat bij militaire keuringen de gewoonte is, en men behoeft dan de kleurenblindheid niet in aanmerking te nemen.

Eene hysterica, die op één oog blind is, ziet altijd den verkeerden persoon, en toch simuleert zij niet; wanneer men daaronder tenminste wil verstaan, dat zij geen bewust bedrog pleegt.

De hysterische gezichtsveldbeperking is, wanneer zij eenmaal aanwezig is, een van de meest constante symptomen der ziekte; eene genezing daarvan geschiedt alleen op den langen duur.

Dit neemt niet weg, dat de uitgebreidheid van de gezichtsveldbeperking in het zelfde geval zeer variabel is en afhankelijk van allerlei omstandigheden; vooral van emoties. Ook het perimetrisch onderzoek is hierop van invloed, waarschijnlijk door de inspanning, die het veroorzaakt. Hysterische insulten kunnen eene matige gezichtsveldbeperking tijdelijk tot eene absolute blindheid maken, zoowel op één oog als op beide.

Blindheid op beide oogen komt na insulten nu en dan voor. *Duval* deelt een geval mede, waar elk oog afzonderlijk onderzocht, geheel blind was, en waarbij toch, indien de patiënt binoculair zag, het zien *niet* was opgegeven.

Op grond van deze feiten, dat 1^o. het blinde oog deelnam aan het stereoskopisch zien, en 2^o. dat bij dubbelzijdige blindheid toch nog gezichtswaarnemingen bestonden, heeft men (*Parinaud*) gemeend, dat het binoculaire zien door een afzonderlijk cerebraal mechanisme beheerscht werd. Deze gronden schijnen ons onvol-

doende toe en deze feiten moeten langs psychologischen weg verklaard worden.

Het met twee oogen zien is geen bewustzijns-proces. Een persoon is het zich niet bewust, dat hij met twee oogen anders ziet dan met een. De samensmelting der beelden van de twee oogen in onzen geest gaat buiten het bewustzijn om, en alle processen bij Hysterie, die niet met het bewustzijn te maken hebben, verlopen ongestoord. Wanneer dus eene hysterica op één oog blind is, dan beteekent dit niet meer, dan dat zij de gezichts-indrukken van dit oog niet *bewust* verwerkt; deze indrukken bestaan echter nog evengoed. Wij merkten echter daareven op, dat de psychische combinatie der gezichtsbeelden buiten het bewustzijn om geschiedt, en deze functie kan bij op één oog blinde hystericae evengoed tot stand komen, als bij normale menschen. Hieruit volgt bovendien, dat zelfs bij op twee oogen blinde hystericae, zooals in het geval van Janet het binoculaire zien niet opgeheven behoeft te zijn.

Deze verklaring der verschijnselen komt mij juister voor dan die van Parinaud. Men is bij Hysterie telkens en telkens tot physische en physiologische verklaringsmethoden gekomen, en even dikwijls is het gebleken, dat dit de juiste manier niet was. De zetel der stoornis, wij zagen het reeds herhaaldelijk, is bij Hysterie gelegen in het bewust worden der geestesprocessen.

Wij komen nu tot de afwijkingen in het zien van kleuren bij hysterie.

In het normale gezichtsveld vinden wij eene standvastige opeenvolging der verschillende kleuren, wat betreft de uitbreiding van het gezichtsveld daarvan. Het gezichtsveld voor wit is het meest uitgebreid. De andere kleuren worden minder ver naar de peripherie gezien, en wel op die manier, dat zij verschillende gesloten kringen vormen, die steeds nauwer worden, met het fixatiepunt als middelpunt. Deze opeenvolging van steeds nauwer wordende gezichtsvelden voor de verschillende

kleuren is bij den normalen mensch tennaastenbij constant, en van de peripherie naar het centrum gaande, vindt men de volgende rij.

Als het grootste gezichtsveld: wit, verder:

blauw,
geel,
oranje,
rood,
groen,

en als kleinste gezichtsveld: violet.

In het algemeen is de gang, dien de stoornis in het kleuren-zien bij hysterie neemt, de volgende. De kleuren, die het meest peripheer gezien worden, welker gezichtsveld dus het grootst is, verdwijnen het laatst, wit natuurlijk het allerlaatst, terwijl de kleuren, die een klein gezichtsveld hebben het eerst verdwijnen. Men neemt dus vooral violet- en groenblinden waar, terwijl blauwblinden zelden voorkomen; deze laatsten zijn dan tegelijk reeds groenblind. Men kan zich voorstellen, dat het normale gezichtsveld voor wit, eene vernauwing ondergaat, dat daarbij alle kleurvelen telijktijd zich concentrisch vernauwen en successievelijk wegvallen. Bij hysterische kleurenblindheid vindt men dus steeds eene daaraan evenredige gezichtsveldsbeperving.

Ook deze aandoening is gewoonlijk dubbelzijdig, en op het oog aan den anaesthetischen kant het sterkst uitgesproken.

Bovengenoemde regels gelden algemeen voor de hysterische kleurenblindheid; er zijn echter enkele merkwaardige uitzonderingen, die even vermeld moeten worden. Gewoonlijk verdwijnt bij hysterische kleurenblindheid de gevoeligheid voor rood het laatst; terwijl blauw reeds niet meer gezien wordt, kan rood nog onderscheiden worden.

Hoogst waarschijnlijk vindt deze abnormaliteit haren grond in de bekende voorliefde van hystericae voor rood, waarmede zij zich bij voorkeur tooien, of welke kleur in andere gevallen met hunnen gedachtengang verbonden is, of op eene of andere wijze in een idée fixe of in droom is bevat. In elk geval is er een

psychisch moment in opgesloten, dat als oorzaak, gewoonlijk langs onbewusten weg, dienst doet.

Eene andere nog zonderlinger afwijking is de volgende. Het komt nog al eens voor, dat de uitgebreidheid van het gezichtsveld voor wit *kleiner* is, dan voor rood, daarna volgen gewoonlijk blauw en groen. Deze verhouding is natuurlijk eene physische onmogelijkheid; in wit zijn alle kleuren bevat, dus ook rood en het gezichtsveld voor *wit*, moet, physisch gesproken, dus minstens even groot zijn, als voor *rood*. Ook dit wijst dus zonder twijfel op eene psychische omstandigheid, die de oorzaak moet zijn voor de hysterische gezichtsveldbeperking.

Ter nadere verklaring der verschijnselen der hysterische kleurenblindheid zijn eenige experimenten te vermelden. Verschillende hysterische verschijnselen zijn experimenteel door suggestie na te bootsen, dikwijls ook bij gezonde personen, bijna altijd bij hystericae.

Bij niet hysterische kleurenblinden openbaart deze aandoening zich niet alleen in het niet zien van bepaalde kleuren, maar evenzoo in de vorming van het nabeeld. Wanneer iemand rood ziet, als een meer of min gesatureerd grijs, zal het daarop volgend nabeeld niet groen zijn, maar evenzoo grijs. Rood wordt niet gezien, en het oog wordt dus ook niet voor rood vermoeid.

Wanneer men bij eene roodblinde hysterica of bij een' persoon, aan wien men roodblindheid gesuggereerd heeft, dezelfde proef doet, valt deze geheel anders uit. Er ontwikkelt zich namelijk hetzelfde nabeeld als in normale omstandigheden, m. a. w. in het nabeeld blijkt van de bestaande kleurenblindheid niets. Nog op andere wijze is hetzelfde aan te toonen. Wanneer de z.g. sectorenschijf van Newton, die in de gewenschte verhouding groene en roode sectoren bevat, laat ronddraaien, ziet het normale oog eene min of meer witte of grijze vlakte. Een niet hysterische groenblinde persoon, ziet groen als min of meer grijze kleur. Draait men voor hem de schijf, dan doet groen aan de compositie met rood niet mede, en hij ziet grijs en rood, die samen een min of meer rose tint geven. Bij de groenblinde

hysterica neemt het groen, dat niet gezien wordt, wel degelijk aan de compositie deel, en zij ziet evenals het normale oog bij draaiing der schijf grijs.

Deze experimenten leveren het duidelijke bewijs, dat bij de hysterische kleurenblindheid de retina aan de ziekte geen deel neemt; hierop brengen alle kleuren hare normale reactie te weeg; de stoornis is eene zuivere psychische en bestaat alleen hierin, dat de kleuren niet bewust gezien worden; dat de waarneming zich niet in verband stelt met de persoonlijkheid. De gezichtsscherpte is bij Hysterie, ook wanneer het gezichtsveld aanzienlijk vernauwd is, in het algemeen niet verminderd. Dit wordt ten minste door Fransche schrijvers opgegeven (*Charcot, Parinaud*); *Wilbrand* daarentegen vond ze dikwijls verminderd.

Vermelding verdient de z.g. *monoculaire diplopie*. Zooals bekend, ontstaat het dubbelzien doordat bij fixatie van een bepaald punt de oogassen niet zoodanig gericht zijn, dat het beeld van dit punt op gelijkwaardige plaatsen der beide retinae wordt opgevangen, waardoor in onzen geest versmelting der beide beelden tot stand komt. Het onmiddellijk gevolg hiervan is, dat het dubbelzien verdwijnt, zoodra men één oog sluit.

Bij hysterie komt het nu en dan voor, dat ook met één oog dubbel gezien wordt. Men heeft gemeend, dit te moeten verklaren door aan te nemen, dat er van één voorwerp, twee beelden op dezelfde retina ontstonden. Dit zou dan zijne oorzaak vinden in ongelijkmatige krommingen van de lens, zoowel door den laagsgewijzen bouw daarvan, als door partiële kramp der accommodatiespieren. Het feit blijft op deze wijze moeilijk te begrijpen; zelfs zal het moeilijk zijn, willekeurig een lens te construeeren, die twee duidelijke, volkomen gescheidene beelden geeft.

Veel waarschijnlijker, dan eene physische, schijnt ons eene psychologische verklaring toe. De dubbelbeelden nemen eene plaats in, die physisch niet te verklaren is. Zoo wordt b.v. op zekeren afstand een staaf dubbel gezien, de beelden staan evenwijdig dicht naast elkaar; laat men op denzelfden afstand een

hoofd fixeeren, dan wordt ook dit in zijn geheel dubbel gezien, en de beide beelden staan even ver van elkaar. Volgens physische wetten zouden zij elkaar grootendeels moeten bedekken. Ook wanneer men in het kastje van Fles laat zien, verkrijgt men resultaten, die physisch niet te verklaren zijn.

Psychologisch is de verklaring van dit monoculaire dubbelzien waarschijnlijk voor elk geval verschillend. Men heeft gevallen waargenomen, waar tegelijk strabismus bestond. Hier werden dus de resultaten van het binoculaire zien door den patiënt eenvoudig langs psychologischen weg op het zien met één oog overgedragen.

J a n e t deelt een ander geval mede. Eene hysterica, die het verschijnsel van het monoculair dubbelzien vertoonde, gebruikte, wanneer zij binoculair zag, slechts één oog. Dit kon gemakkelijk aangetoond worden door eene dunne staaf te houden tusschen het oog en het boek, waaruit ze las. Er verdwenen dan steeds eenige letters achter de staaf, wat natuurlijk bij binoculair zien nooit het geval kan zijn. Door deze gewoonte van monoculair zien bij het geopend zijn van twee oogen, ontstond gebrekkige fixatie met twee oogen te gelijk, en was de voorwaarde voor binoculair dubbelzien gegeven; dit laatste langs psychischen weg op één oog overgedragen, zou in dit geval het monoculair dubbelzien kunnen verklaren. Op deze wijze moet elk geval van monoculair dubbelzien afzonderlijk beoordeeld worden, en bij de groote moeielijkheid van eene physische verklaring daarvoor, zal in de groote meerderheid der gevallen eene psysische oorzaak gevonden kunnen worden.

Niet alleen, dat dubbelzien voorkomt, maar van één voorwerp kunnen 3 en meer beelden ontstaan.

Mikropsie en Makropsie of, omdat het bij den zelfden patiënt gewoonlijk gelijktijdig voorkomt, mikro-makropsie, noemt men het verschijnsel, dat een voorwerp in de nabijheid veel te groot en op distantie veel te klein wordt gezien. Het schatten van de grootte van de dingen rondom ons is eene zeer samengestelde functie, die ook onder physiologische omstan-

digheden nog onvoldoende verklaard is. Geen wonder, dat de hysterische stoornis in deze functie nog minder begrijpelijk voor ons is.

Aan alle bovengenoemde hysterische oogstoornissen gemeenschappelijk is het verschijnsel der z.g. *anaesthetische bril*. Evenals de oogstoornissen zelf vindt men deze gewoonlijk dubbelzijdig. De conjunctiva oculi en palpebrarum zijn in deze gevallen anaesthetisch.

Gewoonlijk neemt de cornea, aan deze anaesthetie geen deel, ten minste niet in zijne geheele uitgebreidheid. Behalve dit, bestaat er ook gewoonlijk eene anaesthesie van de huid der oogleden, zoodat het geheele oog door eene circulaire zone van ongeveer 2 c.M. is omgeven, waarin niet gevoeld wordt. Vandaar de naam *anaesthetische bril*.

Enkele bijzonderheden moeten over deze anaesthesie nog opgemerkt worden. Wanneer men de conjunctiva met een strookje papier aanraakt, ziet men, dat de reflectorische sluiting der oogleden niet tot stand komt. Indien men echter de cornea, die dikwijls meer of min gevoelig gebleven is, aanraakt of wanneer het papiertje gezien wordt, vertoont zich de reflex. Bij aanraking der conjunctiva volgt echter wel de reflectorisch vermeerderde traanafscheiding. Dit verschil in de pijnreflex, die opgeheven is en de tastreflex, die blijft bestaan, vindt men herhaaldelijk bij hysterie. Het vindt zijn grond hierin, dat pijn altijd een psychisch moment in zich bevat en de zuivere pijnreflex daardoor ook; dit psychische proces, en niet de reflex als zoodanig is het, waarin bij Hysterie de stoornis is gelegen.

De ongevoeligheid der huid rondom de oogen gaat gewoonlijk gepaard met afwijking in de bewegelijkheid der oogleden. Hier geldt de wet van Charcot, dat de anaesthesie zich plaatst op het functioneerende gedeelte. Deze wet of regel zoo men wil, openbaart zich evenzoo in de gevoelsstoornis der conjunctiva.

Het idee, dat de hysterica zich maakt van haar oog, en volgens hare denkbeelden behoort de conjunctiva daarbij, bepaalt de uitgebreidheid van de gevoelsstoornis.

Men heeft vroeger getwist of de localisatie der hysterische aandoeningen volgens anatomische of volgens physiologische principes beoordeeld moet worden; Janet lost deze quaestie zeer tersnede op en zegt, dat ongetwijfeld alleen physiologische principes geldend zijn, maar men moet dan eene zeer populaire physiologie den doorslag laten geven, en illustreert deze waarheid met de beschrevene oogstoornissen.

Ik zou er echter nog iets anders aan toe willen voegen en wel dit, dat deze populaire physiologie, die zegt dat conjunctiva en oog en palpebrae bij elkaar behooren, misschien nog zoo erg verkeerd niet is, wat den psychischen kant van het vraagstuk betreft. De conjunctiva moge geïnnerveerd worden door den trigeminus, de retina door den opticus, de palpebrae door de facialis en oculomotorius, in de hersenschors zijn voor deze verschillende deelen in de achterhoofdskwab de centra gelegen; dit wordt steeds waarschijnlijker.

Wij zijn aan het einde gekomen van onze beschrijving der hysterische anaesthesieën. Voordat wij overgaan tot de beschrijving der *hyperaesthesieën*, is het dienstig op enkele bijzonderheden in te gaan, omtrent den aard dezer aandoeningen, en dan met een enkel woord op overeenkomstige verschijnselen te wijzen, die wij bij organische ziekten van het zenuwstelsel aantreffen.

Onze kennis omtrent het wezen der hysterische verschijnselen is in de laatste jaren, dank zij de Fransche onderzoekingen daarover, veel vooruitgegaan. Uit mijn studententijd herinner ik mij nog, dat gesproken werd over de localisatie daarvan in het zenuwstelsel, en ernstig de vraag werd behandeld, in hoe verre daarbij het ruggemerg was betrokken.

In het verloop van een 15-tal jaren is in dit opzicht veel veranderd; niemand denkt er tegenwoordig meer aan hysterische verschijnselen in het ruggemerg te localiseeren.

Het is uit hetgeen medegedeeld is reeds duidelijk genoeg, dat ze alleen te localiseeren zijn in de groote hersenen. Deze stelling

geeft echter naar mijne meening nog niet voldoende juist weer den aard der verschijnselen. Uit onze geheele hersenpathologie toch zijn ons geen symptomen bekend, die eenigszins de hysterische verschijnselen kunnen nabootsen. Men mag zich, waar men wil, in de hersenen eene locale aandoening denken, nooit zal men daarbij vinden eene concentrische vernauwing der gezichtsvelden of eene variabele hemianaesthesie of een algemeen verhoogde suggestibiliteit enz. De aard der hysterische verschijnselen is door eene organische, locale aandoening niet te verklaren. Dit komt, omdat deze verschijnselen een psychologischen grond hebben, dat zij de onmiddellijke gevolgen zijn van de denkebeelden en de gevoelens van den persoon zelf, en omdat deze van psychischen aard zijn, zijn de hysterische verschijnselen dat in niet mindere mate.

Op verschillende manieren is dit direct experimenteel te bewijzen; men kan aantoonen, dat in de ongevoelige lichaams-helft zeer goed gevoeld wordt, dat er dus van eene anaesthesie in den gewonen zin van het woord geen sprake is, maar dat het eenige verschil is, dat de gevoelens niet met bewustzijn gepaard gaan. Zooals wij reeds boven hebben besproken kan niet elke hysterica voor dusdanige experimenten gebruikt worden, hierbij zijn nog vele omstandigheden, die wij niet kunnen overzien. Wanneer wij echter kunnen aantoonen, dat in sommige gevallen van hemianaesthesie of van oogstoornissen, werkelijk wél waargenomen wordt, maar dat de waarneming alleen niet bewust is, dan is er geen reden om aan te nemen, dat dit ook in andere gevallen, waar de stoornis geheel van denzelfden aard is, niet aldus zou zijn.

Eene hysterica geef ik in wakenden of in hypnotischen toestand de suggestie, dat wanneer ik, als zij in gewonen wakenden toestand is, haar in den analgetischen arm knijp, zij zal beginnen te hoesten. Ik stel dit experiment tot den volgenden dag uit, en spreek over niets; onverwachts knijp ik in den arm, zij zegt niets gevoeld te hebben, maar begint te hoesten.

Het behoeft geen betoog, dat indien werkelijk het gevoel van

pijn in den arm afwezig was geweest, dat zij dan ook niet gehoest zou hebben.

Janet deelt het volgende mede. Hij maakte gebruik van eene eigenschap der hystericae, die wij nog nader zullen bespreken, dat zij namelijk zeer aan distracties lijden. Een patiënt, die eenen totaal anaesthetischen arm had, hield hij bezig; de ongevoelige arm was door een scherm gemaskeerd. Haar werd eene schaar in de hand gegeven, die zij niet alleen vasthield, maar waarmede zij knipbewegingen maakte. Het geheele samenstel van spier-, tast- en kinesthetische gevoel, dat hiervoor noodig is, was dus nog ongeschonden aanwezig.

Boven hebben wij reeds mededeeling gedaan van een jongen, die bij 't zien van een lucifer een hysterisch insult kreeg, ook wanneer het beeld van de lucifer viel op een ongevoelig gedeelte van het netvlies.

De hysterische anaesthesieën en oogstoornissen kan men experimenteel te voorschijn roepen. Zeer gemakkelijk kan dit bij hysterici door suggestie, maar ook bij gezonden is dit mogelijk.

Bernheim vond, dat de door hypnose verkregene oogstoornissen, zoo b.v. de experimenteele kleurenblindheid, zich volkomen gedroeg, als wij dat voor de hysterische kleurenblindheid hebben beschreven. De kleurenblindheid door hypnose is eene experimenteele, monosymptomatische hysterie. Bij eene dergelijke overeenkomst in verschijnselen mag men tot eene overeenkomst in oorzaak besluiten, en evenzoo als de hypnotische kleurenblindheid van de denkbeelden, van het geheele psychische bestaan van de persoon afhangt, is dit met de hysterische kleurenblindheid en verder met alle andere hysterische anaesthesieën het geval.

Zoo komen wij tot het besluit, dat de hysterie, ook in hare zoogenaamde lichamelijke verschijnselen, altijd haar psychisch cachet blijft behouden en bovendien, dat niet eene locale aandoening hierbij in 't spel is, maar dat er alleen sprake kan zijn van eene functioneele verandering in de hoogere psychische processen.

In de hysterische anaesthesieën vinden wij de fundamenteele

eigenschap der Hysterie terug, tot het vormen van afzonderlijke complexen van waarnemingen, gevoelens enz. Eene geheele serie van waarnemingen, die, welke door de anaesthetische huid worden opgevangen, verbindt zich niet met de persoonlijkheid, blijft afzonderlijk, vormt als het ware een rudiment van eene nieuwe persoonlijkheid, naast de oude. Natuurlijk, dat een complex van huidgewaarwordingen alleen een zeer onvolkomen persoon vormt; het is geen geheel, maar is slechts een willekeurig onderdeel van een persoon. Van af dezen rudimentairen persoon, die voor de hysterische anaesthesie alleen uit huidgewaarwordingen bestaat, tot aan eene volkomene verdeling der persoonlijkheid, zooals in het somnambulisme, bestaan alle overgangen. Het hangt er slechts van af, hoe groot het aantal waarnemingen, gevoelens, denkbeelden enz. is, van het gedeelte, dat zich afzonderlijk organiseert, of men met meer of min recht kan spreken van een nieuwen persoon. In principe zijn al deze hysterische *désagrégiations* van de persoonlijkheid gelijk; in de gewone gevallen zijn het enkele gevoelens, die zich afzonderlijk organiseren; in ernstige gevallen zijn het groote groepen.

De hysterische anaesthesie biedt groote overeenkomst aan met het normale leven. Verreweg het allergrootste gedeelte van wat wij dagelijks gevoelen en doen, komt nooit tot ons bewustzijn. Wie zou kunnen vertellen de duizende en duizende dingen, die hij elk oogenblik voelt en waarop het organisme reageert! Nog grooter wordt deze overeenkomst, wanneer men zeer intensief met iets bezig is. In dit geval verkeert de persoon willekeurig in eenen analogen toestand, als eene hysterica dat zonder haar wil doet. Eene intensieve aandacht sluit de poort voor andere bewuste waarnemingen. Archimedes was analgetisch toen hij, gedoken over zijne vraagstukken, gedood werd. De martelaars uit den tijd der hervorming, die zonder een gezicht te vertrekken, zich lieten verbranden, waren zonder twijfel analgetisch, en hunne geheele aandacht was gericht op hunne religieuse bespiegelingen, of wel zij waren hysterici en waren van meet af analgetisch.

Het groote verschil tusschen de normale en de hysterische anaesthesie is echter, dat de eerste willekeurig is, met opzet geschiedt, en naar willekeur veranderd kan worden, terwijl dit met de hysterische anaesthesie niet het geval is; met den besten wil ter wereld kan de hysterica de pijnindrukken van hare ongevoelige lichaamshelft niet bemerken.

Wij komen dus bij de analyse der hysterische anaesthesiën wederom terug tot de hoogste psychische functie: het schenken der willekeurige aandacht.

HOOFDSTUK IV.

Symptomatologie.

(*Vervolg*).

B. DE HYPERAESTHESIEËN.

Tot de belangrijkste verschijnselen behooren de z.g. Hyperaesthesieën. Zij komen misschien niet zoo constant voor als de anaesthesieën, en zijn, wanneer zij voorkomen, dikwijls meer wisselend; maar daartegenover staat, dat zij, indien zij aanwezig zijn, een veel grooteren invloed op den psychischen toestand van den lijder hebben.

Van de anaesthesieën hebben wij gezien, dat zij aan den patiënt zelf onbekend waren, en dat deze ze uit zich zelf eerst ontdekt, wanneer zij totaal zijn, wat slechts in zeldzame gevallen voorkomt.

Bij de hyperaesthesieën is dit niet het geval; integendeel komt de patiënt daarover zelf klagen en hulp zoeken als voor hem lastige verschijnselen. Het zal ons blijken, dat dit verschil een zeer begrijpelijken grond heeft.

De naam hyperaesthesie is strikt genomen onjuist; reeds bij neurasthenie heb ik dezelfde opmerking gemaakt; voor de pathologie der Hysterie heeft deze opmerking echter meer belang.

Zuivere hyperaesthesie komt bij Hysterie in tegenstelling van Neurasthenie wèl voor. Hieronder verstaat men eene zintuige-

lijke perceptie van waarnemingen, die te kleine intensiteit bezitten om onder normale omstandigheden waargenomen te worden; terwijl het maximum van waarneming evenzoo bij mindere intensiteit van den prikkel optreedt, dan in normale gevallen. De geheele waarnemingsbreedte is dus naar beneden verschoven. Eene dergelijke afwijking kan men vinden in kataleptische toestanden.

Deze worden echter niet bedoeld bij de hyperaesthesie, welke wij hier bespreken. Hier hebben wij op het oog een abnormale gevoeligheid, die dit eigenaardige heeft, dat een prikkel, die in normale omstandigheden als tastprikkel of als geluidprikkel gevoeld wordt, zonder eenig bijgevoel, nu vergezeld is van pijn. Bij elk normaal gevoel mengt zich het gevoel van pijn, men zou dus van een hyperalgesie kunnen spreken, en kunnen aannemen, dat de afzonderlijk verloopende organen voor het pijngevoel abnormaal gemakkelijk prikkelbaar waren, of wel, dat in het centraal orgaan, door te gemakkelijke associatie met elk ander gevoel, zich *pijngevoel* associeerde. Hoe dit ook zij, alle hier te bespreken *hyperesthesieën* ontstaan door bijmenging van pijngevoel; hierdoor wordt het normale gevoel vervalscht en heeft men dus *dysaesthesieën*.

Deze opmerking is niet zonder belang voor het recht begrip der verschijnselen. Bij de bespreking der anaesthesieën hebben wij er op gewezen, hoe het pijngevoel tegenover de andere gevoelsqualiteiten in zijne verschijnselen eene afzonderlijke plaats innam, en hebben dit terug kunnen voeren tot de eigenschap van het pijngevoel om *per se* bewust te zijn. Pijngevoel is niet denkbaar zonder intensieve verbinding met de geheele persoonlijkheid.

Deze waarheid wordt door de hyperaesthesieën wederom duidelijk bewezen.

Wanneer zich met een tast- of een gehoorsgevoel een pijngevoel mengt, moet dus de geheele waarneming *bewust* zijn, en dit is de oorzaak, waarom de patiënt zich zoo goed rekenschap weet te geven van zijne hyperaesthesieën.

Het is duidelijk, dat in psychologisch opzicht dit een enorm

groot verschil maakt met de anaesthesieën. Alle pijngevoel wordt met de persoonlijkheid verbonden, het maakt deel daarvan uit, wordt bewust herinnerd, en moet natuurlijker wijze een grooten invloed hebben op het bewuste handelen en denken van het individu.

De invloed van deze hyperalgesieën bij hysterie is dan ook, zooals wij reeds opgemerkt hebben en later nog zullen zien, zeer groot.

De pijnen hebben grooten invloed op de stemming en daardoor op den voedingstoestand van den lijder. Hysterici, die veel pijn hebben, zien er dikwijls slecht gevoed uit.

In het voorkomen der hyperaesthesieën bij hysterie bestaat groote overeenkomst met de reeds besprokene anaesthesieën. Wat betreft hare localisatie, onderscheidt men ook hier, 1°. eene algemeene hyperaesthesie, 2°. eene halfzijdige, 3°. eene hyperaesthesie in onregelmatig verspreide eilanden en 4°. eene hyperaesthesie in geometrische segmenten.

De algemeene hyperaesthesie is een ondragelijk, maar gelukkig zelden voorkomend lijden. Voorbijgaand neemt men het nog al eens waar na hysterische insulten. De patiënten zijn zeer ongelukkig, elke aanraking, waar ook aan het lichaam, doet hun pijn; zij kunnen de drukking en wrijving der kleedingstukken niet verdragen, en houden het geheele lichaam kunstmatig in rust. Het komt voor, dat te midden van hyperaesthetische huidgedeelten plekken voorkomen, waar de gevoeligheid normaal of zelfs subnormaal is. Waarschijnlijk is dit wel bijna altijd het geval. De zintuigen nemen niet altijd aan deze algemeene hyperalgesie deel, maar zijn daarvoor toch niet buitengesloten.

Evenzoo komt zelden voor de *hemi-hyperalgesie*; gelijktijdig daarmede kan de andere lichaamshelft anaesthetisch zijn, praktische beteekenis heeft dit verschijnsel niet.

Een mijner patiënten was totaal analgetisch, behalve het linker been, had verder volkomene anaesthesie der mondholte, met agustie en ontbreken der pharynxreflex, en bovendien aanzienlijke vernauwing der gezichtsvelden.

In de linker analgetische lichaamshelft bestonden hevige spontane pijnen, die op verschillende plaatsen gelocaliseerd werden, maar die niet op de andere lichaamshelft overgingen. Deze pijnen waren zoo hevig, dat de natuurlijke slaap daardoor onmogelijk was. Suggestieve slaap was gewoonlijk gemakkelijk te verkrijgen.

Van des te grooter belang zijn de beide andere vormen der hysterische *hyperalgesie*, n.l. de verdeling daarvan in geometrische segmenten en in onregelmatige eilanden.

Wij treffen hier wederom een beginsel aan, dat door *Ch a r c o t* in het juiste licht gesteld is, dat n.l. de *hyperalgesie* in verband staat met de functie. Hierbij heeft men dan dit eenvoudige principe, dat eene paralyse zich combineert met eene *anaesthesie* en een' contractietoestand met eene *hyperaesthesie*. Wanneer dus eene bepaalde functie verricht wordt, zoo b.v. wanneer een kniegewricht in contractuur is, vindt men de huid rondom het kniegewricht hyperalgetisch. Evenals bij de anaesthesieën ziet men hier wederom, dat niet de huid boven de spieren, die in contractuur zijn, hyperalgetisch is, maar dat een psychisch beginsel voor de localisatie der hyperalgesie beslissend is. Niet de functie zelf beslist de localisatie daarvan, maar het idee, dat de patiënt van de functie heeft.

Het verband tusschen deze hyperalgesieën en de functie is echter in sommige opzichten nog onbekend. Wij weten niet, wat het primaire is, het idee, dat de lijder van de functie heeft, of wel de hyperaesthesie. Het is best mogelijk, dat deze laatste de oorzaak is, en dat het denkbeeld der functiestoornis daarop volgt. Het behoeft hier geen betoog, dat de patiënt niet bewust de redeneering maakt, dat hij zijne knie niet bewegen kan, omdat de huid daaromheen zoo overgevoelig is. Dit is nooit het geval; maar wij zijn reeds herhaaldelijk in de gelegenheid geweest om den invloed van het onbewuste, het halfbewuste enz. bij de hysterische verschijnselen aan te toonen. Het is hier steeds een geheele, een halve of een rudiment van een persoonlijkheid, die als het ware achter den normalen persoon verborgen is; waarvan de

normale persoon niets af weet, en die een groot deel van alle ziekelijke verschijnselen op hare rekening heeft.

De *hyperalgesie* in geometrische segmenten hangt voor het grootste gedeelte samen met de gewrichten en met de functie van bepaalde spiergroepen; wij hebben hier, dan altijd contracturen en de streek in den omtrek, waar de patiënt meent, dat de functie tot stand komt, is *hyperalgetisch*.

Wanneer wij de oorzaken nagaan, die voor deze *hyperalgesiën* van belang zijn, dan treft ons, hoe dikwijls trauma hier een rol speelt. *Charcot* heeft ook hier het juiste getroffen, en sprak van *suggestion traumatique*. Dit is dikwijls het geval. Gegeven eene algemeene nerveuse constitutie, dan werkt in het meeren-deel der gevallen het trauma meer psychisch dan organisch. Gewoonlijk vinden wij beide soorten van verschijnselen, en het hangt slechts van de verhouding van beide componenten af, welke verschijnselen wij zullen vinden. Nemen wij een geval, zooals ik dit heb waargenomen, en dat tot de uitersten behoort. Eene hysterica, rechtzijdig analgetisch, viel op haar linker knie, zonder dat in den eersten tijd daar, afgezien van eene lichte pijnlijkheid en eene onderhuidsche bloeditstorting van weinig beteekenis, veel aan op te merken was, ontwikkelde zich spoedig daarna een kniegewrichtsaandoening, met zwelling, flexie in het gewricht, sterke hyperalgesie rondom het gewricht en volkomene onbewegelijkheid daarvan.

In andere gevallen kan het trauma van ernstiger aard zijn, en verschillende andere omstandigheden, die wij nader zullen beschrijven, kunnen de diagnose moeilijk doen zijn.

Zooals ook in het daareven genoemde geval duidelijk is, sluit zich de gewrichtsaandoening gewoonlijk niet direct aan het trauma aan. Meestal verloopt een korte tijd, wat *Charcot* genoemd heeft eene *periode de meditation*; dit is geen bewust nadenken over het trauma, maar een idee fixe, dat op een gegeven oogenblik een invasie doet in de bewuste persoonlijkheid.

Eene omstandigheid, die deze hysterische arthralgeëen voor de diagnose dikwijls moeilijk maakt, is deze, dat zij dikwijls als

eerste verschijnsel der ziekte optreedt. Een sluimerende hysterische aanleg kan door eene of andere schadelijke omstandigheid tot openbaring komen, en de geheele hysterie kan zich dan als een of andere arthralgie aan ons voordoen. Dit is dan eene *monosymptomatische* hysterie. Voor de diagnose is men dan aangewezen op het onderzoek van het gewricht alleen, en dit is bij lange na niet altijd even gemakkelijk. Vooral de hysterische arthralgie van de heup kan moeilijkheden geven, en in elk geval van eenigszins twijfelachtigen aard bij een heupgewrichtsontsteking, is het van groot belang naar hysterische verschijnselen te onderzoeken.

Zooals reeds vermeld is, vindt men bij de hysterische arthralgie de hyperalgesie, in een geometrisch segment rondom het gewricht. Voor den elleboog en de knie zijn dit ronde banden om het lidmaat, die zich 3 tot 4 vingersbreedte naar boven en beneden uitstrekken; voor den schouder en de heup hebben deze zones een anderen vorm. Hierbij valt op te merken, dat de pijnlijkheid exquisiet in de huid gelocaliseerd is. Wanneer deze eigenschap sterk is uitgesproken, is ze bijna alleen voldoende voor de diagnose, daar men dit bij eene organische aandoening nooit in die mate weervindt. Het lichtste strijken langs de huid veroorzaakt pijn, en gewoonlijk zelfs eene zeer hevige pijn.

De lijders zijn altijd ijverig bezig, hun pijnlijk lid te beschermen, dit maakt dikwijls een indruk van overdreven angstvalligheid.

Bij het onderzoek valt dan verder op, dat de pijnlijkheid niet meer wordt, wanneer men in de diepte doordringt, of wanneer men de gewrichtsvlakten tegen elkaar tracht te bewegen.

Behalve door de pijn, kenmerken de hysterische arthralgieën zich door contractuur van de spieren, die het gewricht bewegen. Deze contractuur bepaalt zich somtijds *wel*, in andere gevallen *niet* tot deze spieren; zij heeft in 't algemeen de neiging zich uit te breiden tot het geheele lidmaat, waarin de pijn zetelt. In dat geval wordt de stand van het lidmaat een andere, dan wij bij de organische aandoeningen waarnemen, en is dit dan een belangrijk diagnostisch hulpmiddel.

De hysterische arthralgieën kunnen gepaard gaan met atrophieën der spieren rondom het gewricht. Volgens Charcot is dit niet dikwijls het geval, minder dan bij de organische gewrichtsaandoeningen. De spieratrofie is bij de hysterische aandoeningen eene meer algemeene, zij strekt zich over grootere uitgebreidheid uit, dan bij organische gewrichtsziekten, evenzoo als dit met de contractuur het geval is.

Voor de diagnose in twijfelachtige gevallen is van gewicht het onderzoek van den patiënt in chloroformnarcose. Deze moet dan voldoende diep zijn, zoo dat alle gecontractureerde spieren goed verslapt zijn. Bij onderzoek vindt men dan, in tegenstelling met de organische gewrichtsaandoeningen, dat er volkomen normale bewegelijkheid bestaat.

Kenmerkend is volgens Charcot het ontwaken van den patiënt uit de chloroformnarcose. Hij is reeds grootendeels *compos mentis*, antwoordt reeds op de vragen, de contracteur ontwikkelt zich reeds, maar van pijnlijkheid in de gewrichten of in de huid is nog niets te bemerken. Deze komt terug, wanneer de lijder ontwaakt is. Dan zijn alle verschijnselen weer zooals te voren aanwezig. Bij de organische gewrichtsziekten vindt men het tegendeel. Het eerste, wat daar terugkeert, is de pijnlijkheid bij de bewegingen van het gewricht.

Het begin der hysterische arthralgieën is gewoonlijk vrij plotseeling. In de periode van meditatie bemerkt men weinig of niets, daarna komen de verschijnselen in eens, terwijl bij organische laesie een langere tijd van gestoorde functie vooraf gaat, vóórdat het ziektebeeld zich tot op zijne geheele hoogte ontwikkeld heeft.

Het bovengenoemde geeft de voornaamste kenmerken der hysterische arthralgieën weer, die aan alle gemeen zijn. In enkele woorden zullen wij nu de afzonderlijke gewrichten, die het meest aangedaan worden, gedenken.

De aandoening van het *kniegewricht* komt volgens Charcot het meest voor. De diagnose geeft hier gewoonlijk weinig moeilijkheden, ofschoon Brodie ¹⁾, drie gevallen mededeelt, waar, bij

¹⁾ Geciteerd naar Gilles de la Tourette.

eene hysterische aandoening van het gewricht, de amputatie verricht is en waar de gewrichtsvlakte normaal gevonden zijn.

Het kniegewricht verkeert gewoonlijk in lichte buiging, wordt geheel onbewegelijk gehouden en is zeer pijnlijk. Deze pijnlijkeid is dikwijls beperkt tot een breeden band om het gewricht, strekt zich echter somtijds over het geheele been uit. Door betasting van het gewricht vindt men echter geen enkel aanknoopingspunt voor eene organische aandoening. Wat voor de diagnose moeilijkheid geven kan, is de aanwezigheid van een hysterisch oedem, eene trophische stoornis, die wij later nog zullen bespreken, maar die herhaaldelijk naast arthralgieën en contracturen voorkomt. Dit oedem is echter niet scherp gelocaliseerd, neemt grooteren omvang aan, zetelt in de huid en daaronder en vertoont niet de locale eigenschappen van een abces, ten minste niet, wanneer het niet door tinctura Jodii of andere prikkelende stoffen al te rood is geworden.

De hysterische *coxalgie* kan voor de diagnose groote moeilijkheden geven. Wanneer men het lijden in zijnen geheelen ontwikkelingsgang heeft kunnen volgen, is de aard daarvan gewoonlijk wel te herkennen. Afgezien van het etiologisch moment, ontwikkelt de aandoening zich anders dan organische coxitis. De periode van het hinken duurt maar kort en heeft iets zeer overdrevens, gewoonlijk liggen de patiënten spoedig te bed; vraagt men ze om op te staan, dan geschiedt dit met moeite en met schokken, ze dreigen herhaaldelijk om te vallen en hebben kennelijk veel meer pijn dan een lijder aan organische coxitis.

De stand van het lidmaat is verschillend. Vindt men den patiënt met de dij tegen den buik gebogen of met het been rechtuit gestrekt, dan is de nerveuse natuur daarvan duidelijk genoeg. Het komt echter ook voor, dat de pathagnomische stand van coxitis nauwkeurig gecopiëerd wordt. Men vindt dan: verkorting, adductie en draaiing naar binnen, of in eene verdere periode verkorting, abductie en draaiing naar buiten. In deze gevallen is men aangewezen op de bovengenoemde algemeene kenteek-

nen der hysterische arthralgieën, en wanneer men nauwkeurig genoeg over den patiënt geïnformeerd is, zal eene vergissing slechts zelden voorkomen.

Nog moeilijker zijn die gevallen, welke *Charcot* genoemd heeft „*d'une forme mixte hystero-organique*,” d. w. z. waar eene organische aandoening zich combineert met hysterische verschijnselen. Voor de praktijk is alleen belangrijk, wanneer de organische aandoening eene tuberculose is, en in narcose is ook hier de diagnose wel te maken.

De overige hysterische arthralgieën, zoo b.v. die van het voetgewricht, de schouders en de elleboog, zijn met in acht-neming van het bovenstaande wel te herkennen.

Haar verloop is zeer wisselend, soms genezen zij spoedig. In andere gevallen recideveeren zij spoedig, en meerdere malen na elkaar. Volgens *Charcot* verdwijnt de hyperaesthesie het laatst, en wanneer deze verdwenen is, bestaat er weinig gevaar meer voor recidief. In andere gevallen is de aandoening zeer hardnekkig, en kan zij jaren achtereen onveranderd blijven bestaan. Vooral het heupgewricht heeft een slechte naam.

Wij komen nu tot de *hyperalgesieën*, die in onregelmatige eilanden over de lichaamsoppervlakte en over de slijmvliezen verdeeld zijn. Dit zijn zeer belangrijke en zeer veelvuldig voorkomende verschijnselen bij Hysterie; zij komen veel meer voor dan de arthralgieën; hunne diagnose is gewoonlijk gemakkelijker, omdat zij meer vergezeld zijn van andere hysterische verschijnselen, en omdat de hyperalgesie eene voor hysterie tamelijk karakteristieke localisatie vertoont.

Verwant met deze pijnlijke plekken zijn de zoogenaamde *hysterogene* punten. Hieronder verstaat men bepaalde, gewoonlijk scherp omschrevene plekken van kleine uitbreidheid, b. v. van de grootte van een' gulden of van een' rijksdaalder, van waaruit men door drukking een hysterisch acces kan opwekken.

Men heeft er veel over getwist, waar deze hysterogene pun-

ten hun zetel hebben, in de huid, in 't onderhuidsche bindweefsel, in de spieren of in de lichaamsorganen. Waarschijnlijk kan drukking van de meest verschillende weefsels aanleiding geven tot de ontwikkeling van hysterische crisen. Soms ziet men, dat lichte aanraking van bepaalde huidgedeelten voldoende is, in andere gevallen moet men eenen krachtigen druk uitoefenen, zoodat inwendige organen waarschijnlijk geprikkeld worden.

Hoofdzak is, dat het centraalorgaan op deze bepaalde ziekelijke wijze op den peripheren prikkel reageert. Een mijner patiënten, die op het hoofd was gevallen, vertoonde een hysterogeen punt op de vertex capitis.

Ook hier zien wij, dat de hysterogene punten afhankelijk zijn van den gedachtengang van den patiënt. Wanneer wij de beschrijving dezer punten voltooid hebben, komen wij hierop nog terug.

Dat de stammen der periphäre zenuwen en hun eindvertakkingen de zetel dezer hysterogene punten zouden zijn, zooals *Pitres* en *Gilles de la Tourette* meenen, schijnt mij door niets bewezen. Dat de zenuwen voor de geleiding der pijnprikkels noodig zijn, spreekt wel van zelf.

Van uit deze hysterogene punten kan niet alleen een acces opgewekt worden, in andere gevallen is het ook mogelijk van daaruit een acces te doen ophouden. Dit is soms mogelijk door sterker te drukken, zoodat bij zachten druk een acces optreedt, 't welk bij sterkeren druk weer verdwijnt. In andere gevallen zijn de plaatsen, van waaruit accessen opgewekt en van waaruit zij bedwongen worden, verschillend gelegen.

De hysterogene punten komen niet altijd overeen met de hyperalgetische plaatsen van de huid. In sommige gevallen is dat wel aldus; men kan dan zien, dat door sterker drukken van eene hyperalgetische plek eerst pijn en daarna een hysterisch acces ontstaat. In andere gevallen bestaat echter dit verband niet, en het kan voorkomen, dat een hysterisch accès kan opgewekt worden van uit eene anaesthetische huidplek, waarbinnen het hysterogene punt gelegen is. Soms vindt men meerdere hys-

terogene plekken op de anaesthetische lichaamshelft. Eindelijk komt het voor, dat het hystergene punt zelf anaesthetisch is.

De huid, waar de hyperalgetische en de hystergene punten gelegen zijn, vertoont niets bijzonders; speciaal ontbreken vasomotorische en trophische verschijnselen.

De plaats der hystergene punten is dikwijls kenbaar door de spontane pijnen, die van hier uit over het lichaam in verschillende richting uitstralen; ook neemt men meerdere malen waar, dat de aura-verschijnselen vóór den aanval van een dezer punten uitgaan.

Deze hystergene en hyperalgetische plaatsen kunnen zeer hardnekkig zijn, zoodat zij jarenlang onveranderd voortbestaan; bekend hiervoor is het ovariaalpunt, dat hystergeen en hyperalgetisch te gelijk kan zijn, en dat men eerst dan ziet verdwijnen, wanneer de ziekte zelf is genezen. In andere gevallen zijn deze plaatsen meer veranderlijk, en kunnen onder den invloed van verschillende omstandigheden allerlei wijzigingen ondergaan. De hysterische accessen zelf hebben hierop grooten invloed, en men ziet door hun optreden herhaaldelijk pijnpunten en hystergene punten komen, verdwijnen en van plaats veranderen.

Onder den invloed van allerlei agentieën kunnen de hystergene punten tijdelijk verdwijnen, zoo b. v. na chloroform of ether narcose, zij komen dan echter spoedig terug. Eene meer duurzame werking heeft gewoonlijk de electriciteit, zoowel de statische als de galvanische, zoowel een locale als eene algemeene behandeling.

Eene analoge maar minder duurzame werking hebben hypodermatische injecties, ook van gedistilleerd water, verder applicatie op de plaats van koude gevende mengsels, locale anaemie enz. De hoeveelheid en het verschil dezer therapeutisch werkende middelen en verder de tijdelijke werking daarvan, toonen voldoende aan, dat psychische invloeden hierbij in het spel zijn.

Bij de bespreking der verschillende hyperalgetische gedeelten volgen wij eene ruwe topographische verdeeling, en bekommeren er ons verder niet om, hoe en waar deze pijnen gelocaliseerd

zijn. Waarschijnlijk wordt bij deze beschrijving allerlei ongelijksoortigs tegelijk behandeld; wij hebben echter geene hulpmiddelen hier eene rationeele scheiding te maken.

In de eerste plaats dan hebben wij de hysteriche hoofdpijnen. Deze zijn van verschillenden aard. In sommige gevallen gelijken zij veel op de in 't vorige hoofdstuk beschreven neurasthenische pijnen.

Dit zijn dan dikwijls verschillende gewaarwordingen van druk op het hoofd, van leegheid of beweging in het hoofd. Zij vertoonেন dikwijls eene afhankelijkheid van psychische inspanning. Gewoonlijk vindt men in deze gevallen een of meerdere punten, die pijnlijk zijn voor druk, en die de lijder gewoonlijk zelf aangeeft.

In de meerderheid der gevallen heeft de hysteriche hoofdpijn een ander karakter, is ze veel heviger, en draagt zij meer het cachet van zuivere pijn, dan dit bij neurasthenie het geval is. De patiënten beschrijven de pijn als borend en stekend, dikwijls gaat die van één punt uit, dat op de *vertex capitis* gelegen is, en het is hun, alsof van hieruit een spijker in hunne hersenen geslagen wordt. Van dit punt uit, dat dikwijls exquisiet hyperalgetisch en hysterogeen is, ontstaan de meest verschillende irradiaties door en over het hoofd heen. Sommigen spreken daarbij van een hersenkramp, een samenknijpen van de hersenen, alsof deze dooreengewoeld worden.

Deze pijnen kunnen bijzonder hevig zijn, en ik heb sterke mannen zien kermen van de pijn. Gewoonlijk komt deze pijn in aanvallen, die echter dagen lang kunnen duren. Een lichtere pijnlijke toestand blijft dan dikwijls stationair, en kan tijden lang bestaan. Zeer frequent is hierbij eene algemeene hyperalgesie van de geheele behaarde hoofdhuid, waarbij de minste aanraking pijnlijk is. De patiënten gebruiken dan allerlei voorzorgsmaatregelen bij het kammen van het haar, bij het opzetten van den hoed enz. Meestal zijn er meerdere pijnlijke en hysteroгене punten, over de huid van het hoofd verspreid, aanwezig, en op al deze punten kan hetzelfde doorborende gevoel

van een in 't hoofd indringenden spijker bestaan. Zoo komt het nog wel eens voor, dat aan weerszijden aan de slapen dergelijke pijnpunten bestaan. Eene mijner patiënten voelde een stang dwars door haar hoofd dringen.

Deze aanvallen van hoofdpijn kunnen vergezeld gaan van allerlei andere verschijnselen, die nu en dan voor de diagnose moeielijkheden kunnen geven. Het is een betrekkelijk gewoon verschijnsel, dat de hoofdpijnen gepaard gaan met braken, met digestiestoornissen, trillingen, lichtschuwheid enz. Men kan dan op een gegeven oogenblik denken een migraine aanval voor zich te hebben. Deze opinie is echter gewoonlijk gemakkelijk te corrigeeren. Migraine aanvallen hebben vroeger ook bestaan, en vertoonen bij denzelfden patiënt een zoo karakteristieke ontwikkeling en verloop, dat vergissing met *clavus hystericus* zelden zal plaats vinden. Evenwel is het mogelijk, en zelfs wel waarschijnlijk, dat aanvallen van regelmatigigen migraine zich bij hysterische lijdens kunnen ontwikkelen. In dat geval kan men natuurlijk geen onderscheid maken.

Behalve met bovengenoemde digestiestoornissen kan de hysterische hoofdpijnaanval zich met andere verschijnselen combineren. Soms vindt men delirante toestanden, zooals die bij acute hysterische aanvallen herhaaldelijk voorkomen. Verder neemt men nu en dan nekstijfheid waar, gewoonlijk is deze wel niet zoo zeer intensief, maar meerdere gevallen zijn bekend, dat zij duidelijk aanwezig was. Wanneer zich nu bij deze verschijnselen nog voegt constipatie en zelfs verhooging der temperatuur, dan kan het niet anders, of bij het gegeven complex van verschijnselen: hevige hoofdpijn, obstipatie, nekstijfheid, deliren, koorts en verlangzaming van den pols, denkt iedereen aan meningitis. Heeft men dan bovendien nog tuberculeuse antecedenten bij den patiënt zelf of in de familie, dan is eene dergelijke diagnose nog meer voor de hand liggend.

De beginselen, die ons hierbij moeten leiden, zijn de volgende: Door de anamnese moeten wij hysterische antecedenten trachten vast te stellen. Dit is niet altijd gemakkelijk, omdat alleen van

hysterische verschijnselen sprake kan zijn, die aan de omgeving opvallen. Het onderzoek zelf moet gericht zijn op hysterogene en hyperalgetische punten. Zelfs in hevige aanvallen van deze z.g. pseudo-meningitische clavius hystericus kan men door druk van hysterogene punten reactie verkrijgen. Ik kon eenmaal door druk op de ovariaalstreek een regulier hysterisch acces te voorschijn roepen. In zulk een geval is twijfel niet mogelijk.

Het veiligst gaat men op de temperatuur af; deze kan in dergelijke gevallen verhoogd zijn, maar gewoonlijk is dit slechts weinig, en neemt men den patiënt meerdere dagen waar, dan is twijfel niet meer mogelijk. Polsverlangzaming is slechts zeer zelden waargenomen. *Pitres* deelt er een geval van mede. Ik heb het nooit waargenomen.

Eindelijk geeft *Gilles de la Tourette* als differentieel diagnostisch hulpmiddel nog op het onderzoek der urine, waarbij de gewone veranderingen gevonden worden van het hysterische acces, zooals wij dat nog zullen bespreken.

De gevallen, dat er ernstig sprake kan zijn van verwisseling van een aanval van hysterische hoofdpijn met meningitis, zijn, geloof ik, zeldzaam.

Onze topographische indeeling der hysterische neuralgieën vervolgend, komen wij tot het aangezicht, tot de hysterische Prosopalgie. Hier kan men verschillende pijnpunten aantreffen. Deze pijnpunten vallen dikwijls samen met de uittreding der zenuwstammen uit de beenderen, zoo vindt men een supra- en een infra-orbitaalpunt, een mentaalpunt.

Drukking op deze punten veroorzaakt een aanval van pijn, die in vele opzichten met de gewone Prosopalgie overeenkomt.

In andere gevallen hebben deze punten hysterogene eigenschappen, zoodat drukking daarop een krampaanval kan veroorzaken.

Een dergelijke pijnaanval kan somtijds ook opgewekt worden door drukking van een elders gelegen hysterogeen punt, zoo b.v. in een geval van *Gilles de la Tourette* van uit een punt in een der intercostaalruimten. Neemt men dit in aanmerking,

dan is het voorkomen van hysterische aangezichtspijn niet aan redelijken twijfel onderhevig.

De pijnaanval zelf verschilt gewoonlijk niet veel van de z.g. *tic douloureux*; ze vertoont dezelfde pijnpunten, waarvan de aanval uitstraalt, en de aanval kan even hevig zijn. Charcot zegt, dat de hysterische prosopalgie voornamelijk 's avonds optreedt, terwijl de andere vorm zich meer 's morgens vertoont. Hoofdzak voor de diagnose moet gelegd worden op de begeleidende hysterische verschijnselen en op de mogelijkheid van het opwekken van een krampaanval door druk op de pijnpunten. De differentieele diagnose is met het oog op de verschillende prognose der beide aandoeningen van gewicht; de hysterische vorm geeft eene goede prognose, ofschoon ze somtijds zeer hardnekkig kan zijn, de zuivere *tic douloureux* is minstens dubieus, gewoonlijk ongunstig te noemen.

Niet ongewoon is de hysterische tand- en kiespijn. Somtijds zijn dit enkele tanden, somtijds zijn het er meerdere, die pijnlijk zijn. In Meer-en-Berg heb ik eene epidemie daarvan bijgewoond onder de *hystericae*. Zij kwamen, de een voor en de ander na, om zich kiezen te laten trekken. Herhaaldelijk werden carieuze kiezen verwijderd, somtijds ook gezonde. Deze epidemie viel samen met een evenzoo besmettelijk bloeden uit het oor. De gemakkelijheid, waarmee hyper-sensibele patiënten zich de kiezen lieten trekken, wees op eene analgesie der mondholte en der dieper liggende deelen, die, zooals wij weten, bij hysterie nog al frequent is. Toen het karakter der epidemie opviel, was ze, bij de weigering om verder kiezen te trekken, spoedig voorbij. Hier lette men dus op het merkwaardige feit, dat bij een *hysterica*, die hevige kiespijn heeft, het trekken van de kies geen of weinig pijn doet, m. a. w. dat het doorscheuren van de zenuw, die pijn doet, onpijnlijk is; dat is natuurlijk niet altijd zoo, maar het komt voor. Dergelijke zonderlinge toestanden kunnen alleen psychologisch verklaard worden, en zij bewijzen, dat de pijn, die eene *hysterica* in een gezonde kies gevoelt, op de een of andere wijze met haar gedachtengang verbonden is,

evenzoo als gelijktijdig bestaande onpijnlijkheid van een ruw ingrijpend geweld dat is. Wij hebben trouwens reeds gezien, dat in anaesthetische lichaamsgedeelten van hystericae, hevige spontane pijnen kunnen voorkomen.

De hysterische *Rachialgie*, die nu besproken moet worden, is een zeer veel voorkomend verschijnsel. Bijna elke patiënt vertoont dit in meerdere of mindere mate. Soms vertoont deze veel overeenkomst met hetzelfde verschijnsel bij Neurasthenie. Gewoonlijk is echter de pijn bij Hysterie heviger. De paraesthetische gevoelens van moeheid, kriebelingen enz., in den rug kunnen beide ziekten gemeen zijn.

De hysterische *rachialgie* kan over den geheelen rug verspreid zijn, deze gevallen zijn zeldzaam. Wanneer men dan met de vingers over de doornuitsteeksels van de wervels strijkt, wordt eene hevige pijn gevoeld, die aanleiding kan geven tot een krampaanval. Gewoonlijk echter zijn de hyperalgetische plekken niet van zoo groote uitgestrektheid, en bepalen zij zich tot enkele wervels, die in het hals-, borst- of lendegedeelte van de wervelkolom gelegen kunnen zijn. Deze pijnlijkheid is, evenals vele andere hysterische pijnen, hoofdzakelijk in de huid gelocaliseerd. Eene lichte aanraking reeds kan hevige pijnen te voorschijn roepen, en de patiënt doen opspingen, wanneer men er slechts naar wijst. In dit opzicht doen de pijnpunten en de rug niet onder voor dezelfde punten op den schedel. Men neemt in zulke gevallen waar, hoe de patiënten zich instinctmatig voor hunne pijnen beschermen, hoe zij b. v. de schouders kunstmatig naar achter richten, wanneer de pijnlijke plaats daartusschen is gelegen. Deze rachialgieën bij hysterie bieden verder geene bijzonderheden aan.

Wij moeten echter nog op eene omstandigheid den nadruk leggen, omdat die praktisch van belang kan zijn. Het kan onder sommige voorwaarden mogelijk zijn, de hysterische *Rachialgie* te verwarren met eene beginnende caries van de wervelkolom. Wanneer de hysterische verschijnselen zich beperken tot eene eenvoudige Rachialgie zonder meer, zou eene dergelijke vergissing

niet plaats kunnen vinden. De Hysterie geeft ons echter zoo talrijke verschijnselen te zien, dat er zeer goed eene combinatie van symptomen mogelijk is, die wèl tot vergissing aanleiding kan geven. Eene dergelijke combinatie is herhaaldelijk waargenomen.

Met de boven beschrevene rachialgie kunnen zich allerlei andere locale en uitstralende pijnen combineeren; er kunnen paraplegische toestanden in de beenen aanwezig zijn, die zelfs een spastisch karakter kunnen vertoonen, en die gepaard gaan met verhoogde reflexen; verder kunnen de beenen anaesthetisch zijn, ofschoon dit bij gelijktijdig aanwezige spastische paralyse niet zeer dikwijls zal voorkomen. De difformiteit van de wervelkolom, die in uitgesproken gevallen van caries, voldoende zekerheid voor de diagnose geeft, is niet aanwezig in beginnende gevallen, en bovendien kan men zich met eene niet te sterk uitgesprokene difformiteit gemakkelijk vergissen. *Gilles de la Tourette* deelt een geval mede, waar men rondom eene beginnende difformiteit, die later bleek niet abnormaal te zijn, vier groote brandwonden had aangebracht. Gelukkig bleek hier tevens eene groote anaesthetische plek aanwezig te zijn, zoodat de patiënt voor pijnen bewaard was gebleven. Het schijnt mij toe, dat men zeer voorzichtig moet zijn om kleinere verkrommingen van de doornuitsteeksels der wervels als ziekelijk op te vatten, vooral wanneer men niet met zekerheid weet, dat zij vroeger niet bestonden.

In dergelijke gevallen, als ik hier schetste, moet men met de diagnose zeer voorzichtig zijn. Ofschoon ik er zelf nooit een waarnam, schijnen zij nu en dan wel voor te komen. Wanneer men eenigen grond tot twijfel meent te hebben, zoekt men nauwkeurig naar andere hysterische verschijnselen. Verder bedenke men, dat bij spondylitis de motorische verschijnselen, de spierstijfheid en de verhoogde reflexen het eerst verschijnen, dat de anaesthesieën gewoonlijk eerst later komen, wanneer de paralyse reeds volledig ontwikkeld is, dat daarentegen paraesthesieën in verschillenden vorm bij spondylitis meer voorkomen

dan bij hysterie. De pijnlijkheid in den rug is bij spondylitis gewoonlijk meer lokaal; pijnlijkheid op de plaats van het ziekelijk proces kan hier ontstaan door drukking op de schouders, wat bij hysterie niet het geval is. Door inachtneming van deze regels zullen vergissingen zelden voorkomen.

De hyperalgetische plekken op de wervelkolom kunnen aan het benedengedeelte daarvan gelegen zijn. Men heeft dan de z.g. *sacrodynie* en *coccygodynïe*. Hier bestaan dan hevige pijnen, die naar verschillende richtingen kunnen uitstralen, en waar de aanraking der huid zeer pijnlijk is. Dit laatste kenmerkt de aandoening voornamelijk tegenover organische ziekten. In een geval, dat als zoodanig herkend was, heb ik de resectie van het os coccygis zien verrichten, zonder eenig resultaat.

Met de pijnlijke plekken op de wervelkolom kunnen zich combineeren allerlei uitstralingen van pijn om den thorax, den hals en den buik heen. Het komt voor, dat bij druk van eene hyperalgetische plek op de halswervelkolom gevoel van samenknijping in de keel ontstaat. Hetzelfde neemt men waar voor de borst en de buikorganen, wanneer de wervelkolom op deze hoogte gedrukt wordt; ook kunnen deze gevoelens spontaan optreden. Hierdoor komt overeenkomst tot stand met dergelijke verschijnselen, die wij bij *tabes dorsalis* waarnemen.

Door uitbreiding van eene hyperalgetische plek naar de tusschenribruimten kan eene localisatie ontstaan, die aan eene intercostaalneuralgie doet denken, en kunnen de pijnen een pleuritisch karakter aannemen. Veel praktisch belang heeft dit niet.

Van meer gewicht is de hysterische aanval van *angina pectoris*.

Reeds bij neurasthenie heb ik er op gewezen, dat volgens de belangrijke onderzoekingen van *Head*, elk orgaan, wat het pijngevoel betreft, door een bepaald huidgedeelte vertegenwoordigd was. Pijn in zulk een orgaan wordt in dit huidgedeelte gevoeld, en tegelijk is dit huidgedeelte hyperalgetisch voor tastgevoel, voor druk enz. Verder bestond bij neurasthenie, en bij hysterie

is dit in niet mindere mate het geval, een irradiatie van pijn-prikkels, d. w. z. een pijnindruk, die in bepaalde gangliencellen opgevangen wordt, plant zich voort naar andere gangliencellen en wordt dus op eene andere plaats aan de peripherie gevoeld. Op deze wijze ontstaat er eene soort van wisselwerking tusschen uitwendige huid en inwendige organen.

Deze wisselwerking vinden wij terug bij de hysterische *angina pectoris*.

Hier vindt men eene hyperalgetische plaats in de hartstreek, en tegelijk de bekende verschijnselen van *angina pectoris*, zooals wij die bij neurasthenie hebben beschreven. Ook bij neurasthenie vonden wij eene overgevoeligheid van de huid der hartstreek, welke zich b. v. openbaarde door het gevoelen van pijn bij normaal sterke hartcontracties.

Voor de differentieele diagnose met aanvallen van organische *angina pectoris* kunnen wij naar het daarvoor medegedeelde onder het hoofdstuk *neurasthenie* verwijzen.

In de huid van het *epigastrium* is dikwijls eene hyperalgetische plek gelegen. Deze zullen wij bespreken, wanneer wij de talrijke hysterische maagstoornissen behandelen.

Bij hysterische vrouwen komt voor de pijnlijke borst, dikwijls ook is beneden elke mamma een pijnpunt, somtijds met hysterogene eigenschappen gelegen. De pijnlijke borst kenmerkt zich door eene sterke hyperalgesie van de normale huid daar ter plaatse. Dit geeft dikwijls groote moeielijkheid met de kleeding, de lichte wrijving hiervan tegen de hyperalgetische huid kan hevige pijnen veroorzaken. De mamma zelf kan gezwollen zijn, en dit kan zelfs gepaard gaan met vermeerderde warmte en roodheid van de huid daarboven. Aanvalsgewijze kunnen hevige, spontane neuralgiforme pijnen optreden. Deze aanvallen kunnen enkele dagen na elkaar duren, of meer of min chronisch voorkomen.

Eene belangrijke hyperalgetische en hysterogene plaats is boven de beide ovarieën gelegen. Hier vindt men de sedert langen tijd reeds bekende *Ovarie*.

Hieraan heeft *Charcot* voor 't eerst de eigenschappen der hyperalgetische en hysterogene plaatsen beschreven en zijne beschrijving daarvan heeft historische waarde verkregen.

Bij het groote meerendeel der hystericae bestaat meerdere of mindere pijnlijkheid in deze streek, zoowel bij druk als spontaan. Het is den practicus bij het onderzoek naar hysterie aan te raden, steeds in de eerste plaats onderzoek te doen naar de aanwezigheid van deze ovarie; het is gemakkelijk en geeft een gewichtig feit voor de diagnose. De ligging der pijnlijke plaats is ten naasten bij constant. Wanneer men de horizontale lijn, die de beide darmbeenkammen verbindt, in vier deelen verdeelt, ligt het punt in quaestie ongeveer op de grens van het eerste en tweede vierde gedeelte. Men leert het natuurlijk gemakkelijk genoeg op het gezicht vinden.

Charcot is van meening, dat de pijnlijkheid in het ovarium zelf gezeteld is. Hij grondt deze bewering vooral hierop, dat de ovarieën als zoodanig zijn te voelen. Wanneer men in de diepte doordrukt is het bij slappe buikwanden mogelijk om den beenrand van den bekkeningang te voelen, en tusschen dezen beenrand en den vinger kan men het ovarium heen en weer schuiven, verondersteld namelijk, dat de pijnlijkheid niet zoo groot is, dat de patiënt het kan verdragen, of dat er voor dien tijd niet reeds een hysterisch acces is opgetreden. Het ovarium is in deze gevallen volgens *Charcot* dikwijls vergroot, somtijds zelfs zoo groot als een klein ei, en is dan exquisiet pijnlijk bij het aanvoelen. Men kan dan constateeren, dat deze pijnlijkheid alléén in het ovarium zelf gelocaliseerd is.

Wat mij betreft, heb ik mij nooit met deze zekerheid hiervan kunnen overtuigen. Gewoonlijk vindt men deze streek bij druk zoo exquisiet pijnlijk, dat men er moeielijk toe komt, om bij wijze van experiment hierop niet te letten en door te drukken. Misschien, dat dit voor een groot gedeelte juist de gevallen zijn, waar het ovarium vergroot is, en dat die dus daardoor aan mijne waarneming ontsnapt zijn. Bij magere personen met slappen buikwand is het mij wel eene enkele maal gelukt, een pijnlijk

ovarium te vinden; het schijnt mij echter toe niet gemakkelijk, en eerst na langdurig onderzoek, uit te maken, of het werkelijk een pijnlijk *ovarium* is, wat men voelt.

F é r é deelt mede, dat in een geval van zwangerschap bij eene hysterica met ovarie, hij het kon vervolgen, hoe met het voortgaan der zwangerschap en met het stijgen van den uterus en van de ovarieën, tegelijk de hyperalgetische plek zich naar boven verplaatste. B a r a d u c kon in een geval van retroversio en retroflexio uteri, van uit de vagina door druk op het ovarium aura-verschijnselen te weeg brengen.

Het pleit echter zeer tegen den zetel der ovarie in het ovarium, dat ook bij mannen, terzelfder hoogte als bij de vrouw, zich op den buikwand eene plaats bevindt, van waaruit men dezelfde verschijnselen kan opwekken, als die de ovarie bij de vrouw kenmerken. Uit het ontbreken van de ovarieën bij den man, zou men, zoo komt het mij voor, ook mogen besluiten tot een ontbreken van pijn in de ovarieën.

De pijnlijkheid in deze streek kan zeer hevig zijn. Ik heb meerdere patiënten gehad, die er hunne kleeding naar inrichtten. Vooral het corset geeft moeilijkheden, zooals dit misbare meubel dat ook in allerlei andere opzichten doet. Gezondheidscorsetten helpen hiervoor maar weinig.

Spontane pijnlijkheid is dikwijls aanwezig; deze is verschillend, somtijds zijn het zeer onbepaalde gewaarwordingen van pijn, die onafgebroken gevoeld worden en alleen bij aanvallen zich verheffen en heviger worden. In andere gevallen zijn het lancinerende naar het epigastrium opstijgende pijnen, die grooten invloed hebben op het welbevinden van den patiënt. Bij de beschrijving der aanvallen zullen wij zien, dat de aura-verschijnselen dikwijls van deze streek uitgaan, en hun bekend verloop nemen. Het kan dan ook voorkomen, dat langeren tijd na elkaar eene soort van aura-gevoel bestaat, zonder dat het tot een accès komt.

De verschijnselen der ovarie zijn in hooge mate afhankelijk van de hysterische accessen. Sommige patiënten kunnen het

komen van hunne aanvallen daaruit opmaken, en als het daar begint te spoken, wordt het mis. In andere gevallen blijft de ovarie na den aanval nog langeren tijd bestaan.

Niet altijd zijn beide ovarieën pijnlijk; in vele gevallen één van beiden en dan meestal het linker. Dit komt overeen met het meerder voorkomen van linkszijdige anaesthesie, en in de meerderheid der gevallen zijn aan de zijde, waar de ovarie het sterkst is uitgesproken, ook alle andere hysterische verschijnselen (anaesthesieën, paresen enz.) het sterkst ontwikkeld.

Behalve dat door druk op het ovarium een hysterisch acces te voorschijn geroepen kan worden, is het somtijds mogelijk daardoor een hysterisch acces tot stilstand te brengen. Door zwakkeren druk wordt dan het acces geboren, dat door sterkeren druk weer verdwijnt. De hystericae der Salpêtrière droegen comprimeerende gordels, wanneer het gewenscht was, een dreigenden aanval niet tot uitbarsting te laten komen.

Men moet zich echter niet voorstellen, dat eene dergelijke compressie therapeutisch effect heeft. Een aanval, die tijdelijk bedwongen wordt, komt op andere wijze wel terug. Bovendien van de hystericae der Salpêtrière wordt medegedeeld, dat zij zich door de malaise, die zij tengevolge van de compressie ondervonden, zich zoo spoedig mogelijk van hunne gordels ontdeden om den aanval te laten doorbreken. De oudere voorstelling, dat door een dergelijken aanval, kwade sappen eenen uitweg vinden, is in dit opzicht nog zoo kwaad niet.

De huid van het scrotum en verder de testes zijn somtijds de zetel van pijnlijke punten of van hysterogene zonen. Hierbij treedt evenzoo de pijn zoowel spontaan, als bij lichte drukking of aanraking op. Het komt voor, dat er te gelijktijd uitstralende pijnen en paretische toestanden in de benedenste extremiteiten optreden. Ook de auraverschijnselen kunnen in het scrotum beginnen.

De hyperalgetische verschijnselen zijn bij Hysterie niet beperkt tot de uitwendige huid; ook op de slijmvliesen, voor zoo ver

die voor inspectie en onderzoek voor ons toegankelijk zijn; d. z. dus de slijmvliezen van oog, oor, neus, mond, vagina en anus, vindt men deze. Dat ook het slijmvlies der inwendige organen dezelfde verschijnselen kan geven, is wel mogelijk; wij weten daarover echter geen enkele bijzonderheid aan te voeren.

Het slijmvlies der neusholte is meerdere malen voorzien van dergelijke pijnlijke plaatsen, van waaruit, zooals de Rinologen ons mededeelen, herhaaldelijk reflexneurosen te voorschijn geroepen worden. Het is waarschijnlijk, dat in deze gevallen, zoo b.v. van reflectorisch asthma, waar de asthma-aanval opgewekt kan worden door aanraking van het neusslijmvlies, of waar eene of andere verandering in het neusslijmvlies gevonden wordt, dat hier de asthma-aanvallen van hysterischen aard zijn. Is in deze gevallen de neus behandeld, dan blijft de oorspronkelijke kwaal, d. i. de hysterie, in onverzwakte mate voortbestaan.

Bekend is het, hoe dikwijls de *spina* in den neus aanleiding geeft tot reflectorische, nerveuse aandoeningen.

De hyperalgetische punten op de slijmvliezen kunnen gelegen zijn te midden van eene anaesthetische of van eene normaal voelende omgeving. In den neus en de pharynxholte bestaan echter dikwijls te gelijker tijd anatomische veranderingen in het slijmvlies. In het algemeen is het gewenscht, deze lokaal te behandelen.

Gilles de la Tourette meent, dat ook het cavum tympani en ook de membrana tympani hysterogene en hyperalgetische punten kunnen vertoonen. Worden deze op eene of andere wijze, hetzij spontaan of door een of anderen therapeutischen handgreep actief, dan kan volgens hem, een aanval van Ménière'sche duizeligheid ontstaan.

Een tamelijk frequent voorkomend hyperalgetisch punt is gelegen in de introitus vaginae. Hiermede combineert zich dan een contractie toestand van den constrictor cunni, volgens den door *Charcot* aangegeven regel, dat hyperaesthesie en spierkramp te zamen gaan, en wij hebben in dit geval voor ons de bekende verschijnselen van *vaginismus*, eene aandoening, die berucht is

om hare hardnekkigheid. Het is niet bewezen, dat elk vaginismus van hysterischen aard is, maar de waarschijnlijkheid hiervoor bestaat. Hierbij is natuurlijk niet uitgesloten, dat eene of andere locale verandering bij wijze van reflex vaginismus veroorzaakt. Evenals echter voor de veranderingen in het neusslijmvlies vermeld is, kan de causale behandeling alleen ten doel hebben, de zenuwziekte te behandelen, die oorzaak is, dat eene dergelijke reflex tot stand kan komen. Bovendien stelle men zich als regel, de vagina van hystericae zoo *weinig mogelijk* te behandelen.

In het bovenstaande hebben wij de belangrijkste hyperalgetische toestanden bij Hysterie besproken. Alvorens dit hoofdstuk te eindigen, hebben wij nog enkele algemeene opmerkingen te maken.

De neuralgiforme pijnen bij Hysterie kunnen, uitgaande van scherp omschreven plaatsen, in accessen optreden, zoodat zij ware aanvallen vormen.

Zoo kan het zijn met de hysterische prosopalgie, met de hysterische aanvallen van meningitische hoofdpijn, van oogenmigraine enz. *Gilles de la Tourette* stelt deze aanvallen gelijk met de hysterische accessen, en grondt zijne opinie hoofdzakelijk op het onderzoek der urine. Hij vond, dat de urine, die geloosd werd gedurende de 24 uur, waarin het neuralgiforme acces begrepen was, vergeleken met de urine van de 24 uur na het acces, de bekende wanverhouding vertoonde van de alcali- en de aardphosphaten. Wij zullen daarop later nog de aandacht vestigen, maar wijzen er hier slechts op, dat het ons van groot belang toeschijnt, de resultaten van *Gilles de la Tourette* en der andere Fransche onderzoekers nader te controleeren.

Zijn bovengenoemde toestanden werkelijk te vergelijken met de gewone hysterische accessen, dan zou dit eene zeer merkwaardige bijdrage tot de leer der monosymptomatische vormen der hysterie zijn. Wij bezitten die in andere opzichten ook wel, zoo b.v. bij de hysterische gewrichtsaandoening, maar wij kunnen dit hier niet op eene dergelijke objectieve wijze aantonen, als

dit met de chemische analyse der urine bij de hysterische accessen het geval is.

Over de hysterogene eigenschappen van al deze besprokene plaatsen nog enkele opmerkingen. Men heeft hier twee meeningen tegenover elkaar. *Charcot* en zijne leerlingen gelooven, dat van de hysterogene punten uit bepaalde prikkels op het centrum, waarmede zij dan den menschelijken geest bedoelen, inwerken, en dat door den pathologischen toestand daarvan, het hysterisch acces te voorschijn wordt geroepen. Deze opinie veronderstelt dus een ziekelijken toestand van den geest, waartegen niemand bij hysterie bezwaar zal maken, maar bovendien ook nog een ziekelijken toestand van de plaats, waar gedrukt wordt.

Wanneer men b. v. op het ovarium drukt, en er ontstaat daardoor een hysterisch acces, dan moet hier ter plaatse, hetzij in het ovarium zelf, hetzij ergens in de omgeving daarvan, eene verandering in de opname van prikkels plaats vinden. Zooals wij gezien hebben, zegt *Charcot*, dat, in overeenstemming hiermede, het vergrootte ovarium door palpatie te voelen is. Bestond deze verandering niet, dan was er geene enkele reden, waarom niet van elke andere plaats van het lichaam eene hysterisch acces zou kunnen opgewekt worden, wat, zooals wij weten, niet het geval is.

De hysterische verandering in cerebro, gepaard met eene verandering in de peripherie, dit zijn volgens *Charcot* in de meest algemeene termen uitgedrukt, de voorwaarden voor het aanwezig zijn van hysterogene punten.

Bernheim heeft eene andere opvatting. Hij gelooft, dat de suggestie uitsluitend invloed heeft op het ontstaan van hysterogene punten. Hij kan deze door suggestie bij hystericae willekeurig te voorschijn roepen. De peripherie, de hysterogene plaats, heeft daar dus, volgens hem, niets mee te maken, maar de ziekelijke toestand zetelt alléén in het cerebrum, en hangt af, zooals zoovele andere hysterische verschijnselen, van den gedachtengang van den patiënt. Een volkomen gezond ovarium, kan dus hysterogene eigenschappen bezitten. Daarom, zegt *Bernheim*, loont het niet de moeite deze

hysterogene punten te beschrijven. De patiënt maakt ze zelf, evenals een hysterica nog zooveel anders verzint.

Het is moeilijk, tusschen deze beide opvattingen eene keuze te doen. Voor de meening van *Bernheim* is veel te zeggen, al was het alleen maar dit, dat zij geheel past in het kader van alle andere hysterische verschijnselen. Het valt echter niet te ontkennen, dat in vele gevallen de psychische oorsprong van een hysterogeen punt voor ons onverklaarbaar blijft, evenzoo als wij niet kunnen begrijpen, waarom zoo talrijke hystericae altijd dezelfde plaatsen daarvoor uitzoeken, zonder dat zij het vooraf afgesproken hebben, of zonder dat wij kunnen aanwijzen, dat door omstandigheden hunne aandacht juist op deze punten gevestigd is. ¹⁾

¹⁾ Voor de verklaring der hyperalgetische verschijnselen raadplege men de hoofdstukken over *idée fixe* en suggestie.

HOOFDSTUK V.

Symptomatologie.

(*Vervolg.*)

B. STOORNIS IN DE VOORSTELLINGEN.

Nadat wij de stoornis in de psychische gewaarwordingen hebben besproken, sluiten wij hierbij aan de stoornissen, die wij waarnemen in de verwerking van de geestelijke gewaarwordingen; dat zijn dus de stoornissen in de voorstellingen.

Deze stoornissen in de voorstellingen zijn bij Hysterie omvangrijker, dan bij neurasthenie het geval was. Bij neurasthenie zagen wij, dat ze alleen van quantitatieven aard waren, d. w. z. dat er alleen stoornissen voorkwamen in den duur en in de intensiteit van de voorstellingen; men heeft dit ook formeele stoornissen genoemd. De inhoud daarvan bleef ongestoord. Bij Hysterie is dit niet het geval. Hier komen ook stoornissen in den *inhoud* van de voorstellingen voor, en hier zien wij het *waandenkbeeld* te voorschijn komen.

Wij zullen evenwel zien, dat het waandenkbeeld, en evenzoo geldt dit van de hallucinatie, bij Hysterie een geheel anderen vorm aanneemt, dan bij de verschillende vormen van waanzin. De waanvoorstellingen bij Hysterici hebben gewoonlijk een objectief begin, eene oorzaak, die buiten den geest van den patiënt is gelegen, en de waan is daar het psychische gevolg van. Bij den echten waan der vecordia bestaat deze uitwendige oorzaak

niet; zij is een geheel subjectief product van een kranken geest. Wij zullen dit later nog nader demonstreeren.

Het op pagina 209 gegevene schema volgende, behandelen wij dus eerst:

1. Verandering in den duur en de intensiteit der voorstellingen.

(De obsessie en het idée fixe).

In onze inleiding hebben wij gezien, dat de primitieve eigenschap der hysterische geestesafwijking bestond in een onbewust worden van een variabel aantal psychische processen, die in normale omstandigheden bewust zijn. Deze eigenschap van den hysterischen geest veronderstelt op zich zelf reeds eene abnormaliteit. In den normalen menschelijken geest heeft dit onbewust worden niet plaats, en het is nu hetzelfde, hoe men deze pathologische eigenschap noemt, zij moet bestaan; laten wij haar met de niet veel zeggende uitdrukking van „zwakheid” betitelen. Deze zwakte geeft, afgezien van de neiging tot onbewust worden van voorstellingen, hare eigene symptomen; eene dezer eigenschappen is de *obsessie*, een verschijnsel, dat wij reeds bij Neurasthenie hebben besproken.

Onder *obsessie* verstonen wij een gevoel, eene voorstelling, eene handeling, die zich door abnormalen duur en door abnormale sterkte in den menschelijken geest staande hield; die, in duur en sterkte onevenredig aan de oorzaak, die haar te voorschijn riep, zich handhaafde, ondanks alle tegenstrijdige associaties en geestesprocessen, die in normale omstandigheden haar stellig buiten de sfeer van het bewustzijn zouden hebben gedrongen.

De obsessie komt bij Hysterie in denzelfden vorm voor als dit bij neurasthenie het geval is.

Eene van mijne patiënten heeft bij tijden den drang om in het water te springen, op andere tijden boven uit haar raam. Deze dwangdenkbeelden komen niet tot dwanghandelingen, maar zij gaan gepaard met een heftig gevoel van angst, zooals

wij dat bij neurasthenie nader hebben toegelicht. Karakteristiek is verder het volkomene inzicht in de ziekte. De lijder is zich bewust van het ziekelijke van de neiging, tracht het op alle mogelijke manieren te bestrijden, maar is volkomen onmachtig, het denkbeeld uit zijn bewustzijns-sfeer te doen verdwijnen.

Eene van mijne patiënten heeft somtijds den dwang, allerlei onkuische woorden te willen zeggen, zulke als de jongens gewoonlijk met krijt op de schuttingen schrijven; tegelijk daarmede heeft zij dan de neiging zich te ontkleeden, zelfs naakt te zijn, als iemand binnen komt. Deze obsessie is des te opvallender, wanneer men weet, dat patiënte van nature zeer kuisch, zelfs zeer preutsch is. Ik beschouw deze obsessie dan ook als ontstaan te zijn door contrast-associatie. Juist omdat zij kuisch is, komen in dezen ziekelijken toestand onkuische woorden in hare gedachte.

Dikwijls vervormt eene beleefde gebeurtenis zich tot eene obsessie, zooals wij dat in het volgende voorbeeld kunnen waarnemen.

Eene hysterica, waarvan de zeer samengestelde ziektegeschiedenis hier niet nader behoeft vermeld te worden, vertoonde op grond van talrijke zelfbeschuldiging, het verschijnsel van voedselweigering. Tengevolge van den begeleidenden exaltatietoestand was het noodig, haar gedurende eenige dagen in eene isoleerkamer te verplegen; de toestand ging toen spoedig terug. Sedert dien tijd heeft het idee van die isoleerkamer en van krankzinnigheid haar niet verlaten. Telkens moet zij daaraan terugdenken, ziet hare omgeving aldoor met de duidelijkheid van eene hallucinatie, en heeft het gevoel, alsof zij daar weer heen moet. Nu en dan verheffen zich deze aanvallen tot delirante toestanden. Zij heeft dan een persoon in zich, die haar toeroept, dat zij naar de isoleerkamer moet, zij wil zich daartegen verzetten, tegen dien inwendigen persoon gaan spreken enz. Die persoon zegt haar, dat zij juist als vroeger in de isoleerkamer tegen den wand op moet springen, dat zij den boel stuk moet slaan enz. Deze delirante aanval duurt van eenige uren tot enkele dagen, en verdwijnt dan plotseling. De herinnering voor

den aanval is tot in bijzonderheden juist, ook het idee, dat haar obsedeert, en dat zij ook in gezonde dagen altijd min of meer bij zich heeft, is haar geheel bewust.

Wij hebben in dit geval dus eene emotie, berustende op eene doorleefde gebeurtenis, op een samenstel van waarnemingen en gevoelens, die zich telkens en telkens in den geest van den patiënt reproduceeren en aanleiding zijn voor eenen exaltatie toestand. Het pathologische hierin is de reproductie van eene gebeurtenis tegen den wil van den patiënt, eene obsessie dus, en de abnormale reactie van den patiënt op de emotie, afwijkingen die beide in den hysterischen geestestoestand hare verklaring vinden. De obsessie als zoodanig komt in denzelfden vorm voor bij talrijke andere psychische ziekten; bij neurasthenie, en bij verschillende degeneratieve neurosen, vindt men ze dikwijls; ook de emotioneele reactie daarop is niet ongewoon.

Een specifiek hysterisch cachet kan deze obsessie verkrijgen door het onbewust worden daarvan. Zooals wij gezien hebben, is de verschuiving van het geestesleven naar het onbewuste een fundamenteel kenmerk van de hysterische ziekteverschijnselen, en juist verschijnselen, die op zichzelf reeds ziekelijk zijn, zooals in dit geval de obsessie, hebben meer of min neiging het cachet van het bewust zijn te verliezen. Wordt de obsessie onbewust, dan noemt men het een *idée fixe*.

Het volgende voorbeeld vertoont deze vervorming van de obsessie tot *idée fixe*.

Dames zijn dikwijls bang voor allerlei beesten. Een mijner patiënten was bang voor katten. Op een middag zag zij eene plaat, waarop eene leelijke kat geteekend was. Zij vergeet dit, denkt er niet meer aan, en 's avonds droomt zij van eene kat, die bij haar in het bed is. Toen ik toevallig op de kamer kom, vind ik de patiënte buiten het bed, met de handen voor de oogen, delireerende over eene kat en volkomen analgetisch. Nadat zij met moeite te bed wordt gebracht, ontwaakt zij langzamerhand en heeft absoluut geene herinnering van haren deliranten toestand, zij zegt alleen over eene kat te hebben gedroomd.

Wij hebben hier dus eene gewone waarneming, die, gegeven de speciale geestestoestand van patiënte, indruk maakt; deze waarneming wordt vergeten of liever wordt onbewust; ze reproduceert zich in den droom, is in den droom weer bewust en wordt bewust herinnerd, maar geeft bovendien aanleiding tot eenen deliranten toestand, die niet herinnerd wordt. Het idée fixe geeft hier dus eenen bewusten droom en een niet bewusten deliranten toestand.

Het geheel onbewust worden van het idée fixe kan men in het volgende voorbeeld waarnemen.

De bovengenoemde patiënte met voedselweigering, bij wie de scène van het verblijf in eene isoleerkamer zich voortdurend reproduceerde, kreeg plotseling, nadat zij weer was begonnen te eten, het verschijnsel, dat zij hare armen en handen niet kon gebruiken om te eten en om te schrijven. Zij had geen enkel verschijnsel van verlamming, maar kon eenvoudig niet eten en niet schrijven, en moest door de verpleegster gevoed worden. Deze onmogelijkheid om de armen te gebruiken voor het eten, kan volkomen op één lijn gesteld worden met de onmogelijkheid om de beenen te gebruiken voor het staan of het loopen, zooals men dat bij astatie-abasie vindt. Het is eene z.g. systematische paralyse, waarover wij later nog nader zullen spreken. Zij begreep er zelf niets van, hoe dit kwam, en klaagde er zeer over; aan simulatie kon in het minst niet gedacht worden.

De oorzaak voor deze systematische psychische paralyse van de arm werd duidelijk, zoodra men de patiënt in somnambulen toestand bracht. Zij vertelde dan direct, dat het kwam door het denkbeeld, dat zij niet mocht eten, omdat zij zoo slecht was, dat zij slecht voor haar man was enz.

Uit haar somnambulen toestand teruggebracht, was patiënte zich weer van niets bewust en vond hare onbruikbare armen even vreemd en onbegrijpelijk als vroeger.

Demonstratief is nog het volgende voorbeeld, waar de in wakenden toestand gegevene inlichtingen ons op een dwaalspoor zouden brengen.

Eene patiënte kreeg elken avond, als zij naar bed ging, een

hysterisch insult, had krampen en sprak wartaal. Op andere tijden kwamen geen insulten voor. De accessen waren twee jaar te voren opgetreden, nadat zij geschrokken was van eene koe in de wei, toen zij bij eene tante logeerde. In hypnose gebracht, zij was somnambule, kreeg zij een hysterisch insult. Na eenige mislukkingen bleef dit weg, en toen vertelde zij in somnambulen toestand het volgende: Toen zij twee jaar geleden bij hare tante op 't land logeerde, had zij bij de tante in het bed moeten slapen, waarin zij een tegenzin had. Zij droomde toen, dat zij naast het lijk van haar oom in 't bed lag, en deze droom reproduceert zich elken nacht en is de oorzaak van het hysterisch acces. In wakenden toestand weet zij hier niets meer van af, en vindt hare accessen zeer onbegrijpelijk en lastig.

De beide laatste voorbeelden vertoonen ons het volledig ontwikkelde idée fixe. Dit is dus eene waarneming, een idée, een gemoedstoestand, die eenmaal ondervonden is, die vergeten wordt, onbewust voort blijft bestaan, en die buiten weten van den patiënt zich plotseling op de eene of andere wijze kan reproduceeren en op die wijze de oorzaak kan worden van de meest ernstige hysterische verschijnselen.

Om den invloed van het idée fixe op de hysterische ziekteverschijnselen nader toe te lichten, ten slotte nog eene ziektegeschiedenis in meerdere details.

In mijn sanatorium werd opgenomen eene patiënte met het dwangdenkbeeld van sterken drang tot suicide; zij geraakte in grooten angst, wanneer zij een mes zag, had de neiging zich daarmede te suicideeren, voelde een mes door haar hals en hare polsen steken. Zij was bang voor een touw, alleen door den drang zich daarmede te suicideeren. Deze toestand duurde reeds een drietal jaren en had patiënte in eene deplorabele conditie gebracht; zij kon niets meer doen en was reeds eenigen tijd in een gesticht voor krankzinnigen in Duitschland verpleegd. Bij hare opname vertoonde zij talrijke hysterische stigmata, heminaesthesie, pharynxanaesthesie, beperking van het gezichtsveld, ovarie enz. Dit dwangdenkbeeld van suicide was bij patiënte

plotseling ontstaan bij wijze van aanval, toen zij in een rijtuig zat. Sedert dien tijd had haar dat denkbeeld niet meer verlaten; somtijds gevoelde zij door haar hals en door hare polsen een mes steken. Op verschillende tijden was het verschillend sterk, voornamelijk afhankelijk van emotioneele toestanden.

Uit de talrijke inlichtingen, die ik ontving, en waaruit bleek, dat patiënte eene tot zenuwziekte voorbeschikte persoonlijkheid was, valt weinig belangrijks te vermelden. Eene gebeurtenis trok mijne aandacht, n.l. de volgende. In den tijd, dat zij nog geëngageerd was, deed zij met haren verloofde eene wandeling. Zij schrok toen van een ongunstig uitziend persoon, die een mes in de hand had. Zij was echter spoedig gerust gesteld, liep verder en ging op eene bank zitten. Toen zij daar eenigen tijd gezeten had, keek zij toevallig om, en zag op korten afstand denzelfden persoon staan, wederom met een mes in de hand. Daarna was zij hevig geschrokken en weggelopen.

Patiënte, die gemakkelijk in somnambulen toestand gebracht kon worden, vertelde, daarover ondervraagd, dat bij het eerste optreden der neiging tot suicide, zij het visioen had gehad van den man met het mes, dat zij dit nog meerdere malen had gehad, en ook thans nu en dan nog. In wakenden toestand wist zij hiervan niets.

Het ligt voor de hand, een verband aan te nemen tusschen de vroeger vermelde gebeurtenis van den man met het mes, en de tegenwoordig bestaande neiging tot suicide.

Het laatste voorbeeld is zeer sprekend voor de werking, de geheel onbewuste werking van het idee fixe bij Hysterie. Jaren en jaren lang kan een idee, een gemoedstoestand zich buiten weten van den patiënt reproduceeren en de ernstigste verschijnselen te weeg brengen. Het blijft beneden het bewustzijn van den patiënt bewaard, en van tijd tot tijd, als een verborgen mijn, exploideert het, of wel het geeft, zooals in ons laatste geval, chronische verschijnselen, die een ernstig lijden kunnen veroorzaken.

Er bestaat in de groote symptomengroep der Hysterie bijna

geen verschijnsel, waarvan het idée fixe niet de oorzaak kan zijn. Zelfs die verschijnselen, die wij als fundamenteel voor de Hysterie hebben beschouwd, de amnesie en de anaesthesieën, kunnen in sommige gevallen haar ontstaan hebben te danken aan het idée fixe. Hysterische accessen, hyperaesthesieën, contracturen, stemmingsanomalieën, al dergelijke verschijnselen kunnen er door veroorzaakt worden. Bij de behandeling dezer verschillende groepen van symptomen komen wij daarop terug.

Ook op de intensiteit der reeds bestaande stygmata heeft het idée fixe invloed; eene reeds aanwezige anaesthesie is op het oogenblik, dat het idée fixe verschijnselen geeft, veel sterker, de verschijnselen van aboulie bereiken hun maximum. Ook op de zuiver lichamelijke functiën kan de invloed van het idée fixe zeer groot zijn. Eene mijner patiënten had tijdens hare delirante phase, volkomen lichtstijve pupillen.

Digestiestoornissen, trophische en vasomoterische afwijkingen zijn zeer gewoon.

Zeer groot is de invloed van het idée fixe op de stemming van den patiënt. De grillige, onberekenbare stemmingsafwijkingen bij Hysterie, die door de vermelding, dat zij grillig zijn, of dat het maar kunsten zijn, ons absoluut onbegrijpelijk blijven, kunnen in sommige gevallen door dergelijke onbewuste geestesprocessen verklaard worden. De grilligheid, het onredelijke van de stemming valt den patiënt dikwijls zelf op, en was in een van de gevallen, die ik waarnam, de oorzaak van vele zelfbeschuldigingen. „Dokter, ik ben een nul, ik weet het eene oogenblik niet, hoe ik een volgend oogenblik zal zijn, nu eens denk ik over een ding zóó, en een volgend oogenblik is dat weer anders, nu eens ben ik boos, dan weer bang, ook wel eens blij, maar dat is zelden. Ik weet niet, wat ik wil, ik ben boos om niets, alles ergert mij, het is soms, of ik dat zelf niet ben, maar of er iets anders in mij werkt; ik doe dingen, die ik niet wil, en ik wil dingen, die ik niet doe. Ik deug voor niets, ik kan niets en ik weet niets.” Het bovenstaande is genomen uit een' brief van eene ontwikkelde vrouw. Dergelijke wisselvallige grillige

stemmingen, het gevoel, alsof er een ander binnen in den persoon zit, die tot opinies en tot handelingen drijft, worden begrijpelijk, als men weet, dat de patiënt gevoelt en handelt onder invloed van een geestestoestand, dien zij zelf niet weet. Eene handeling, eene stemming, waarvan de patiënt zelf de motieven niet kent, moet een vreemden indruk maken en moet leiden tot eene geheele desorganisatie van den geest. In sterk uitgesproken gevallen wordt er van een verborgen persoon gesproken, die tot handelingen drijft. Een mijner patiënten noemde dat haar zieken persoon.

Het idee fixe neemt altijd zijn oorsprong uit een werkelijk feit, of uit eene emotie. Deze feiten kunnen van honderderlei aard zijn. Eene hysterica heeft eene angina. De hoest, die daarop volgt, is echter niet afhankelijk van de angina, maar alleen van het idee, dat zij van de angina heeft. Dit idee behoeft niet bewust te zijn, is dat zelfs gewoonlijk niet. De hoest is echter in hooge mate bewust, dat is *de* ziekte geworden.

Een van mijne patiënten beweerde, een beentje ingeslikt te hebben, wat niet, of hoogstwaarschijnlijk niet waar was. Zijne klachten over pijngevoel in de keel, over strangulatie jaren lang, waren wel waar. Hier was het idee steeds bewust gebleven, en werden de verschijnselen voortdurend aan het beentje toegeschreven.

Op dezelfde wijze ontstaan tremoren, hyperalgesieën, contracturen, oogstoornissen, dubbel zien, enz. enz., door idées fixes; 't zij, dat ze bewust blijven, 't zij, dat de patiënt ze niet meer weet. Traumata zijn dikwijls de uitgangspunten voor idées fixes; deze blijven gewoonlijk bewust, maar hiermede combineert zich dikwijls eene pathologische emotioneele reactie, die onbewust is, zoo b.v. wanneer een hysterisch acces of een delirante toestand er het gevolg van is.

Hysterische paraplegieën kunnen van traumata of van beweerde traumata afhankelijk zijn. De geheele kliniek der traumatische neurose leert ons het trauma als psychische oorzaak kennen voor de verschijnselen daarvan.

Eene van mijne patiënten had in een sous-terrain geslapen en beweerde daarvan reumatiek te hebben. Deze was echter van eenigszins zonderlingen aard. Afgezien van eene diffuse pijnlijkheid, bestond er eene hyperaesthesie en *manchette* rondom de gewrichten, bovendien waren er analgetische plekken op de beenen en eene hysterische paraplegie der benedenste extremiteiten.

Op grond nu van deze voorbeelden, die gemakkelijk door verschillende andere gecompleteerd zouden kunnen worden, kunnen wij het idée fixe op de volgende wijze beschrijven.

Het neemt zijn uitgangspunt uit een waargenomen, een beleefd feit, en deze waarneming gaat gepaard met de eene of andere emotie. Het feit maakt indruk. Deze bewuste indruk kan als zoodanig blijven bestaan en zich in het bewustzijn handhaven. Wanneer hij ondanks alle andere waarnemingen, bewust blijft bestaan, desnoods in intensiteit toeneemt, wordt het tot eene *obsessie* en geeft als zoodanig zijne verschijnselen. Dit is dikwijls het geval. Voornamelijk zien wij dit bij de traumata, die bijna altijd meer of min bewust blijven.

Het kan echter ook zijn, dat de primitieve, emotie of het primitieve denkbeeld, geheel of gedeeltelijk de eigenschap van bewustzijn verliest, juist zooals dit het geval is voor de reeds besprokene anaesthesieën. De primitieve emotie blijft dan even-goed bestaan; ze wordt alleen niet meer geweten door den patiënt. Het feit, dat aan de emotie ten grondslag ligt, blijft gewoonlijk bekend en de patiënt kan dat mededeelen. Het heeft echter voor het bewustzijn zijne waarde verloren, en de lijder spreekt er over als van eene onverschillige herinnering.

Een dergelijk onbewust geworden denkbeeld onttrekt zich aan de contrôle der dagelijksche waarnemingen, juist omdat het uit bewustzijn getreden is. Dit is een belangrijke factor voor zijne intensieve werkzaamheid. Al onze denkbeelden worden dagelijks door onze waarnemingen gewijzigd en gecorrigeerd, gaan voortdurend nieuwe associatieve verbindingen aan en worden daardoor veranderd. Dit is met het idée fixe niet het geval. Eens bestaande, blijft het bestaan, en associeert zich altijd op dezelfde

manier; zijn associatie is ongeremd en kan niet gecorrigeerd worden door nieuwe waarnemingen. Bij de bespreking der suggestie komen wij hierop terug.

De diagnose van het *idée fixe* tegenover andere afwijkingen is, wanneer men de wording er van kent, niet moeielijk. Het onderscheid met een waandenkbeeld is in 't oog springend. Een *idée fixe* begint met een waargenomen feit; aan het denkbeeld of aan de emotie ligt altijd eene objectieve zintuigwaarneming of eene combinatie van waarnemingen ten grondslag. Bij het waandenkbeeld is het uitgangspunt eene hallucinatie of een ander ziekelijk proces in den geest van den lijder. Het waandenkbeeld is en blijft steeds bewust. Het *idée fixe* is in meerdere of mindere mate onbewust.

De groote moeielijkheid is het *idée fixe* zelf aan te toonen. Aan de symptomen, die het geeft, kan men het niet herkennen. Wij zagen reeds, dat de meest verschillende verschijnselen er door veroorzaakt kunnen worden.

In vele gevallen blijft men in het duister rondtasten en komt men niet verder dan tot vermoedens. Men begint met de opname der anamnese en zoekt, of hierin feiten voorkomen, die de oogenblikkelijk aanwezige verschijnselen kunnen verklaren; op die wijze kan men tot een vermoeden komen. Het komt namelijk voor, dat de emoties, die tot het ontstaan van een *idée fixe* geleid hebben, in de tegenwoordige ziekteverschijnselen gecopiëerd worden. Zoo ziet men b. v. een hysterisch acces, waarin telkens delirante uitdrukkingen voorkomen, die betrekking hebben op het feit, dat de eerste oorzaak was van het acces. Het medegedeelde geval, waar in het accès over een lijk gesproken werd, waarnaast de patiënte meende te liggen, is hiervan een voorbeeld.

Verder kan men belangrijke aanwijzingen verkrijgen, wanneer het gelukt den patiënt in somnambulen toestand te brengen. Dan kan men waarnemen, dat het herinneringsvermogen terugkeert voor de vergeten emotie; dat deze dus weer bewust wordt en is dit het geval, dan is het somtijds mogelijk de geheele wordingsgeschiedenis van het *idée fixe* na te gaan. Dikwijls stuit men

hier echter op groote moeielijkheden, en komt men ook in somnambulen toestand niet verder.

Janet deelt mede, dat hij over den inhoud van het idee fixe somtijds nadere inlichtingen kon krijgen door het z. g. automatische schrift. Dit bestaat hierin, dat men den patiënt in een distractietoestand vragen stelt, en dat hij het antwoord opschrijft. Een tweede persoon spreekt met den patiënt en neemt zijne aandacht in beslag, wat met eene hysterica gewoonlijk zoo moeielijk niet is. Onderwijl stelt de medicus met zachte stem de bedoelde vragen, en geeft ongemerkt aan den patiënt een potlood in de hand. Het is dan mogelijk, dat de patiënt de antwoorden opschrijft, zonder dat hij het zelf weet, en dat deze antwoorden de gewenschte inlichtingen bevatten. Deze zijn dan in onbewusten of half bewusten toestand gegeven, juist als die, welke men in somnambulisme verkrijgt. Mij is het niet gelukt, op deze wijze informaties te bekomen.

Afwijkende van den regel, dien ik mij in dit boek gesteld heb, om het therapeutisch gedeelte in een afzonderlijk hoofdstuk te vereenigen, voeg ik, in aansluiting aan de beschrijving van het idee fixe, er tegelijk enkele therapeutische wenken aan toe. Ik doe dit, omdat de therapie onmiddellijk voortvloeit uit de studie van het verschijnsel zelf, en bovendien, omdat ze ons leert, dieper in de beteekenis daarvan door te dringen.

Wanneer men in het verloop der ziekte een of meerdere symptomen heeft waargenomen, die men tot een idee fixe heeft kunnen terugbrengen, is de weg voor de therapie van zelf aangewezen; men behandelt dan niet meer het verschijnsel, maar het idee fixe. Is de oorzaak verdwenen, dan houdt ook het verschijnsel op. Van groot gewicht is dan, dat men den patiënt in somnambulen toestand kan brengen, d. w. z. in eene hypnose, die met volkomen amnesie voor den tijd van de hypnose gepaard gaat. In vele gevallen is dit wel mogelijk, ten minste voor zoover ik er ervaring van heb. Is men zoover, dan tracht men het idee fixe weg te praten; men ondervindt dan meestal, dat dit zoo gemakkelijk niet gaat; alleen is het wel eens mogelijk in recente

gevallen; meestal echter ondervindt men, dat het „sta op en wees genezen,” niet doorgaat. In dit geval beproeft men het indirect door het idée zijdelings te attaqueeren. Wanneer men b. v. in het bovengenoemde geval, waar de patiënt een man met een mes zag, zegt, dat die er niet is, heeft men geen succes, en ontmoet men eenvoudig tegenspraak. Dan kan men op de volgende manier te werk gaan. Die man ziet er zoo erg niet uit; hij is vrij goed gekleed; kijk hem maar eens aan; ziet ge wel, ge behoeft niet bang voor hem te zijn; geef hem maar een hand enz. In het geval, dat patiënt naast een lijk meende te liggen, kan men zeggen: het is geen lijk, voel maar, het is warm, voelt ge de warmte niet enz. Op deze wijze heeft men in vele gevallen succes; is het idée fixe weg, dan is ook het symptoom weg.

In verreweg de meeste gevallen heeft men door het verschijnsel te doen verdwijnen, de ziekte niet genezen; dat blijkt meestal spoedig genoeg. Vele idées fixes zijn uit hun aard hardnekkig, en men heeft veel geduld nodig, ze weg te suggereeren. Men bemerkt na de verdwijning dikwijls spoedig, dat er een of ander nieuw denkbeeld zich op den voorgrond stelt. Dit is niet meer dan natuurlijk. Immers, door een of ander denkbeeld weg te praten, maakt men den bodem, die het vegeteeren van een dergelijk denkbeeld mogelijk maakte, niet beter. Men ziet in een dergelijk geval dikwijls een vroeger denkbeeld, dat zich aan eene vroegere gebeurtenis vastknoopt, op den voorgrond treden, en men heeft dit nieuwe idée te bestrijden. Dergelijke opeengestapelde denkbeelden noemde Janet „*des idées fixes stratifiées*.” Ook kunnen er willekeurig nieuwe idées fixes, naar aanleiding van de meest alledaagsche gebeurtenissen, gevormd worden. Al deze nieuwe denkbeelden moeten wederom afzonderlijk bestreden worden.

Zoolang de oorspronkelijke geestestoestand niet verbeterd is, zoolang de neiging blijft tot het onbewust worden van in gezonden toestand bewuste geestesprocessen, zoolang mag men niet van eene genezing spreken. Dit alles neemt niet weg, dat de ont-

dekking van het *idée fixe*, als psychische oorzaak voor talrijke hysterische symptomen, voor de therapie een belangrijk feit is, en dat het ons naast de andere therapeutische maatregelen een machtig wapen is ter bestrijding van de ziekte. Het *idée fixe* en de verschijnselen, die het geeft, op de gewone wijze behandeld, zijn buitengewoon hardnekkig; de eenige doeltreffende manier, het te laten verdwijnen is de suggestie in somnambulen toestand; daarna blijft de oorspronkelijke hysterische zwaktetoestand te behandelen over. De zoogenaamde *secundaire idées fixes*, die na het verdwijnen van het eerste *idée fixe* ontstaan, zijn meestal minder hardnekkig; omdat men ze direct bij hun ontstaan in behandeling krijgt, en ze daardoor niet die vastheid verkregen hebben, die de oudere denkbeelden kenmerkt.

Een *idée fixe* is verder des te moeilijker te bestrijden, naarmate de emotie, bij het ontstaan er van, grooter is. Men heeft dan te maken met den gewonen invloed van eene hevige emotie, die nog intenser geworden is door het voortwoekeren daarvan, beneden het bewuste leven van den patiënt. Toch heeft de suggestieve behandeling van het *idée fixe* het groote voordeel, dat het eene causale behandeling is.

2. Verandering in de associatie der voorstellingen.

(Suggestibiliteit).

De psychologische studie der hysterie is nog in haar begin, ondanks de belangrijke feiten, die reeds gevonden zijn. Het onderwerp is zeer gecompliceerd, en het onderzoek zelf zeer subtiel. Wanneer men een of ander hysterisch verschijnsel wil onderzoeken, is het daarom zeer gewenscht, de sprekende gevallen te nemen; zulke gevallen, waar het te onderzoeken verschijnsel zeer zuiver en zeer duidelijk aanwezig is. Van uit een dergelijk geval laten zich dan de minder duidelijke gevallen afleiden, en komt men er gemakkelijker toe het gemeenschap-

pelijke, dat oogenschijnlijk zeer verschillende toestanden verbindt, naar waarde te schatten.

Bij de beschrijving der suggestibiliteit gaan wij dus uit van de duidelijke, precise gevallen, en naar de resultaten, die wij hier verkregen hebben, beoordeelen wij de andere.

Gilles de la Tourette, in navolging van *Charcot*, meende alle hysterische verschijnselen uit deze suggestibiliteit te kunnen verklaren. Met *Janet* geloof ik, dat dit niet het geval is. Er komen gevallen van Hysterie voor, waar deze eigenschap slechts matig ontwikkeld is, vooral bij mannelijke hysterie scheen ze mij dikwijls gering toe of te ontbreken.

Evenals voor de andere hysterische verschijnselen, zullen wij trachten aan te toonen, dat de suggestibiliteit zich ontwikkelt uit de oorspronkelijke afwijking der hysterie, n.l. uit de verschuiving van alle psychische processen naar het onbewuste. Deze vernauwing van het bewustzijn kan zich in vele gevallen als suggestibiliteit openbaren. Niet altijd is dit echter zoo, en vandaar, dat men kan opmerken, hoe deze eigenschap somtijds slechts gering ontwikkeld kan zijn.

„La suggestion, c'est l'acte par le quel une idée est introduite dans le cerveau, et acceptée par lui"; op deze wijze definiëerde *Berheim* de suggestie. Wij kunnen ons hiermede niet vereenigen. Deze definitie zegt alles of niets. Op deze wijze worden al onze waarnemingen, gevoelens en denkbeelden tot suggesties teruggebracht. Alles wordt ons door de omgeving opgedrongen; wij nemen al wat wij geestelijk bezitten, op de eene of andere wijze uit de omgeving op en de geheele psychologie zou tot suggestie teruggebracht worden. Men zou tegen eene dergelijke terminologie geen bezwaar behoeven te maken, wanneer het woord suggestie niet reeds in een geheel anderen zin gebruikt werd, en daardoor, bij accepteren van de bovengenoemde definitie, geene groote verwarring zou ontstaan.

Bij de beschrijving der suggestibiliteit zal voldoende blijken, hoe geheel anders wij de beteekenis daarvan opvatten en binnen welke enge grenzen de zuivere suggestie beperkt blijft. Wij

zullen beginnen met het geven van enkele voorbeelden, en merken slechts op, dat deze suggesties alle in z. g. wakenden toestand van den patiënt, geschied zijn. Wij beschouwen den z. g. hypnotischen slaap slechts als een speciaal geval, als een indirect middel, dat er toe kan bijdragen, sommige medische suggesties beter te doen slagen.

Wij beginnen de studie der suggestie met de mededeeling van een typisch geval, een geval, dat eene enorme suggestibiliteit vertoonde, zooals zelden zoo sterk zal voorkomen, maar dat daardoor bij uitstek geschikt is, om de eigenschappen der suggestie in het volle licht te stellen.

N. N. is in wakenden toestand even sterk suggestibel als in hypnose. Ik heb een gewoon gesprek met haar, en zeg een klein weinig met nadruk: Ziet gij die kat wel? Eerst ziet zij die niet; dan noem ik een paar eigenschappen van de kat op, of zeg, dat zij iets doet, en patiënte ziet deze dan ook; zij geeft op vragen eene nauwkeurige beschrijving van het beest, streelt het dier, speelt er mede enz. Men verkrijgt absoluut den indruk, dat zij geheel met de suggestie bezig is en er in opgaat. Van de geheele omgeving bemerkt zij niets, op vragen van anderen aard geeft zij geen antwoord; zij gaat op in haar kat en in niets anders. Haar geheele voorkomen, de stand van haar oogen enz., toonen dit ten overvloede ook aan. Gedurende de suggestie is patiënte geheel gevoelloos. Laat men haar aan zich zelf over, dan eindigt de suggestie spontaan; onderbreekt men ze, dan ontwaakt zij met een kleinen schrik. Na de suggestie is zij deze geheel vergeten; zij herinnert zich niets meer van de kat en van alles, wat zij gezegd of gedaan heeft. Brengt men haar een volgenden keer dezelfde suggestie bij, dan vindt men in het verloop daarvan eene merkwaardige overeenkomst tot in details met de voorgaande; het is *haar* suggestie, die zij altijd 't zelfde zal verrichten, en die verschilt van dezelfde suggestie bij een anderen patiënt.

Aan dit voorbeeld kunnen wij de eigenschappen der volledige suggestie bestudeeren.

De eerste indruk, dien elkeen hiervan verkrijgt is, dat men met eene hoogst ernstigen pathologischen toestand te doen heeft. Wanneer men bij een gezond mensch zoo iets beproefde, zou men eenvoudig uitgelachen worden. Hij zou de kat niet zien, en zou die niet kunnen zien.

Om dit verschil te begrijpen, moeten wij de verschijnselen eenigszins nader ontleden. Wanneer wij eene of andere eigenschap van eene kat of den naam daarvan waarnemen, associëeren zich daarmede de andere eigenschappen van de kat. Al deze associaties staan echter onder den invloed van voortdurend toevloeiende andere waarnemingen, en van den geheelen gedachtengang van het individu; zij worden daardoor gewijzigd en willekeurig of niet willekeurig onderbroken. De geheele serie van associaties wordt daardoor nooit zoo volledig als voor het geval, dat men werkelijk eene kat ziet. Neemt men eene kat waar, dan ziet men haren vorm, hare bewegingen, hare pooten, men hoort haar geluid, men gevoelt hare huid, hare haren enz., in een woord men verkrijgt eene ononderbroken rij van tallooze gewaarwordingen en deze rij is, wat men noemt, de objectieve waarneming van een kat. Bij den normalen mensch is de waarneming van ééne van de eigenschappen van de kat, dus ook b.v. het hooren van het woord, nooit in staat om die lange rij van eigenschappen, langs associatieven weg in het leven te roepen, die bij de waarneming van eene kat in onzen geest ontstaat, en hieruit volgt, dat het waarnemen van eene eigenschap, in casu het gehoorde woord, *nooit* geassocieerd is met de objectieve voorstelling van de kat.

Dit is bij hysterie wel het geval, en hierin vinden wij de fundamenteele stoornis der suggestie.

Wanneer bovengenoemde hysterica het woord kat hoort, associëeren zich daarmede onmiddellijk alle andere voorstellingen, die zij van eene kat heeft, en deze geheele rij van voorstellingen geeft, evenals dat bij den gezonden mensch het geval zou zijn, de objectieve waarneming van de kat; in dit geval dus eene *hallucinatie*.

Dit aangenomen, komen wij onmiddellijk voor de andere vraag: hoe is het mogelijk, dat bij hysterie deze associatie der andere eigenschappen zoo onbeperkt doorgaat, zoo weinig gestoord wordt? Deze stoornis laat zich terugvoeren tot de oorspronkelijke eigenschap van alle hysterische symptomen, de verschuiving daarvan naar het onbewuste, de beperking van het veld van het bewustzijn, zooals *Janet* dat genoemd heeft.

In bovengenoemde observatie hebben wij gezien, dat de patiënt geheel in hare suggestie geabsorbeerd was, en dat van de geheele omgeving niets tot haar kwam. De stem van dengene, die de suggestie gegeven heeft, maakt hierop eene uitzondering.

Men kan waarnemen, dat, wanneer de suggestie-gever plotseling van onderwerp verandert, de geheele suggestie onderbroken wordt; blijft hij daarentegen in denzelfden gedachtengang doorgaan, dan heeft dit ten gevolge, dat de suggestie intenser wordt.

Ook komt het wel voor, dat eene plotselinge waarneming uit de buitenwereld tot bewustzijn komt; is dit het geval, dan is meteen de suggestie onderbroken, en deze wordt dus daardoor niet gewijzigd, zooals eene normale waarneming, maar houdt daardoor op. Het verloop der suggestie wordt dus niet door intercurrent opgevangene en bewust gewordene waarnemingen onderbroken, en hiermee is eene groote stoornis in elke associatieve werkzaamheid reeds geëlimineerd. Dit is echter nog niet de voornaamste oorzaak daarvoor.

Deze oorzaak vinden wij in het geïsoleerd blijven van de associaties, in het feit, dat zij zich niet verbinden met den inhoud van de persoonlijkheid. Zij loopen geheel automatisch af, en treden niet in verband met het bewustzijn. Het geheele gedrag van den patiënt, zijn uitwendig voorkomen gedurende het verloop van de suggestie, wijzen hier reeds op. Wij merkten op, dat hij niet deed, zooals een gewoon mensch, en de latere amnesie voor het gebeurde tijdens de suggestie bewijst dit ten overvloede. De suggestie in haar associatief verloop kan dus geheel tot stand komen, en daardoor kan ongehinderd de

objectieve voorstelling, de hallucinatie, ontstaan; hare ontwikkeling wordt nòch door uitwendige prikkels, nòch door inwendige prikkels, d. z. de voorstellingen, gevoelens, ideeën enz. van den persoon zelf, onderbroken. De redenen, die eene associatie kunnen wijzigen, vallen weg, en *dus* komt deze ongehinderd tot stand.

Hiermede hebben wij het zoo opvallende verschijnsel der *suggestibiliteit* teruggebracht tot de primitieve hysterische stoornis, en haar leeren kennen als eene bijzondere ontwikkeling daarvan. Dit automatisch verloop der suggestie, waardoor ze niet door intercurrente voorstellingen en waarnemingen gestoord wordt, maakt ons verschillende van hare eigenschappen duidelijk.

Eene suggestie verloopt onvermijdelijk, d. w. z. zonder nadenken, zonder toedoen en zonder medeweten van de persoonlijkheid wordt tot de daad, indien deze gesuggereerd is, overgegaan. Hierdoor verkrijgt eene gesuggereerde daad dat vaste, niet hetiseerende karakter, en hierdoor worden de crimineele suggesties ons begrijpelijk, die niet alleen in het laboratorium voorkomen, maar die in het maatschappelijke leven eene grootere plaats innemen, dan men algemeen wel denkt. Bekend zijn de gevallen van violatie door suggestie in somnambulen toestand.

Treedt de suggestie niet in verband met de overige elementen van de persoonlijkheid, dan volgt daaruit ook hare amnesie gedurende het bewuste leven, terwijl de herinnering er aan terug komt, zoodra men dezelfde suggestie weer te weeg brengt. Hierdoor wordt een belangrijk aanknooppingspunt gegeven met de somnambule toestanden, waarover wij later nog zullen spreken.

Een afzonderlijken vorm neemt de suggestibiliteit aan door de z. g. post-hypnotische suggestie. Het is n. l. mogelijk, eene suggestie eerst over eenigen tijd te laten plaats hebben. Deze komt dan in de goed uitgesproken gevallen even zeker en geheel onder dezelfde verschijnselen tot stand, als bij de directe suggestie. Men zegt den patiënt, dat hij over eenigen tijd iets doen zal, iets zal gevoelen of denken.

Ook dit verschijnsel laat zich verklaren door de automatische

associatie der denkbeelden, die onafhankelijk van het bewuste leven, niet gestoord wordt door de bewuste geesteswerkzaamheid, maar als het ware daar beneden zijn eigen bestaan voortzet. Dagen en weken lang blijft eene dergelijke suggestie, zonder medeweten van den patiënt zelf, bestaan, totdat zij zich op het vooruit bepaalde oogenblik in eene handeling omzet.

Ook voor deze post-hypnotische suggestie vindt men dezelfde amnesie; de patiënt weet zich absoluut geene rekenschap te geven van wat hij gedaan heeft. Men moet het hem mededeelen. Hierop komen min of meer sprekende uitzonderingen voor, die een eigenaardig licht op deze feiten werpen.

Het komt n. l. herhaaldelijk voor, dat de amnesie niet compleet is, of dat de persoon zijne eigen daad bemerkt. Hij staat dan voor een raadsel, omdat de motieven tot zijne daad hem onbekend zijn. Ook komt het voor, dat hij de daad weet, voordat die gedaan is; de persoon bemerkt dit door de neiging, die hij heeft om iets te doen, eene neiging, die hij in vele gevallen kan bedwingen, maar waarvan het vreemde en ongemotiveerde hem altijd hinderlijk opvalt.

In andere gevallen is de zich verwezenlijkende suggestie geheel bewust, en blijft alleen het motief, d. i. in dit geval dus de suggestie zelf, voor den persoon verborgen, zoo b. v. bij eene gesuggereerde post-hypnotische hallucinatie, waar de patiënt voor hare eigene hallucinatie verschrikt. Bij de behandeling van het idee fixe hebben wij dergelijke verschijnselen reeds vermeld, en iedereen zal getroffen zijn door deze bijna volledige overeenkomst.

Het is in het oog vallend, hoe groot de overeenkomst is tusschen het volledig ontwikkelde idee fixe, en de daar juist besprokene suggestie. Het idee fixe hebben wij beschouwd, als eene afwijking in den duur in de intensiteit der voorstellingen; omdat het, nauw verbonden met de obsessie, daarvan de hardnekkigheid, de intensiteit en de extensiteit vertoonde. In een ander opzicht nadert het idee fixe tot de suggestie, en verschilt het van de obsessie. Het idee fixe is evenals de

suggestie eene associatiestoornis, in dien zin, dat de associatie, onttrokken aan de correctie van de bewuste waarneming en niet daardoor gecorrigeerd, ongestoord en onvermijdelijk haren gewonen gang neemt. Wij zullen deze eigenschap bij de hallucinatie wederom terugvinden.

Het idee fixe is dezelfde associatiestoornis langs natuurlijke weg, wat de suggestie is langs kunstmatigen weg. Zij vertoonen beide dezelfde automatische ontwikkeling en zijn beide afgescheiden van de bewuste persoonlijkheid. Beide bestaan onafhankelijk van den bewusten wil, en op een gegeven oogenblik kunnen beide tot handelingen aanleiding geven, die bewust of onbewust het geestelijke evenwicht verstoren. Het is vooral de bijzondere vorm der suggestie, die de post-hypnotische suggestie genoemd wordt, waarin deze gelijkenis het meest duidelijk is. Beide beginnen met een waargenomen feit, in 't eene geval de gegeven suggestie, in 't andere geval de gebeurtenis, waarvan het idee fixe uitgaat. Daarna worden beide onbewust, totdat de explosie komt; in 't eene geval de zich verwezenlijkende suggestie, in 't andere geval de verschijnselen van het idee fixe.

In het bovenstaande hebben wij de eigenschappen der suggestibiliteit beschreven, wanneer deze volkomen ontwikkeld is. Hare beide hoofdeigenschappen, het ongestoorde associatieve verloop en de amnesie, hebben wij kunnen terugvoeren tot de vernauwing van het bewustzijn.

De suggestibiliteit komt in talrijke graden voor, wat zich openbaart door het niet geheel automatisch associatieve verloop der suggestie, en eene niet volkomene amnesie daarvan in het bewuste leven. De normale waarnemingen en denkbelden van de persoon grijpen als het ware storend in op het verloop van de suggestie, en corrigeeren ze, waardoor de hallucinatie niet tot stand kan komen. Meerdere malen is men in de gelegenheid eene suggestie zich half te zien verwezenlijken; de patiënt denkt er aan, voert het echter niet uit, of blijft gedurende eenigen tijd weifelende. Ik nam eens waar, hoe eene gegevene suggestie niet opgevolgd werd; maar hoe zij voor den dag kwam, toen onder den invloed van eene schade-

lijke omstandigheid, momenteel de ziekteverschijnselen erger waren. Zeer verwonderd was een andere patiënt, bij wien eene suggestie niet slaagde, toen ik zijne gedachten kon raden.

Belangrijk is de suggestibiliteit voor de prognose van de Hysterie. Zoolang deze onverzwakt blijft bestaan, zoolang is Hysterie niet genezen, ook al zijn alle hinderlijke symptomen verdwenen. Hierdoor wordt het getal der z.g. genezene gevallen van Hysterie met minstens 90 procent gereduceerd. Dit neemt niet weg, dat ondanks de bestaande suggestibiliteit de subjectieve toestand van den patiënt aanzienlijk verbeterd kan zijn.

De suggestie is, zooals wij naderhand nog zullen zien, een uitstekend hulpmiddel in de therapie der hysterie, de geneeskrachtige werking daarvan is in haar pathologisch karakter zelf opgesloten; men zou hierin een voorbeeld kunnen zien, om aan te toonen, dat homoeopathie geene kwakzalverij zou zijn. Dit echter daargelaten; wij komen voor de vraag te staan, in hoeverre wij over therapeutische maatregelen beschikken om deze suggestibiliteit zelf te doen verminderen, voor zooverre die niet reeds alleen door de verdwijning van hinderlijke ziekteverschijnselen genezen wordt. In het hoofdstuk therapie komt dit nader ter sprake.

De beschrijving der suggestibiliteit zal een ieder hebben doen zien, dat dit heel wat anders is, dan *Bernheim* en zijne school daarmede bedoelen, en dat zij een zeer onvoldoend onderscheid maken tusschen de hypnosen met amnesie, die waarschijnlijk alleen bij hysterici voorkomen en de hypnosen uit welwillendheid. Het komt niet in het minst bij mij op de therapeutische waarde van laatstgenoemde hypnosen te ontkennen, integendeel pas ik ze zelf herhaaldelijk en met goed gevolg toe. Ik wil er alleen op wijzen, dat men hemelsbreed verschillende dingen niet mag verwarren en niet denzelfden naam mag geven.

Eene stoornis in de associatie, waaraan wij nog even moeten herinneren, is de versnelde associatie, die, zooals wij dat uitgebreid bij neurasthenie hebben beschreven, tot gedachtenvlucht kan voeren. Eene van mijne patiënten, die door suggestie in

somnambulisme genezen was van een idée fixe, dat jaren lang bestaan had, vertoonde dit verschijnsel in hooge mate. Zij kon nachten lang niet slapen, omdat zij voortdurend van 't een op 't ander kwam, en altijd maar moest blijven „denken.” Het verschijnsel is geheel hetzelfde als bij neurasthenie.

3. Verandering in de reproductie der voorstellingen.

(Amnesieën).

In het voorgaande is reeds herhaaldelijk sprake geweest van amnesieën. Dit was echter onder bijzondere omstandigheden. Zoowel bij het idée fixe, als bij de suggestie, hebben wij gezien, dat altijd een of ander gedeelte vergeten, dat wil in deze gevallen zeggen, onbewust werd. Wij hebben er op gewezen, dat van een verdwijnen van de herinnering geen sprake kon zijn, want dan zouden de gevolgen daarvan ook moeten verdwijnen, en zou het idée fixe niet die symptomen kunnen geven, die wij dagelijks hebben te behandelen.

Bij de nu te bespreken amnesieën is het niet anders. Ook hier is nooit sprake van een te niet gaan van herinneringsbeelden, evenmin als bij neurasthenie. Bij neurasthenie zijn de omstandigheden echter anders, dan bij Hysterie. Wij zagen daar, dat van eene eigenlijke amnesie geen sprake kon zijn, tenminste in de meerderheid der gevallen niet, omdat er gewoonlijk niets opgenomen werd, en er dus ook niets herinnerd kon worden. Van echte amnesieën was bij neurasthenie geen kwestie, herinneringszwakte komt misschien nu en dan wel voor.

Bij Hysterie vinden wij zuivere amnesieën, echter niet in den vorm, zooals wij ze bij organische hersenaandoeningen aantreffen, waar het herinneringsbeeld geheel verloren gaat of verzwakt wordt; maar in eenen bijzonderen vorm, die karakteristiek is voor de ziekte. De stoornis bij Hysterie zetelt wederom in het onbewust zijn der herinnering; als zoodanig bestaat ze wel, maar de herinnering wordt niet geweten door den patiënt. Evenzoo

als men voor anaesthesieën, verlammingen enz. kan aantonen, dat in werkelijkheid het gevoel en de beweging wel bestaat, evenzoo kan men ook aantonen, dat de herinnering wel aanwezig is, en dat ze, ofschoon door den patiënt niet geweten, haar invloed op het normale geestesleven kan blijven behouden.

De amnesieën komen bij Hysterie zeer veel voor, en in zekeren zin kan men het meerendeel der hysterische verschijnselen daartoe rekenen. Eene anaesthesie is ook eene stoornis in de bewuste herinnering; van eene paralyse kan men zeggen, dat het eene amnesie is van bewegingsvoorstellingen enz.

De amnesieën komen bij Hysterie veel meer voor, dan men algemeen wel meent. Wij kunnen in onze behandeling van deze verschijnselen echter kort zijn, omdat veel, wat vroeger reeds gezegd is, speciaal wat bij de beschrijving der anaesthesieën is opgemerkt, ook van toepassing is op de amnesieën.

De amnesieën behooren tot de z.g. oorspronkelijke verschijnselen der ziekte; zij zijn de ongecompliceerde openbaringen van de neiging tot onbewust worden van de psychische processen, juist als de anaesthesieën dat zijn.

Vele andere hysterische verschijnselen kunnen eerst secundair tot deze oorspronkelijke hysterische afwijking teruggebracht worden. Sommige worden b.v. veroorzaakt door een *idée fixe*; het *idée fixe* is echter eene geheel of gedeeltelijk onbewust geworden obsessie. Het verschijnsel, dat door een *idée fixe* veroorzaakt wordt, is dus slechts een *indirect* gevolg van de primitieve hysterische afwijking. Op dergelijke manier zijn allerlei complicaties in de verschijnselen dezer ziekte mogelijk, die wij bij lange na nog niet alle tot hare eenvoudigste componenten kunnen terugbrengen.

Wij zullen onder dit hoofdstuk niet alle amnesieën behandelen, die bij Hysterie voorkomen. Aan het somnambulisme wordt een afzonderlijk hoofdstuk gewijd, evenzoo aan het hysterisch acces en aan de hysterisch delirante toestanden. Al deze afwijkingen gaan met eene meer of min volledige amnesie gepaard,

die afzonderlijk bij het syptoom in quaestie besproken zal worden.

Hier behandelen wij die amnesieën, die om zoo te zeggen, onder het gewone hysterische leven doorloopen.

Zeer algemeen is de klacht over een zwak herinneringsvermogen; in elk zwaarder geval van Hysterie kan men dit constateeren. In vele gevallen is het zeer sterk, en de patiënt is niet bij machte iets te onthouden. Laat men hem een kort eenvoudig berichtje uit de courant lezen, dan is het hem onmogelijk, ook al heeft hij het talrijke keeren gelezen en herlezen, er iets van na te vertellen. Soms blijven de laatste 2 of 3 woorden een oogenblik lang hangen.

Bij een van mijne patiënten ging deze memorie-zwakke gepaard met de bekende nerveuse gedachtenjacht. Zij las in één dag een geheel roman uit, maar wist daarna absoluut niets meer van den inhoud, wist zelfs den titel van het boek niet meer.

Bij neurasthenie hebben wij een dergelijk verschijnsel gezien; ook de neurasthenicus kan somtijds niet weergeven, wat hij in een paar regels schrift gelezen heeft. Hier heeft het echter een anderen grond; omdat er bij hem niets opgenomen wordt, heeft hij dus niets, wat hij onthouden kan. Dit blijkt, wanneer men tijdelijk de aandacht kan boeien; dan blijkt gewoonlijk, dat de neurasthenicus zich zeer goed iets herinnert. Bij hysterie komt eene dergelijke pseudo-amnesie ook wel voor. De aandacht van eene hysterica is gewoonlijk gemakkelijk in beslag genomen, en van al, wat er dan om haar heen geschiedt, bemerkt zij niets en kan zij zich dus ook niets herinneren.

Deze memoriezwakte maakt, dat de lijders niets nieuws kunnen leeren. Dit verschijnsel valt hun gewoonlijk op, en zij deelen dit aan den medicus mee. Zij miskennen er echter gewoonlijk de oorzaak van, en weten niet, dat hunne amnesie daarvan de schuld is, evenals dit met de anaesthesieën het geval is. Deelt men het hun mede, neemt men met hen de proef, dan zien zij het in.

De eigenschappen der Hysterische amnesie bestudeeren wij het best aan de hand van een voorbeeld. Omdat ik niet be-

schik over een zeer karakteristiek geval, ontleen ik er een aan Janet, dat ik verkort weergeef.

„Mm D.... heeft naar aanleiding van eene hevige emotie een hysterisch acces gehad. Uit dezen aanval is zij ontwaakt in eenen eigenaardigen geestestoestand: 1°. was zij vergeten, alles wat gedurende de twee vorige maanden gebeurd was, en 2°. was zij ongeschikt geworden één enkele nieuwe herinnering te verkrijgen en te behouden.

In dezen tijd werd zij gebeten door een dollen hond, zij kwam naar Parijs, werd door Pasteur ingeënt enz. Van dat alles wist zij niets meer. Acht maanden na het acces, kon zij nog niet een naam of een feit langer dan eene minuut onthouden, daarna was zij alles vergeten. Zij herinnerde zich *niet* den naam of het gezicht van de verpleegsters, met wie zij dagelijks omging. Deze complete amnesie heeft negen achtereenvolgende maanden geduurd, rekent men hierbij de twee maanden amnesie vóór het acces, dan duurde alles te samen dus 11 maanden.

Deze amnesie had hare eigenaardige eigenschappen. Het kwam voor, dat Mevr. D. in haar droom sprak over den dollen hond, die haar gebeten had, over de doktoren in de Salpêtrière, in een woord over alles, wat zij beleefd had en wat zij geheel vergeten scheen te zijn. Zij kende, zooals gezegd, de verpleegsters niet, maar wanneer zij ging wandelen, nam zij altijd plaats naast de verpleegster, waarbij zij behoorde; of wanneer zij een hond zag, nam zij onmiddellijk de vlucht, ofschoon zij vroeger nooit bang voor honden was. Ook wederom dus zonder twijfel bewijzen, dat zij herkende, en dat zij dus herinnerde.

Hieruit is het duidelijk, dat er van een werkelijk te niet gaan van herinneringen geen sprake is. Wanneer de geest automatisch bezig is, wanneer niet met bewustheid naar de herinnering gezocht wordt, blijkt het, dat deze aanwezig is. Alleen wanneer de persoon zich iets *wil* herinneren, wanneer hij de herinnering zoekt, is deze spoorloos verdwenen. Dit is juist hetzelfde, als wij dat vroeger voor de anaesthesieën hebben in het licht gesteld, en zooals dat voor alle hysterische stygmata

geldt. Vandaar, dat in vele gevallen de amnesie aan den patiënt zelf onbekend is, en dat deze zich zeer verwonderd toont, wanneer men hem demonstreert, dat hij zooveel vergeten is. De herinneringstoornis mag dan echter niet zoo volledig zijn, als in het bovengenoemde geval, zooals wij dat ook bij de anaesthesieën hebben opgemerkt. Een patiënt weet het niet, dat hij eene extreme gezichtsveldbeperking op beide oogen heeft, maar wèl ontdekt hij het, wanneer deze gezichtsveldbeperking geheel tot blindheid wordt.

Het voorgaande voorbeeld is eene algemeene en continueele amnesie, die alle psychische processen in gelijke mate aandoet.

In vele andere gevallen is de amnesie minder algemeen. Het volgende voorbeeld is zeer demonstratief, ook voor de combinatie van amnesie met *idée fixe*.

Eene van mijne patiënten is sedert eenige dagen angstig en ongedurig. Zij weet volstrekt niet, hoe hare abnormale stemming komt; maar omdat zij dat van zoo vele andere verschijnselen van hare ziekte ook niet weet, stelt zij zich tevreden met de verklaring, dat het uit haar zelf komt.

Zij weet zich alleen te herinneren, dat zij gedurende eenige nachten slecht geslapen heeft.

In somnambulisme vertelt zij echter het volgende.

Een van de verschijnselen van hare ziekte is de ook bij neurasthenie voorkomende gedachtenjacht. Wanneer zij alleen is, vooral wanneer zij slapen gaat, vliegen hare gedachten van 't een op 't ander; zij werkt dan bij zichzelf allerlei avontuurlijke geschiedenissen uit, maakt zich boos, is onrustig enz. Dit was de laatste nachten ook het geval geweest. Zij had nu hare ziekte tot onderwerp van hare gedachtenjacht, stelde zich voor, dat zij voortdurend erger ziek werd, dat zij boos werd, met iedereen vocht, dat men haar sloeg, haar opsloot, dat zij zich de kleeren van het lijf scheurde, en dat zij eindelijk naakt rondliep. Telkens had zij getracht haren gedachtenloop te wijzigen, maar telkens viel zij in denzelfden kring van denkbeelden terug. Dit had haar zeer angstig gemaakt, vooral ook daarom, omdat zij

zich steeds moest voorstellen, dat zij erger ziek werd. Bijna den geheelen nacht had zij aldus onrustig in wakenden toestand doorgebracht. Dit was de verklaring, die zij in somnambulen toestand van het ontstaan van haren angst gaf.

Welnu, in wakenden toestand weet zij van dit alles niets. Zij is het totaal vergeten; het eenige, wat zij weet te vertellen is, dat zij eenige onrustige nachten heeft gehad, en dat zij zoo angstig en ongedurig is.

Wij hebben dus in dit geval een systeem van denkbeelden, een groep ideeën, die zich om eene bepaalde voorstelling rangschikt en daarmee associatief verbonden is, zoodat het geheel een systeem vormt, en dit systeem is spoorloos verdwenen. Zelfs wanneer ik aan patiënte in wakenden toestand de wording van haren angst mededeel, weet zij daar niets van af, en gelooft zij mij alleen, omdat zij van meening is, dat ik haar niet zal bedriegen. Toch bestaan de herinneringsbeelden nog ongeschonden, want in somnambulisme deelt zij alles nauwkeurig mede, en bovendien blijkt ook in wakenden toestand, dat de emotioneele reactie op deze denkbeelden, de angst, nog in onverzwakte mate aanwezig is.

Dergelijke amnesieën, waar een geheel systeem van psychische processen verloren gegaan is, heeft men *gesystematiseerde amnesieën* genoemd. Zij komen overeen met de z. g. gesystematiseerde paralyzen, waar een systeem van bewegingen is teniet gegaan, zoo b. v. de astasie-abasie, waar de bewegingen, die voor het staan en loopen noodig zijn, zijn opgeheven; terwijl alle andere bewegingen op normale wijze verricht kunnen worden.

Andere voorbeelden zijn die goed geconstateerde gevallen, waar de patiënt plotseling eene taal, die zij gekend had, vergeten was, of waar eene belangrijke gebeurtenis uit het leven, met al de gevolgen daarvan, uit de herinnering was verdwenen.

In wederom andere gevallen is de herinnering opgeheven voor bepaalde tijden uit het leven; men noemt dit *gelocaliseerde amnesieën*, evenals men spreekt van *gelocaliseerde anaesthesieën*.

De amnesieën treden voornamelijk op voor toestanden, gedurende welke men min of meer acute verschijnselen waarneemt. Een van mijne patiënten kan midden in een gesprek, dat ik met haar houd, plotseling beginnen te divergeeren. Zij miskent dan de omgeving, begint b. v. plotseling te vertellen, dat zij in Duitschland is, zegt, dat zij mij niet kent, vraagt, of ik de dokter ben, of zij ziek is, en of zij nu Duitsch moet spreken enz. Dergelijke toestanden, die voornamelijk na hysterische accessen, na exaltatietoestanden enz. voorkomen, worden bijna nooit herinnerd. Men vindt hierbij allerlei overgangen tot hysterische accessen, tot spontane somnambulismen, tot delirante en kataleptische toestanden, welke alle te zamen zich kenmerken door eene meer of min volledige amnesie voor de periode van den aanval.

Wij hebben reeds gezegd, dat amnesieën bij hystericie zeer veelvuldig voorkomen. Zij moeten echter gezocht worden, omdat de persoon zelf ze niet weet, juist als zijne anaesthesieën.

Zoo komt het herhaaldelijk voor, dat eene hysterica meent, iets niet gedaan te hebben; zoo komt het verder, dat sommigen personen de woorden „wat zei ik ook al weer” of „waar was ik” in den mond bestorven liggen. Deze soort van amnesieën vermengen zich met de oneindige distracties, waaraan hystericae kunnen lijden; elk oogenblik zijn zij absent, en wanneer men dan vraagt, waaraan zij dachten, is het gewone antwoord: „ik geloof, dat ik aan niets dacht.”

Een voortgezet onderzoek van de amnesieën is zeer gewenscht. In het bovenstaande heb ik niet meer gedaan dan enkele sailante punten te releveeren. Een systematisch overzicht blijft voor later bewaard.

4. Verandering in den inhoud der voorstellingen.

(Delirante toestanden en Hallucinaties).

Wij hebben achtereenvolgens de meest verschillende psychische afwijkingen bij Hystericie de revue laten passeeren. Dit aantal is vrij aanzienlijk. Wij hebben beschreven eene amnesie,

wij hebben beschreven, hoe sommige denkbeelden met abnormale hevigheid zich binnen en buiten het normale bewustzijn ontwikkelden; hoe de associatieve werkzaamheid, buiten de contrôle der normale waarnemingen, eene abnormale hoogte bereikte enz. Zoo talrijke en zoo intensieve psychische afwijkingen gegeven, zou men à priori verwachten, dat de ideeën van den patiënt ten opzichte van zijne omgeving en van zijn eigen persoon in betrekking tot de omgeving, in gelijke mate gestoord zouden zijn. Men zou met andere woorden verwachten, dat bij hysterie delirante toestanden voorkomen, waarvoor bovengenoemde eenvoudige psychische afwijkingen de elementen zouden opleveren.

Deze onderstelling wordt echter door de waarneming slechts gedeeltelijk bevestigd. Delirante toestanden komen bij Hysterie wel voor; maar zij zijn in het algemeen niet zeer frequent en bepalen zich hoofdzakelijk tot de ernstige gevallen van hysterie. Gewoonlijk geeft de hysterica zich vrij goed rekenschap van hare omgeving en verwerkt zij hare elementaire psychische afwijkingen niet tot waandenkbeelden. Evenzoo komen hallucinaties niet zeer veel voor, en wanneer zij voorkomen, worden zij dikwijls niet geobjectiveerd, en worden zij als foutieve, niet met de werkelijkheid overeenkomende waarnemingen herkend.

Het délire kan optreden in acute aanvallen, zooals zij voorkomen in laatste periode van het hysterisch accès, of ook als afzonderlijke delirante aanval. Deze aanvallen duren gewoonlijk niet lang, maar kunnen zeer hevig zijn. Gewoonlijk gaan zij uit van eene emotie of van een denkbeeld. Dit hebben zij gemeen met vele der hysterische hallucinaties. Deze acute aanvallen gaan gewoonlijk gepaard met eene meer of min volledige amnesie voor den tijd van den aanval. Hierin toonen zij dus groote overeenkomst met het somnambulisme. Deze overeenkomst wordt nog grooter, doordat in deze aanvallen dikwijls eene herinnering bestaat aan vroegere dergelijke aanvallen en ook wel aan het normale leven. Door suggestie laten zij zich somtijds in somnambulisme vervoeren.

Het idee fixe kan dikwijls als oorzakelijk moment van delirante verschijnselen aangetoond worden. Een zeer sprekend voorbeeld daarvan is het volgende.

Afgezien van talrijke andere hysterische verschijnselen leed eene mijner patiënten aan op onregelmatige tijden optredende melancholische aanvallen. Deze waren verschillend hevig en duurden ongelijk lang, sommige slechts enkele dagen, andere enkele weken. Overigens geleken zij volkomen op elkaar. Het begon met een onrustigen dag, patiënte was ongedurig, zocht zich op allerlei manier af te leiden, wist niet, hoe ze het had, en ofschoon een dergelijke dag de voorlooper was van de melancholisch-delirante periode, had zij daar zelf geen weet van. Den volgenden dag bestond de aanval in zijne volle kracht. De patiënt gevoelde zich hoogst ongelukkig, wilde met niemand iets te maken hebben, gaf op haar gestelde vragen slechts bij sterk aandringen een kort antwoord, had de neiging alleen weg te loopen om, zooals zij het noemde, in de eenzaamheid zich te kunnen uiten over haar grenzenloos ongeluk. Dit zich uiten bestond hoofdzakelijk in het zingen van een bepaald lied, dat eene fantasie van haar was. Dit lied zong zij alléén in haren melancholisch-deliranten aanval. Was de aanval afgelopen, dan was zij zoowel het lied, als den geheelen aanval zelf vergeten. Het is mij niet kunnen gelukken, dit lied, dat altijd hetzelfde was en dat door kenners zeer mooi, en zeer melancholisch werd gevonden, te laten opschrijven. De herinneringsstoornis voor den tijd van den aanval is zeer intensief, zij weet slechts enkele dingen zeer flauw en zeer gebrekkig. Hoe heviger de aanval is, des te gebrekkiger is de herinnering daaraan. Van een aanval, die twee maanden lang geduurd heeft, weet zij absoluut niets meer. Een der meest op den voorgrond tredende verschijnselen van eenen dergelijken aanval is de neiging tot suicide. Deze neiging openbaart zich altijd op precies dezelfde wijze. Zij wil zich door verdrinking van het leven berooven. Zij nadert altijd het water, en tracht altijd zich daarin te werpen. Na veel moeite en zoeken is het mij gelukt, de oorzaak van deze delirante aanvallen

op te sporen, en door het vermijden daarvan ook de aanvallen te doen ophouden.

Het is mij gelukt, een der aanvallen, terwijl deze op zijn einde liep, over te voeren in kunstmatig somnambulisme. In een dergelijken toestand van somnambulisme kreeg ik de volgende inlichtingen.

De melancholische aanvallen zijn ontstaan op 16 jarigen leeftijd; zij is thans 39 jaar, dus 23 jaar geleden. Dit is geschied naar aanleiding van de volgende gebeurtenis.

Als 16 jarig meisje was zij op eene kostschool te M. Zij maakte een boottocht op de rivier met andere meisjes. Op de boot werd zij getroffen door de aanwezigheid van een jongen man, die, zooals zij vond, een ongunstig uiterlijk had. In bijzonderheden beschrijft zij in haar somnambulisme nu nog, hoe de man er uitziet. Deze man deed, zegt zij, vreemd. Hij keek op veel-beteekenende wijze telkens naar het water, alsof hij zeggen wilde, dat zij zich moest verdrinken. Te vergeefs trachtte zij op de boot het beeld van dien man van zich af te zetten. Zij ging alleen op eene bank zitten, om aan iets anders te denken. Toen zij opkeek, zat de man naast haar, en begon een gesprek. Nu 23 jaar later, vertelt zij tot in de kleinste bijzonderheden dit gesprek, dat over geheel onbeduidende dingen liep, als het weer enz. Daarna nam dit echter een minder onschuldig karakter, en de man werd onkiesch. Zij stond op, liep weg en begaf zich onder de meisjes. Op de wandeling, na de boottocht, volgde de man hen. Zij bleef echter onder de meisjes, en heeft later nooit meer iets van dien man bemerkt.

Summa summarum is dit eene onbeteekenende geschiedenis, waarvan men zich echter kan voorstellen, dat zij op een bakvischje van 16 jaar, vooral wanneer deze nerveus gepredisponeerd is, grooten indruk kan maken.

Dit is hier het geval geweest. In aansluiting met deze gebeurtenis zijn de boven beschrevene melancholisch, delirante aanvallen opgetreden. Vroeger bestonden zij niet. In somnambulisme geeft patiënte dit positief als de oorzaak op. Zij deelt echter nog meer interessante détails mede.

Den avond na deze gebeurtenis, terwijl zij op haar bed lag, had zij het visioen van bovengenoemden man; bovendien hoorde zij hem zeggen, dat zij zich moest verdrinken. Wederom eene gebeurtenis, die voor een meisje van 16 jaar nog begrijpelijk is, maar die toch reeds duidelijk op een sterk nerveusen aanleg wijst.

Den volgenden dag was zij melancholisch, en sedert dien tijd zijn de aanvallen regelmatig opgetreden. In den beginne waren zij niet zoo hevig, maar onder den invloed van andere schadelijke omstandigheden, die hier niet genoemd behoeven te worden, zijn zij veel ernstiger geworden, en hebben zij successievelijk den vorm aangenomen, dien wij boven hebben beschreven.

Eene verdere belangrijke omstandigheid is, dat bij het begin van elken melancholischen aanval, zij de hallucinatie heeft van bovengenoemden man. Deze zegt haar de stereotype uitdrukking: „het moet toch gebeuren,” d. w. z.: zij moet zich verdrinken. Dit gebeurt altijd 's nachts. Den volgenden dag is zij onrustig. Dit verklaart zij in somnambulisme, als te zijn, eene reactie op, een zich verzetten tegen den opkomenden melancholischen aanval. Den daarop volgenden dag is zij melancholisch-delirant. Altijd, gedurende 23 jaren lang, geschiedt dit op dezelfde manier.

Van dit alles, wat zij mij in somnambulisme heeft medegedeeld, wat zij altijd precies op dezelfde manier vertelt, van dit alles weet zij in wakenden toestand niets. Eigenlijk weet zij van hare geheele melancholische aanvallen niets. Zij weet alléén, dat zij tijden heeft, dat zij zich zeer ongelukkig gevoelt.

Het beste bewijs voor de juistheid van bovengenoemde gebeurtenis, als oorzakelijk moment van de beschrevene melancholische aanvallen, is het resultaat van de ingestelde therapie.

Nadat ik over de wordingsgeschiedenis voldoende op de hoogte was, en nadat het mij gelukt was, haar steeds in kunstmatig somnambulisme te brengen, hetgeen na den eersten keer niet moeilijk meer was, heb ik haar gesuggereerd, dat zij de stem van dien man nooit meer zou hooren; maar dat zij in plaats daarvan

mijne stem zou hooren, en dat ik haar natuurlijk nooit zou zeggen, dat zij zich moest verdrinken.

Na dien tijd heeft zij nooit meer een melancholischen aanval gehad.

In dit geval was dus de geheele psychische wording van den hevigen deliranten aanval te vervolgen. Gewoonlijk duurde deze maar eenige dagen, zij heeft echter éénmaal in haar leven een dergelijken aanval doorgemaakt, die 1½ maand geduurd heeft.

Deze waarneming leert ons het hoogst merkwaardige feit, dat een idéé, eene emotie, 23 jaar lang zonder medeweten van de patiënte, een onder-bewust bestaan kan voeren, en bij wijze van explosie tot de ernstigste verschijnselen kan aanleiding geven.

Delirante aanvallen kunnen optreden in aansluiting aan droomen in den slaap.

De slaap is bij Hysterie in de overgrootste meerderheid der gevallen gestoord. Er zijn maar weinige gevallen van eenigszins ernstige Hysterie, waarbij de slaap normaal is. Zonder twijfel is dit een belangrijk verschijnsel. Het schijnt mij echter onjuist toe, om, zooals Sollier in zijn laatste werk over Hysterie doet, deze ziekte terug te brengen tot eene stoornis in den slaap. Bij Neurasthenie vindt men dit symptoom in niet mindere mate, maar daarom zal niemand er over denken hierom alleen in de stoornissen in den slaap de oorzaak, het grondverschijnsel der neurasthenie te zoeken.

De stoornissen in den slaap bepalen zich slechts zelden alléén tot quantitatieve afwijkingen; dat deze dus alleen te zwak, te kort van duur of te lang en te diep is. Gewoonlijk zijn er andere afwijkingen.

In den slaap is het normale bewustzijn geëlimineerd. De weerstand, die dit dus biedt aan de bij hysterie zoo veelvuldig voorkomende onder-bewuste geestesprocessen, is in den slaap geheel opgeheven. Deze onder-bewuste processen kunnen zich als droomen en als delirante toestanden openbaren, gewoonlijk gepaard met talrijke hallucinaties en visioenen. Hierbij komt verder, dat de

droom zich zeer dikwijls in den wakenden toestand voortzet. De patiënt zegt dan gewoonlijk, dat hij door den droom is wakker geworden, en dat hij tot zijn grooten schrik bemerkte, dat met het wakker worden zijn droom niet voorbij was. Integendeel deze drong zich met dwang aan hem op en eerst na langeren tijd begon ze te verdwijnen. In dit geval bestaat er nog inzicht in het verschijnsel en begrijpt de patiënt, dat het een droom is. In andere gevallen gaat dit inzicht verloren, en ontwikkelt zich uit den droom een delirante aanval, die gewoonlijk een accuut karakter heeft en spoedig weer verdwijnt. In andere gevallen kan een droom tot idée fixe worden en op den duur verschijnselen geven.

Zeer frequent zijn hallucinatoire verschijnselen tijdens en na den slaap. Dikwijls zijn dit schrikverwekkende visioenen, doodshoofden, vlammen enz., die hun oorsprong kunnen vinden in een beleefd feit, of buiten verband hiermede, als oorspronkelijke symptomen der ziekte moeten beschouwd worden.

Gemoedsbewegingen zijn dikwijls de oorzaken voor delirante aanvallen. Hierbij kan de emotie als zoodanig den inhoud van het delire geven, of wel tusschenbeide bestaat geen psychologisch verband. De emotie werkt dan alleen als schadelijk moment verzwakkend, en het delire is het symptoom van dezen zwakte-toestand.

Eene van mijne patiënten vertoonde na eene emotie dikwijls eene delirante phase van enkele uren. De overkomst van haren echtgenoot kon hiertoe aanleiding geven. De inhoud van het delire stond dan niet in het minste verband met den aard van de emotie. Zij was in een labiel geestelijk evenwicht, en de emotie was niet anders dan de druppel, die den beker deed overloopen.

Het hysterisch delire vertoont als zoodanig weinig kenmerken, die voor de ziekte karakteristiek zijn; de diagnose kan nooit op het delire alleen gemaakt worden. Men zou kunnen onderscheiden een delire met een melancholisch, een maniacaal en een recordiaal cachet.

Van het melancholisch delire hebben wij boven een voorbeeld

gegeven. Gevaar voor suicide bestaat bij hysterisch-melancholische toestanden evenzoo goed, als bij de gewone melancholieën. Het is alleen dáárom minder, omdat deze aanvallen korter duren, doordat de hysterica veel veranderlijker is, dan de melancholica. Het onberekenbare, het wisselvallige van de hysterica blijkt nergens meer dan in haar delire. Dit komt, omdat de motieven tot handelingen aan de hysterica zelf en ook aan ons grootendeels onbekend zijn. Eene van mijne patiënten had bij tijden hierin inzicht en deelde mij zeer kenschetsend mede: „ik handel of gevoel eerst, en daarna beredeneer ik bij mij zelf de motieven, die ik daarvoor gehad heb of liever gehad zou kunnen hebben; daarom begrijp ik van mij zelf niets.” Het behoeft geen betoog, dat hier wederom dikwijls het onbewust worden van motieven eene groote rol speelt.

De melancholische gemoedsstemming kan ook secundair ontstaan en kan dan in sommige gevallen zeer hevig zijn. De patiënt ziet in zijne goede tijden in, dat er niet op hem te rekenen valt. Dat hij 't eene oogenblik dit meent en 't volgende oogenblik weer wat anders; hij begrijpt, dat zijn doen en laten elk oogenblik verandert, hij gevoelt booze buien opkomen tegenover personen, die hij lief heeft enz. Een van mijne patiënten kon hierdoor radeloos worden, en dit was zij dan in hare goede tijden, in hare periode van ziekteinzicht.

Het maniakale delire draagt dikwijls een raisoneerend-degeneratief karakter. De patiënt zoekt naar motieven voor haar gedachtenvlucht, en vindt die gewoonlijk in tekortkomingen der omgeving, die van allerlei beschuldigd wordt. In deze gevallen, die altijd zeer zware en erfelijk gepredisponeerde zijn, kan men overgangen vinden tot periodieke manie, waarvan het degeneratief karakter voldoende bekend is. Dit zijn die weinige gevallen van Hysterie, waar de neiging tot leugen en achterklap, tot simulatie en vreugde in het verdriet van anderen, uitkomt; eigenschappen, die de publieke opinie geneigd is ten onrechte aan hysterie in het algemeen toe te schrijven. Ook komen gevallen voor, waar deze afwijkingen gecombineerd voor-

komen met imbecilliteit, die, zooals wij weten, dergelijke moreele verschijnselen vertoont.

Wij staan hier op een grensgebied, en de diagnose is in vele gevallen niet met voldoende zekerheid te stellen.

De maniakale aanvallen kunnen zeer hevig zijn. Zij vinden dan dikwijls hunnen oorsprong in eene vermeende onbillijke behandeling. In dergelijke gevallen kan isolement noodzakelijk zijn. Ook in heftige maniakale aanvallen openbaart zich dikwijls het raisonneerend karakter. Eene patiënt met linkszijdige analgesie beukte met haar linkerhand op de deur van haar isoleerkamer, omdat zij daar geen pijn van had, en zij dus leven kon maken zonder pijn.

De delirante toestanden kunnen een vecordiaal karakter aannemen. Men vindt daar voornamelijk waandenkbeelden van vervolging.

Deze waandenkbeelden van vervolging zijn gewoonlijk vrij gemakkelijk te onderkennen van de echte, zooals wij die waarnemen bij vecordia.

Bij een lijder aan vecordia is het waandenkbeeld een product van lang denken en overwegen; het is een uitvloeisel van de geheele bewuste persoonlijkheid. De lijder overweegt, wat hij gevoelt en waarneemt, weifelt nog langen tijd en trekt na veel aarzeling zijn besluit, waarvan hij, eenmaal overtuigd, alle consequenties aanvaardt.

De hysterica doet anders. Men heeft het, zegt zij, op haar gemunt; „waarom krijg ik altijd de schuld van alles? Ik heb dit gedaan, maar daarom heeft zij (d. i. dan iemand uit de omgeving) niet het recht zús of zóó te doen.”

In andere gevallen missen de vervolgingsdenkbeelden dit raisonneerende karakter, en worden het meer los heengeworpen gezegden. Dit is vooral in halfbewuste toestanden het geval. De patiënt meent wel, wat hij zegt, en gelooft wel, dat hij het mikpunt is van vervolgingen en achteruitstellingen, maar hij motiveert het niet. Het is meer een direct opkomend gevoel. Dit wil natuurlijk niet zeggen, dat er geen motief voor is, maar alleen, dat de patiënt het motief niet weet.

Eene andere soort van delirante denkbeelden verklaar ik mij wederom anders. Als voorbeeld kan het volgende dienen.

Eene van mijne patiënten geeft mij in hare goede dagen de meest ondubbelzinnige blijken van genegenheid. Plotseling is dit uit en ze slaat over in het tegendeel, doet alle mogelijke verwijtingen, wordt grof, spreekt onwaarheid, meent zich verongelijkt enz. Na eenige dagen is dit voorbij. Dan volgt hevig berouw, zelfverwijt en de beste voornemens voor de toekomst. De aanval gevoelt zij zelf opkomen en waarschuwt er voor. Zij is eene goede somnambule, maar kan in somnambulisme evenmin als in wakenden toestand reden voor hare handelingen geven. Op allerlei manier heb ik beproefd, of een of ander idée fixe daarvoor de oorzaak zou kunnen zijn, maar nooit heb ik iets kunnen vinden. Dezelfde dingen vertoont zij bovendien tegenover anderen, die zij hoogacht, zoo b. v. tegenover haar echtgenoot.

In dergelijke gevallen verklaar ik deze delirante aanvallen door eene associatie door contrast.

Het nadert tot de zoo dikwijls voorkomende neiging om van eene hoogte af te springen of tot het dwangdenkbeeld van eene moeder om haar kind te dooden. Juist omdat de patiënt het niet wil, komt het bij haar op.

Dikwijls heb ik bij delirante aanvallen waargenomen, dat de patiënt zelf een voorgevoel had van het opkomend delire. Hetzelfde vindt men bij een naderend hysterisch acces. Het naderend delire of de toeval geeft een gevoel van onwelzijn; de patiënt gevoelt, dat er iets komen moet. Sommige patiënten zeggen dan, laat het maar spoedig komen, dan ben ik er af, ik ontsnap er toch niet aan.

Het is mijne meening, dat wij in deze gevallen gewoonlijk met onder-bewuste psychische processen te doen hebben, waarvan de patiënt geene bewuste kennis heeft, maar waarvan eene algemeene malaise tot het bewustzijn doordringt. In enkele gevallen is het mij gelukt een idée fixe aan te toonen, in andere niet. Bijna altijd komen de voorspellingen van den patiënt uit.

De beschrijving der delirante toestanden bij Hysterie is, zooals ik ze in het bovenstaande gegeven heb, meer of min onsamenhangend. Onze kennis daarvan is nog gering. Toch is eenige samenhang niet geheel te miskennen en komt telkens de grondeigenschap der Hysterie te voorschijn, de neiging tot het onbewust worden van in normale omstandigheden bewuste geestesprocessen.

Ook in hare delirante openbaringen is de hysterie „*la grande simulatrice*”, zooals Charcot haar heeft genoemd. Men heeft eene hysterische pseudo-melancholie, eene pseudo-manie en eene pseudo-vecordia. Alle psychische verschijnselen worden hier als het ware nagemaakt. Dit komt, omdat de motieven voor de symptomen der hysterie en voor die van bovengenoemde ziekten verschillend zijn.

Bij bovengenoemde psychosen neemt de geheele bewuste persoonlijkheid deel aan de verschijnselen der ziekte. Deze laatste is niet anders dan het gevolg van al hetgeen bewust gebeurd is.

Bij hysterie is dat anders. Hier weet de patiënt in vele gevallen niet, wat er al zoo omgaat in zijnen geest. Hier en daar wordt een idee onbewust. De associatie der onder-bewuste denkbeelden is niet meer onder den invloed der normale waarnemingen, verloopt dus geheel anders. Enkele waarnemingen, gevoelens of opinies verkrijgen daardoor eene abnormale intensiteit en op een gegeven oogenblik uiten zij zich als een waandenkbeeld of als eene stemmingsanomalie, dikwijls tot groote verwondering van den lijder zelf, die zijn waan beschouwt als een van buiten hem opgelegde dwang.

Eene korte bespreking verdienen nog de hallucinaties, die in de zwaardere gevallen van hysterie zelden ontbreken; ook in de lichtere gevallen komen zij wel voor.

De studie hiervan is zeer interessant, omdat ons hier nu en dan de gelegenheid gegeven is, verder in het mechanisme der hallucinatie door te dringen, dan dit bij andere psychische ziekten tot nog toe het geval is.

Onder eene hallucinatie verstaat men eene waarneming, waarvoor geen uitwendige prikkel aanwezig is.

Het aanwezig zijn van eene hallucinatie kan tweeërlei gevolgen hebben. De patiënt kan de hallucinatie gelooven, of wel hij kan die als hallucinatie, als zinsbegoocheling herkennen. Gelooft hij de hallucinatie, dan wil dat zeggen, dat hij deze gebruikt in zijn psychisch leven als gelijkwaardig met elke andere waarneming, die een uitwendigen grond heeft. De hallucinatie bepaalt het denken en het handelen van den patiënt, evenals alle andere waarnemingen dat doen.

In dit geloofschenden aan de hallucinatie ligt dus opgesloten, dat de patiënt door zijne andere zintuigelijke waarneming zich niet overtuigt, of niet overtuigen kan, van het afwezig zijn van eene uitwendige oorzaak voor de waarneming. Behalve de hallucinatie, is dus hier aanwezig, een gebrek aan correctie van foutieve waarnemingen, zooals dat bij elk normaal mensch wel voorkomt.

Dergelijke hallucinaties komen bij Hysterie hoofdzakelijk voor in de acute perioden, wanneer gelijktijdig een of ander delire aanwezig is.

In de tijden van de chronische ziekteverschijnselen wordt zelden aan de hallucinaties geloof geschonken.

Dikwijls echter twijfelt de patiënt en tracht hij op allerlei manier zekerheid te verkrijgen. Een van mijne patiënten hoorde telkens 's morgens iemand kermen; het was zoo duidelijk en zij hoorde het zoo gewoon, dat zij telkens, wanneer zij het gehoord had, ging zoeken, wie of dat toch wel gedaan kon hebben. Toen al het zoeken geen resultaat had, kwam zij ten slotte tot de overtuiging, dat zij wel gehallucineerd zou moeten hebben.

Nu en dan hoort zij zich bij haren naam noemen, maar nooit kan zij nalaten, onderzoek te doen, of er inderdaad niemand geroepen heeft. In den grond der zaak is dit niet anders dan natuurlijk. Zij doet, wat een ieder zou doen, die zijn naam hoort noemen. Tegelijk bewijst dit echter de juistheid van de hallucinatie, het is eene volkomen volledige waarneming zonder uitwendigen prikkel.

In sommige gevallen kan men de wording der hallucinatie eenigszins nader vervolgen.

Eene van mijne patiënten deed een rustkuur. Zij had een buurman naast zich, die telkens de kamer op en neer liep; ofschoon men moest opletten om het te hooren, hinderde haar dit. Eenigen tijd daarna had zij de hallucinatie van dit heen en weer loopen. Ik kon met zekerheid constateeren, dat er niet gelooopen werd. Hier ging de hallucinatie dus uit van een herinneringsbeeld.

Tusschen eene herinnering en eene hallucinatie of eene waarneming bestaat echter een fundamenteel verschil. Iedereen weet, dat aan eene herinnering geene uitwendige oorzaak verbonden is; deze wordt hier nooit verondersteld en bij eene hallucinatie of waarneming altijd.

Men kan dus niet aannemen, dat eene herinnering en eene waarneming of hallucinatie alleen door hare intensiteit verschillen; er moet nog iets anders bijkomen, dat maakt, dat men voor eene waarneming en eene hallucinatie eene uitwendige oorzaak aanneemt en voor eene herinnering niet.

Eene eenvoudige waarneming is reeds een samengesteld psychisch proces. Om bij het bovengenoemde voorbeeld van het hooren van een stap te blijven, dan vindt men bij de ontleding daarvan talrijke psychische gewaarwordingen, die in bepaalde volgorde samen verbonden, de totale waarneming geven. Men hoort in een' stap eene bepaalde maat, men onderscheidt een bepaald geluid van dengene, die loopt en een geluid van waarop gelooopen wordt. Men hoort eene bepaalde wijze van kraken, er komen gezichtswaarnemingen bij van den persoon, die loopt en van de omgeving, waar gelooopen wordt enz. Dit alles samen in eene bepaalde volgorde is de waarneming van iemand, die stapt.

De herinnering aan dit loopen is nooit eene dergelijke volledige serie van gewaarwordingen en waarnemingen, en daarom staat zij nooit gelijk met eene feitelijke waarneming.

Bij hysterie zijn echter de voorwaarden gegeven, waardoor de herinnering van eene waarneming tot eene werkelijke waarneming, tot eene hallucinatie kan worden. Deze voorwaarden zijn gegeven in de primitieve eigenschap van deze ziekte om

sommige geestesprocessen onbewust te doen worden. Wij hebben reeds vroeger opgemerkt, dat daardoor de associatieve werkzaamheid zeer verhoogd wordt. Elk onbewust psychisch proces is onttrokken aan de correctie der bewuste waarnemingen, en juist de elk oogenblik bij duizenden toevloeiende waarnemingen zijn de groote hinderpaal voor elke associatie. Wanneer men goed wil associeeren, goed wil denken, moet men zich willekeurig of onwillekeurig aan andere waarnemingen onttrekken.

Welnu, de onbewuste geestesprocessen der hysterica zijn geheel aan deze van buiten toevloeiende waarnemingen onttrokken, juist omdat zij onbewust zijn en een zelfstandig bestaan voor zich alleen voeren. Eene hysterica herinnert zich het hooren van een' stap, dat wil zeggen eene of andere elementaire gewaarwording daarvan. Bij 'een gewoon mensch blijft het daarbij, en het is eene herinnering. Bij de hysterica echter niet. Bij haar associeert zich daarmede alles, wat bij de oorspronkelijke waarneming daarmede verbonden was en zij komt, juist als bij de gewone waarnemingen, tot eene geheele serie, in eene bepaalde volgorde en hiermede is de hallucinatie d. w. z. de volkomene waarneming gegeven.

Dit is de wordingsgeschiedenis van talrijke hysterische hallucinaties.

Eene van mijne patiënten woonde de begrafenis bij van haren vader. Bij deze gebeurtenis zelf was zij vrij gewoon. Gedurende langen tijd daarna, vertoonde zij echter het verschijnsel, dat, wanneer zij door een familielid bezocht werd, zij de geheele scène van haren vader in een doodkist enz. hallucineerde. Alles wikkelde zich automatisch af. Soms, vooral onder den invloed van kleine schadelijke omstandigheden, ontwikkelde zich deze hallucinatiën nog verder. Zij was dan in haar vaders huis, was geheel in het leven van hare kindsheid en miskende hare tegenwoordige omgeving. Er ontwikkelde zich dan een volkomen delirante toestand op grond van hare hallucinaties.

In deze gevallen, en zij zijn niet zeldzaam, vinden wij dus voor de hallucinatie dezelfde oorzaak, als voor het *idée fixe*. Beide gaan uit van eene werkelijke gebeurtenis, beide worden

meer of min onbewust en onder den invloed van schadelijke omstandigheden, geven zij hunne verschijnselen. Bij elk verschijnsel van hysterie, waarin het ons gelukt, meer of min tot de oorzaken daarvan door te dringen, stuiten wij, zooals ook hier weer het geval is, op die oorspronkelijke eigenschap dezer ziekte, dat die geestesprocessen, die in gewone omstandigheden bewust zijn, onbewust worden.

Niet alle hallucinaties kunnen wij met onze tegenwoordige kennis op deze wijze verklaren; alleen die, welke herhalingen zijn van vroegere waarnemingen, kunnen tot deze groep gebracht worden. Andere hallucinaties treden op, zonder dat er in het verleden van den patiënt een aanknooppingspunt is te vinden.

In acute verheffingen der ziekte zijn hallucinaties zeer gewoon. Een acuut delire gaat met hallucinaties, en acute hallucinaties gaan met een delire gepaard. Deze wisselwerking is constant, nu eens treedt het eene, dan het andere op den voorgrond.

De indruk, dien eene hallucinatie te weeg brengt, ook al wordt ze niet geloofd, is altijd zeer onaangenaam. Een van mijne patiënten voelt zich nu en dan van achter om haar middel aangegrepen. Zij weet, dat dit niet zoo is, maar ze is er den geheelen dag van onder den indruk. Soms hoort zij haar naam noemen. Ook dit impresseert haar.

Visioenen komen dikwijls des nachts voor, vooral in aansluiting met droomen; zij worden gewoonlijk als zoodanig herkend. In den nacht komen ook vele hallucinaties van het spiergevoel voor, een gevoel van verkeerden stand der ledematen of van het hoofd, van bewegingen enz.

In verband met delirante toestanden vormen de hallucinaties dikwijls zeer hardnekkige verschijnselen bij Hysterie, en kunnen zij periodisch jaren lang bestaan.

5. Veranderingen in de uiting der voorstellingen.

De oudere psychologie nam verschillende van elkaar min of

meer onafhankelijke eigenschappen, vermogens of hoe men het zou willen noemen, van den menschelijken geest aan. Een der belangrijkste was het vermogen om te willen. De wil was dan eene of andere kracht, die onafhankelijk van alle andere geestelijke eigenschappen, de daden der menschen bepaalde. Afgezien nu hiervan, dat het gewone determinisme reeds een onafhankelijk vermogen van den geest als iets onmogelijks heeft leeren kennen, is de leer van dit wilsvermogen door een natuurwetenschappelijk denkend mensch reeds dáárom niet te aanvaarden, omdat het geheel overbodig is. Wat als waarneming onzen geest binnen komt, wordt verwerkt, wordt gecombineerd met al het aanwezige, wordt bewaard als herinneringsbeeld en komt op de eene of andere manier als handeling weer naar buiten. Tusschen het zintuig en de spier ligt onze geest. Dit is het schema, waaronder zich ook de meest samengestelde psychische processen laten brengen, en in dit schema is voor een afzonderlijken wil geen plaats.

Wanneer wij nu over de stoornissen in den wil spreken, dan is dit niet meer, dan eene gemakkelijke verkorting. Wij bedoelen daar eenvoudig mede, dat de uiting der voorstellingen niet kan plaats vinden, dat het spel der motieven en contra-motieven niet tot een resultaat komt, dat er geene eindvoorstelling is, die de overhand heeft.

Deze eindvoorstelling, die zich openbaart door 't verrichten van eene handeling of door het verhinderen daarvan, noemen wij onzen *wil*.

Deze definitie van den wil heeft met bewustzijn alleen in zoverre iets te maken, als de oorzaken daarvan bewust zijn. Bij een reflex kan men den prikkelingstoestand in de motorische gangliencel, den wil tot de reflexbeweging noemen. Wanneer echter de oorzaken, die voorafgaan, bewust zijn, is de wil of de eindvoorstelling dat ook. In dit geval noemt men deze oorzaken de *motieven*.

Deze definitie van den wil als eene eindvoorstelling, die het resultaat is van al wat voorafgaat, toont aan, dat deze wils-

voorstelling iets anders is, dan de later in een afzonderlijk hoofdstuk te behandelen bewegingsvoorstellingen. De ziekelijke afwijkingen in deze laatste, geven de hysterische bewegingsstoornissen.

Dit vooropgesteld, kan het ons niet verwonderen, dat bij Hysterie stoornissen in den wil iets zeer gewoons zijn.

Naar mijne ervaring te oordeelen, kan men in bijna alle gevallen van Hysterie deze wilzwakte aantonen. In de lichtere gevallen slechts weinig, in zwaardere gevallen soms zeer sterk, en zij kan tijdelijk of duurzaam aan het ziektebeeld een eigenaardig cachet geven.

De mededeeling van een zwaar geval zal het best de verschijnselen doen kennen.

N.N. is een geval van Hysterie, waarvan de verschijnselen reeds op den leeftijd van 16 jaar duidelijk waren. Bij mijne kennismaking met haar, was zij links anaesthetisch, had links ovarie, een hysterogeen punt onder de rechter mamma en zij was aphonisch. Dit waren de verschijnselen, die men bij een gewoon medisch onderzoek ontdekte. Ook van de familieleden verkreeg men geene nadere inlichtingen, zij imponeerde als normaal.

In mijn sanatorium opgenomen, kon ik door dagelijksche waarneming het volgende constateeren:

Patiënt is feitelijk tot niets in staat. Toen zij bezig was haren koffer uit te pakken, kwam zij er niet toe. Zij ging op een stoel voor den geopenden koffer zitten en bleef daar. Door toespraak en aanmoediging, kon men het zoover brengen, dat zij een kleedingstuk in hare kast bracht, daarna was zij weer even inert als te voren. Het einde was, dat het voor haar gedaan moest worden. Zoo was het met alles. Elke verandering was voor haar een besluit. Moest zij gaan wandelen, dan kon zij er niet toe komen, haar hoed op te zetten. Ging zij eten, dan kwam zij er niet toe haar servet los te maken enz.

Patiënte kan uren lang in een stoel voor het raam zitten, omdat zij er niet toe komen kan een boek te openen, dat zij zou willen gaan lezen.

Deze *aboulie*, die kennelijk bij Hysterie zulk een eenvoudig verschijnsel is, kan tot allerlei complicaties in het ziektebeeld aanleiding geven; complicaties, waarvan wij er enkele kunnen aangeven, maar die in al hare afwisseling zich grootendeels aan nadere beschrijving onttrekken.

Eene dezer complicaties is bij de juist genoemde patiënt bijzonder duidelijk.

In hare goede tijden, want deze *aboulie* is gewoonlijk nog al wisselend, komt patiënte herhaaldelijk tot mij met de volgende vraag: „Dokter, ik weet niet, of ik het niet wil, of dat ik het niet kan.” Deze questie kan voor haar een onderwerp van toebijding worden, welke zich door de volgende redeneering ontwikkelt: „Wil ik het niet, dan ben ik slecht; kan ik het niet, dan ben ik ziek.” Voor de behandeling red ik mij uit deze moeilijkheid, door te zeggen: gij kunt het niet willen; gelukkig heeft zij mij nog niet gevraagd, of zij het soms niet zou willen kunnen.

Dit metaphysische woordenspel nu daargelaten; een feit is, dat patiënte tengevolge van hare *aboulie* zeer elementaire psychische gevoelens niet meer weet te onderscheiden; zij weet geen verschil meer tusschen het gevoel van willen en van kunnen, wat voor elk normaal mensch hemelsbreed uit elkaar ligt.

Dergelijke verwisselingen brengen in den menschelijken geest eene groote verwarring te weeg en zijn zonder twijfel de oorzaak van vele onbegrijpelijkheden der hystericae. Het is voldoende er hier op gewezen te hebben.

Een zeer ongelukkig gevolg van deze *aboulie* is gelegen in de besluiteloosheid der patiënten en in de onmogelijkheid, die zij ondervinden om aan hunne directe neigingen, aan de lagere driften van den persoon voldoende weerstand te bieden.

Eene van mijne patiënten roept op wanhopige wijze mijn hulp in, om haar te beletten, dat zij zich overgeeft aan hare neiging tot onanie. Zij vroeg mij, of ik bij haar wilde blijven, want indien de verpleegster bij haar was, wist zij, dat dit niet voldoende zou zijn, en wist zij, dat zij het toch in stilte zou doen.

Tijden lang heb ik beproefd patiënte in hypnose deze hebberlijkheid af te leeren, zonder eenig gevolg. Zij was eene goede somnambule, en zelfs in wakenden toestand zeer suggestibel, zoodat ik haar contracturen, verlammingen enz. met het grootste gemak in wakenden toestand kon suggereeren. De suggestie van weerstand te kunnen bieden aan hare neiging tot onanie mislukte echter geregeld, in wakenden, zoowel als in somnambulen toestand. Het eenige, wat men door suggestie kon verkrijgen, was een huilbui en de verzekering, dat zij er toch geen weerstand aan zou kunnen bieden. Door een kunstgreep kon ik haar de acte der onanie onmogelijk maken. Wanneer ik haar in somnambulisme suggereer, dat, indien zij zich wil masturbeerden, zij het niet zal kunnen, omdat hare armen dan lam zullen worden, is het haar inderdaad onmogelijk. Dit middel is echter erger dan de kwaal, want zij geraakt daarbij in een angsttoestand, die haar meer schade doet, dan de onanie, omdat zij hare armen dan zoo onmachtig voelt.

Bij deze *aboulie* staan wij, evenals dat bij den anaesthesie en bij de amnesie het geval is, voor de oorspronkelijke afwijking der hysterie, voor de neiging tot onbewust worden van in normale omstandigheden bewuste geestesprocessen. Deze oorspronkelijke afwijking is natuurlijk voor suggestie ontoegankelijk. Dit kan alleen genezen worden door eene hygiëne van den geest, door versterking, door opvoeding van de zwakke persoonlijkheid. Geheel anders is dit met het *idée fixe*, dat wij besproken hebben, en dat men een secundair verschijnsel van Hysterie zou kunnen noemen. Hier is het eene toevallige gebeurtenis, die grooten invloed op den zwakken geest gehad heeft, welke men moet elimineeren, en dit is door suggestie mogelijk, is zelfs dikwijls mogelijk. Wij hebben er bij het *idée fixe* echter reeds op gewezen, dat men bij genezing daarvan, de zwakke, zieke, oorspronkelijke persoonlijkheid, de normale hysterica, nog overhield, en dat deze alleen door eene „moral training” te genezen was. Deze normale hysterica lijdt nog aan anaesthesie, amnesie, suggestibiliteit, *aboulie*, enz.

Op eene andere wijze kan de aboulie zich openbaren door de machteloze wijze, waarop de hysterica aan hare stemmingen is overgeleverd. Wij hebben gezien, dat de oorzaak voor deze onberekenbare stemmingen haar zelf gewoonlijk onbekend is, en bovendien niet gegeven is door de oogenblikkelijke uitwendige omstandigheden. In vele gevallen berust deze ongemotiveerde stemmingen echter ook op de onmogelijkheid om eenigszins weerstand te bieden aan eene opkomende neiging. Eene hysterica is boos, en daarmee is het uit; zij weet niet waarom, en weet niet waardoor, maar zij is overgeleverd aan hare boosheid; zij vermag daar niets tegen. Hare aboulie kan dan te voorschijn komen door de hulp, die zij zoekt. Eene van mijne patiënten komt dikwijls naar mij toe en zegt: „Dokter, help mij, ik ben weer kwaad.” Even breng ik haar in hypnose, even spreek ik haar toe en weg is de boosheid. De hypnose is in dit geval slechts het middel, waardoor een gemoedelijk praatje beter werkt. Ook zonder hypnose, kan een persoon, die invloed op haar heeft, en dit is gewoonlijk de dokter, hetzelfde bereiken. De hoofdzaak is, dat de zwakke persoon, aan zich zelf overgelaten, geen weerstand kan bieden; zij heeft de hulp, den steun van een ander noodig.

Dit machteloos overgeleverd zijn van de hysterica aan hare stemmingen doet denken aan sommige der nieuwere artisten, die echter hierin van de hysterica verschillen, dat zij hunne stemming inderdaad als het hoogste beschouwen, en willens en wetens zich daarvan de speelbal maken; de hysterica staat hooger, zij heeft dikwijls ziekte-inzicht en zoekt daarvoor hulp, de stemmings-artist, zonder ziekte-inzicht, vertoont meer nog, dan de hysterica, de verschijnselen der degeneratieve psychose. Ook de z.g. fijnere nuance der stemming kan men bij de hysterica terug vinden. Hetgeen N o r d a u over deze dingen gezegd heeft, verdient meer overweging, dan men wel algemeen schijnt aan te nemen.

Met deze zoo algemeen voorkomende aboulie bij. Hysterie is schijnbaar in tegenspraak de ijver en werklust, die men nu en dan kan waarnemen.

N.N. heeft buien, dat alles af moet. Zij is dan met koorts-

achtigen ijver bezig met het maken van handwerken, het eene stuk na het ander. Gewoonlijk zijn dit lang uitgestelde stukken, en had alles reeds lang gereed moeten zijn. Ook kan zij het hebben, dat zij elken dag een roman uitleest, alles gaat dan in één jacht door, en zoo moeielijk het eerst was om te beginnen; zoo moeielijk is het nu, om op te houden.

Bezien wij deze bezigheden een weinig nader, dan vallen ons verschillende bijzonderheden op, die ons deze schijnvertooning van arbeidzaamheid begrijpelijk maken.

Wanneer N.N. een roman heeft gelezen, weet zij van den inhoud absoluut niets af. Zij kan de hoofdpunten van het verhaal niet weergeven. Deze onwetendheid berust niet op eene amnesie, zoodat zij het eens begrepene vergeten zou zijn. De waarheid is, dat zij het niet begrepen heeft, op het oogenblik, dat zij het las. Men kan dit beproeven, wanneer zij bezig is met lezen, en kan dan constateeren, dat zij het dan evenmin weet. Haar lezen is dus niet een doorlopend vergeten, van wat zij gelezen heeft, maar het is een niet opnemen van het gelezene. Dit niet opnemen berust verder op een niet kunnen vestigen van de aandacht, en niet op een gebrek aan psychische vermogens; zij is eene ontwikkelde dame.

Aandacht is eene uiting van den wil; om continueel aandachtig te zijn, moet men dat voortdurend blijven willen, en hiertoe is eene hysterica niet in staat. De aandacht is verder in de hoogste mate een bewustzijnsproces, en als zoodanig is zij bij Hysterie het eerst blootgesteld, om den invloed der ziekte te ondervinden. Dit gebrek aan aandacht is de *Aprosexia*, die door G y e het eerst beschreven is.

De Hysterica, die in één dag haar roman uitleest, toont dus haar zwakken wil door haar gebrek aan aandacht. Evenwel het valt niet te ontkennen, dat door het feit, dat zij blijft lezen, ook al begrijpt zij van het gelezene niets, dat zij door dit feit toch eenigen wil ten toon spreidt. Zonder dit te willen ontkennen is deze hoeveelheid wil toch veel minder, dan men op het eerste gezicht zou denken.

Eene wilsuiting bestaat ter laatster instantie in eene verandering van het bestaande; het is eene inwerking van het individu, op de omgeving of op zich zelf.

Het laten voortduren van een toestand is eene afwezigheid van wil, het veranderen van een toestand is een aanwezig zijn van wil. Zoo moet men het begrijpen, wanneer eene hysterica met aboulie niet kan ophouden met het lezen van een roman, of een geheelen dag maar door niet anders doet, dan handwerken en er niet toe kan komen, zich tijd te gunnen voor 't eten.

Zij kan niet zooveel wil aan den dag leggen, dat zij haren toestand veranderen kan; het gaat altijd maar door, en zij kan er geen verandering in brengen. Sommige patiënten hebben daar eenig inzicht in. Bovengenoemde patiënt, eene ontwikkelde vrouw, zei me: „dokter, u moet niet denken, dat ik zoo ijverig ben, ik kan niet anders; ik doe het, maar ik kan niet ophouden.” Een feit is, dat het „ophouden”, evenzeer eene wilsuiting is als het „beginnen”.

Wij behoeven niet verder op deze afwezigheid van wil in te gaan en kunnen besluiten met eene kleine opmerking.

De aboulie is een der meest algemeene hysterische verschijnselen. Zelfs in de lichte gevallen ontbreekt zij bijna nooit. Te oordeelen naar de ervaring, die ik over Hysterie heb, kan ik constateeren, dat in de gevallen, die ik onderzocht heb, het altijd aanwezig was, en dat het even goed tot de stygmata der Hysterie behoort als de anaesthesie.

De groote moeielijkheid is echter het constateeren van dergelijke afwijkingen. Het is betrekkelijk gemakkelijk zich te overtuigen van het wel of niet aanwezig zijn van eene anaesthesie, een enkel onderzoek is daarvoor voldoende. Zoo is het niet met eene hysterische aboulie, of met eene amnesie. Om zich hiervan te overtuigen moet men met den patiënt omgaan, met den patiënt dagelijks bezig zijn, en dit is heel wat anders, dan een gewoon medisch onderzoek.

Het kan ons dus niet verwonderen, dat de hysterische

anaesthesieën veel beter bekend zijn, dan de hysterische amnesieën en aboulieën. Het is natuurlijk onder zulke omstandigheden onmogelijk eene behoorlijke statistiek te maken. Eene statistiek over amnesieën en aboulieën is eenvoudig onmogelijk. Alleen een algemeene indruk kan aanwezig zijn, en wanneer ik deze uit mijne ervaring verkregen zou mogen doen gelden, dan is het, dat zij in elk zwaarder geval van hysterie voorkomen.

Voortgezette studie van medici, die tegelijk psycholoog zijn, en die niet alleen zweren bij materiëel zieke organen, maar die ook een open oog hebben behouden, voor abnormale geestelijke functie, zonder bekend materiëel substraat, aan deze studie hebben wij groote behoefte.

HOOFDSTUK VI.

Symptomatologie.

(*Vervolg.*)

MOTORISCHE VERSCHIJNSELEN.

Wij komen, nadat wij hebben behandeld de opname der indrukken en de uitwerking daarvan tot voorstellingen, tot die functiën, waardoor de psyche zich naar buiten uit, tot de motorische stoornissen in den meest algemeenen zin van het woord. Elke waarneming, elk psychisch proces vindt ten slotte zijne uiting in eene beweging of in eene verhindering van eene beweging. Reeds bij de bespreking der *Aboulie* hebben wij melding moeten maken van stoornissen in de beweging en van verschijnselen, die ons eene psychische paralyse der wilsbewegingen deden zien. Wij hadden daar echter steeds het gecompliceerde spel der psychische associaties voor ons, de patiënt kon door het ontbreken van bewuste motieven niet tot eene wilsuiting komen. In het nu te bespreken hoofdstuk hebben wij alleen te maken met het laatste eindlid van het geheel der geestelijke processen, zooals dit in de bewegingen gegeven is. Deze stoornissen in de beweging zijn bij Hysterie uitsluitend van psychischen aard, en onze tegenwoordige kennis stelt ons in staat, ondanks de groote verscheidenheid der hysterische verschijnselen, in bijna alle gevallen de differentiële diagnose met organische aandoeningen te stellen.

De etiologie der hysterische paralysen en contracturen is eene zeer samengestelde, en blijft ons voor het afzonderlijke geval dikwijls onbekend. Wij kunnen slechts enkele algemeene regels opgeven, die in vele gevallen de verschijnselen duidelijk maken, d. w. z. die eene psychologische verklaring daarvoor geven.

Vele der hysterische stoornissen in de motiliteit zijn een gevolg van de primitieve afwijking der hysterie, de vernauwing van het bewustzijn; dit zijn vooral de amyostenieën. In dit geval zijn de bewust gewilde bewegingen verzwakt, terwijl de bewegingen, die buiten het bewustzijn om geschieden, die door de voortdurende herhaling tot gewoonte zijn geworden, met veel kracht kunnen worden verricht. Een dienstmeisje, een werkman, die dagelijks zwaar werk verrichten, die sterk ontwikkelde spieren bezitten, kunnen deze spierzwakte vertoonen. Dit blijkt, wanneer men ze den dynamometer in handen geeft en nagaat hoeveel ze aan spierkracht door gewilde inspanning kunnen presteeren. Dit blijkt dan zeer weinig te zijn, en is in flagrante tegenspraak met den bloeienden toestand van het spierstelsel.

In deze gevallen, en ze zijn vrij talrijk, hebben wij dezelfde afwijking als die, welke wij bij de anaesthesieën hebben besproken. Evenals daar wel gevoeld, maar niet *bewust* gevoeld wordt, zoo wordt hier wel bewogen, maar niet *bewust* bewogen.

De hysterische stoornis openbaart zich dus uitsluitend in die bewegingen, welke het cachet van het bewuste met zich mee dragen; dat zijn die, waarbij inspanning, d. i. oplettendheid noodig is, en bij de gecoördineerde bewegingen. Alleen deze beide eigenschappen der beweging ontbreken bij de hysterische aandoeningen, al het andere is behouden en dit karakteriseert hen tegenover de paralysen op organischen bodem.

In vele andere gevallen berust de stoornis in de beweging op andere omstandigheden. Vooral het idee, 't zij in den vorm van een idee fixe, dat bewust of onbewust kan zijn, 't zij in den vorm van eene emotie hebben op het ontstaan van bewegingsstoornissen grooten invloed.

Féré vermeldt een geval, dat na een' avond van ingespannen pianospelen, den volgenden dag eene parese van linkerarm en — been ontstond. Het volgende voorbeeld is nog meer demonstratief.

Eene mijner patiënten, eene begaafde musicienne, droomde des nachts met eene groote helderheid van voorstellingen, dat zij een piano-concert gaf. Zij ging er geheel in op en vond, dat zij het goed en met succes gedaan had. Daarna werd zij wakker met eene groote vermoeidheid in de armen; deze verschijnselen van amyosthenie gingen in den loop der volgende dagen weer over. Patiënte, die zich den droom nauwkeurig herinnerde, zocht zelf verband tusschen den droom en de amyosthenie, en verwonderde zich alleen, dat zij zoo moe en zwak in de armen kon zijn, zonder die gebruikt te hebben.

Eenen grooten invloed heeft het trauma, natuurlijk niet door directe laesie, maar indirect langs psychischen weg, door het idee, dat de patiënt over de werking van het trauma heeft. De traumatische neurose is bekend door de groote hoeveelheid bewegingsstoornissen, in den vorm van paresen, contracturen en tremoren, die het ziektebeeld te zien geeft. Na een val op den schouder zal een parese van den arm ontstaan, na een val op den rug eene paraparese der benedenste extremiteiten, zonder, dat eenige organische oorzaak te vinden is, die deze verlamming kan verklaren. Merkwaardig hierbij is, dat in de meeste gevallen de bewegingsstoornis niet direct op het trauma volgt, maar eerst na eenigen tijd ontstaat; dit tijdsverloop heeft *Charcot* genoemd, „la periode de meditation”. Deze zeer kenmerkende en juiste uitdrukking mag echter niet in dien zin opgevat worden, als zou daarmede eene bewuste simulatie bedoeld worden, die slechts in enkele gevallen aanwezig is en die gewoonlijk wel ontdekt kan worden.

Een groote invloed op de motorische stoornissen heeft de emotie. Iemand, en eene hysterica nog gemakkelijker dan een gewoon mensch, kan van schrik verlammen. Gevallen zijn bekend van paraplegieën, die jarenlang bestaan hebben en die na een schrik waren opgetreden. In een volgend hoofdstuk zullen wij het hys-

terisch acces als eenen bepaalden vorm van emotie leeren kennen. Het hysterisch acces is een machtige factor voor motorische verschijnselen. Vóór het acces, bij wijze van aura-verschijnselen, nemen alle motiliteitsstoornissen in intensiteit toe. Amyosthenieën, verlammingen, tremoren, contracturen ontstaan of worden duidelijker; dan volgt het acces, met een storm van gecoördineerde en ongecoördineerde bewegingen en na het acces kunnen alle bewegingsstoornissen in versterkte intensiteit dagen lang blijven bestaan.

De stoornissen in de motorische functiën bij Hysterie dragen, zooals wij reeds hebben medegedeeld, een psychisch cachet, anatomisch-physiologisch gesproken, zijn zij dus zoo centraal mogelijk, en onderscheiden zich daardoor van alle verlammingen, die veroorzaakt worden door organische aandoeningen van het periphere zenuwstelsel en van het ruggemerg.

Hysterie is echter eene zeldzame nabootster van allerlei organische aandoeningen en zoo komen hier ook wederom omstandigheden, die bij niet juiste waardeering, iemand gemakkelijk op een dwaalspoor kunnen brengen. Wij zullen dit hier kort memoreeren.

Hysterische verlammingen kunnen gepaard gaan met een spieratrofie, die gelijk op de atrophie, die bij aandoeningen van het eerste motorische neuron ontstaat.

Deze spieratrofie ontstaat gewoonlijk snel, b. v. in het verloop van 2—4 weken, in een geparaliseerde of gecontractureerde spiergroep. De spieren kunnen tot onaanzienlijke bundels samenschrompelen, en er zijn gevallen bekend, dat een been een skeletachtig voorkomen verkreeg. Daarenboven kan zich een ander verschijnsel vertoonen, dat men als vrij karakteristiek voor eene organische aandoening mag houden, n.l. de z.g. *fibrillaire* contractiën in de geparalyseerde spiergroepen, zooals men die zoo sterk kan vinden bij progressieve spieratrofie en bij andere organische aandoeningen van het eerste motorische neuron.

Deze beide symptomen, de atrophie van den spiervessel en de fibrillaire contracties in de verlamde spier, kunnen bij

Hysterie voorkomen; ze zijn echter betrekkelijk zeldzaam en hebben, wanneer zij voorkomen, eene andere beteekenis, dan bij de organische zenuwaandoeningen van het eerste neuron. In dit eerste neuron bij Hysterie hypothetische veranderingen aan te nemen, waarvan wij nooit iets waarnemen, heeft naar mijne meening geen zin; de onderstellingen winnen op deze manier wel aan uitgebreidheid, maar niet aan waarschijnlijkheid. Het ligt naar mijne opvatting meer voor de hand, deze atrophieën op gelijke lijn te stellen met andere zuiver trophische stoornissen bij Hysterie, met de hysterische oedemen, maagstoornissen enz. en dus aan te nemen, dat de psyche door middel van het sympathische zenuwstelsel haren invloed op de spier doet gelden. Deze onderstelling heeft dit voor, dat wij tallooze andere verschijnselen op dezelfde wijze verklaren.

Hoe dit echter ook zij, men mag de atrophie na organische aandoening van het 1^e neuron, niet gelijk stellen met de hysterische. Een doorgaand verschil is het ontbreken bij Hysterie van de goed uitgesprokene degeneratie-reactie der spier. In de nieuwere Fransche litteratuur vindt men enkele gevallen van z.g. degeneratie-reactie der spier bij Hysterie van Gilles de la Tourette, Vigouroux, Dutil, Souques; deze gevallen zijn naar mijne meening tegen eene strenge kritiek niet bestand. Het is te uitvoerig in een leerboek als dit, hierop in te gaan.

Het volgende is bekend over de electriche veranderingen der spier bij Hysterie.

De prikkelbaarheid kan zoowel in de zenuw als in de spier verminderd zijn. Soms komt het voor, dat galvanische en faradische prikkeling der zenuw geen effect meer heeft, terwijl men door directe spierprikkeling nog contracties verkrijgt.

Van geheele opheffing der spierprikkelbaarheid van omkeering der normale reactie van de spier en van duidelijk trage contractie, zijn geen gevallen bekend. In de groote meerderheid der gevallen van hysterische paralyse is zoowel de faradische, als de galvanische prikkelbaarheid van spier en zenuw *volkomen normaal*.

Wij hebben ten slotte een tweetal eigenschappen der hysterische paralyzen te bespreken, die zeer eigenaardig zijn, die eigenlijk alle hysterische verschijnselen kenmerken, maar die wij tot nog toe niet besproken hebben, omdat zij nergens zoo duidelijk te voorschijn komen, als bij de motorische stoornissen.

Eene hysterische paralyse is *gelocaliseerd* of *gesystematiseerd*; het eerste ziet op een eenheid van plaats, het laatste op een eenheid van functie; beide wijzen op eene psychische eenheid, eene eenheid in gevoel, idéé of wil.

De localisatie der hysterische paralyzen is niet eene localisatie in de anatomische beteekenis van het woord, in dien zin, dat een enkele spier of eene zenuw geparalyseerd is. De localisatie is meer grof, wij bespraken het reeds; een arm of een been is lam, het gezicht of het hoofd kan niet meer bewogen worden. Het is eene anatomische eenheid in het idee van den patiënt.

Van grooter belang is echter, de systematische verdeling der paralyzen. In dit geval valt een bepaald systeem van bewegingen weg. De beenen b.v. kunnen niet meer gebruikt worden om te loopen, maar voor alle andere bewegingen zijn de beenspieren nog volkomen geschikt. Hier is dus eene functioneele eenheid te loor gegaan, een *systeem* van bewegingen, dat door de frequentie, waarmede het in het normale leven voorkomt, voor het individu eene eenheid is geworden. Dergelijke *systematische* paralyzen zijn bij hysterie zeer gewoon. In andere gevallen kan de patiënt de bewegingen niet meer verrichten, die voor het geluid geven, of voor het spreken of voor het fluiten of voor het schrijven of pianospelen noodig zijn. In elk geval is het een verlies van bewegingen, waarvan de combinatie in het idéé van den patiënt eene functioneele eenheid vormen.

De amyosthenie en evenzoo de verlammingen, hebben veel overeenkomst met de vroeger besprokene anaesthesieën en vertoonen daardoor even duidelijk haar hysterisch cachet. Wij zagen, dat de anaesthesieën in hare localisatie onafhankelijk waren van de

periphere zenuwen; dit geldt evenzoo voor de *amyosthenieën* en voor de *paralysen*.

Wanneer eene of andere verlamming of verzwakking der spieren zich openbaart, is dit, zooals gezegd, altijd in een gedeelte, dat in het idee van den patiënt eene eenheid is. Een hand, een been of een arm is lam; het hoofd kan niet rechtop gehouden worden, of de oogen vallen dicht. Dit sluit natuurlijk eene localisatie in de periphere zenuwen uit. Voor de motorische functiën kunnen wij echter verder gaan. Het is ons n.l. bekend, dat verschillende functioneele eenheden, zoo b.v. de buigers van de hand, de strekkers van de wervelkolom, de keelspiere enz., die in normale omstandigheden gelijktijdig functioneeren, in hare anatomische localisatie bij elkaar behooren, d. w. z. dat centra daarvan in het ruggemerg en ook in de hersenschors, bij elkaar gelegen zijn. Vandaar, dat men bij gelocaliseerde organische processen in hersenen en ruggemerg dikwijls bepaalde spiergroepen, buigers of strekkers van een extremiteit gestoord vindt. Bij hysterie is dit zelden het geval. Hier is de localisatie meer van het idee afhankelijk, zoo b.v. eene geheele extremiteit of een gedeelte daarvan, buigers en strekkers tegelijk. Wat in het idee van den patiënt eene eenheid is, wat gezamenlijk gebruikt wordt, is gelijktijdig aangedaan.

Een eigenaardig verschijnsel der hysterische paralyse is de bijna standvastige combinatie met sensibiliteitsafwijkingen, vooral met de gewone analgesieën. Het is evenwel niet zeldzaam, ook hyperaesthesieën aan te treffen; deze laatste combineeren zich bij voorkeur met contracturen, terwijl de anaesthesieën meer de verlammingen vergezellen. Een doorgaande regel is hiervoor echter niet aan te geven.

Wij zullen achtereenvolgens alle motorische afwijkingen der hysterie naar het hierbijgaande schema behandelen.

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| A. Algemeene bewegingsstoornissen. | { | 1. Amyosthenie.
2. Contractuur-diathese.
3. Tremoren. |
|------------------------------------|---|---|

B. Gelocaliseerde bewegingsstoornissen.	1. Hemiplegie en Hemispasmus.	
	2. Paraplegie en paraspasmen.	a. der beenen. b. astasie-abasie. c. aphonie. d. mutisme.
	3. Monoplegieën en monospasmen.	a. spasmus glossolabialis. b. facialis paralyse. c. contractuur en paralyseroogspieren. d. contractuur en paralyse der halsspieren. e. dito van den arm en van het been.

A. ALGEMEENE BEWEGINGSSTOORNISSEN.

1. Amyosthenie.

Hieronder verstaat men eene vermindering der willekeurige spierkracht en gewoonlijk ook der spiercoördinatie. Ze komt in vele opzichten overeen met de hysterische anaesthesie en heeft ook dezelfde oorzaak, d. w. z. eene vermindering van het bewustzijn bij de bewegingen. Deze geschieden geheel zonder of met minder bewustzijn. Evenals bij de anaesthesie zijn de wilsuitingen naar de zijde van het onbewuste verschoven. De amyosthenie berust dus op de primitieve hysterische eigenschap, die wij vroeger reeds voldoende hebben besproken.

Een meer of mindere graad van deze spierzwakte bestaat in de meeste gevallen van Hysterie. Dat zij zoo weinig wordt opgemerkt, en dat dus er zoo weinig de aandacht op gevestigd is, berust hoofdzakelijk hierop, dat zij gezocht moet worden; en zij, evenals de hysterische anaesthesieën, aan den patiënt zelf onbekend is. De lijder komt er nooit over klagen, en weet het verschijnsel alleen dan, wanneer de medicus het hem experi-

menteel heeft aangetoond. Men onderzoekt de spierkracht met den dynamometer, en wanneer het andere spiergroepen, dan die van den voorarm betreft, door passieve weerstandsbewegingen; men laat dus den lijder op de eene of andere wijze het maximum van zijne willekeurige spierkracht praesteeën. In geval van amyosthenie vindt men deze dan in hooge mate gereduceerd. Gemakkelijk is dit te constateeren, wanneer ze gelocaliseerd is, op een arm, of een been of op eene geheele zijde van het lichaam. Door vergelijk met de gezonde zijde vindt men dan groote verschillen in de willekeurige spierkracht.

De amyosthenie is echter gewoonlijk algemeen over het geheele lichaam verspreid. Ze kan dan zoowel met eene goede als met eene slechte ontwikkeling van het spierstelsel gepaard gaan. In sommige gevallen zijn de spieren slecht ontwikkeld, en is de spierkracht in harmonie met deze dunne, magere spieren en met den algemeenen onvoldoenden voedingstoestand. Deze laatste is in die gevallen dan gewoonlijk afhankelijk van de gelijktijdig bestaande anorexie, en heeft als zoodanig met de amyosthenie niets uit te staan. Dit wordt hierdoor waarschijnlijk gemaakt, dat men in andere gevallen dezelfde amyosthenie kan vinden bij eenen bloeienden toestand der spieren. De amyosthenie veronderstelt dus geen zwakke spieren, maar eenen zwakken geest, die de spieren doet functioneeren.

In vele gevallen openbaart zich de amyosthenie door eene bemoeielijkte coördinatie der spieren. Niet alleen, dat dan de gewilde spierbewegingen in kracht verminderd zijn, maar ook de samengestelde bewegingen kunnen niet verricht worden. Dit verschijnsel heb ik alleen bij gelocaliseerde amyosthenie met voldoende zekerheid kunnen constateeren. Het komt den patiënt gewoonlijk tot bewustzijn, en hij geeft spontaan aan, dat hij met de eene hand geen fijne bewegingen kan doen, b. v. niet kan schrijven, wanneer het de rechterhand is. In enkele gevallen neemt men waar, dat gecoördineerde bewegingen alleen goed verricht worden, wanneer de patiënt ze kan zien; dan dient het gezichtsvermogen als contrôle voor de coördinatie.

In sterkere mate vindt men dit verschijnsel terug bij de gelocaliseerde verlammingen.

Met de amyosthenie gaat in de meerderheid der gevallen gepaard eene anaesthesie van de verzwakte gedeelten.

Met de amyosthenie gecombineerd, of ook wel afzonderlijk voorkomend, is wat de Franschen genoemd hebben :

2. De contractuur-diathese.

Hieronder verstaat men de neiging van wèl of niet paretische spieren om in contractuurtoestand te geraken. Dit openbaart zich b.v. na periphere prikkels, of volgt na elke krachtige inspanning van spiergroepen; deze kunnen dan niet gerelaxeerd worden, maar blijven gedurende eenigen tijd in contractuur.

Deze contractuurtoestand verhoudt zich tot de werkelijke contractuur, evenals de amyosthenie tot de paralysen.

De beide boven besprokene symptomen, de amyosthenie en de neiging tot contractuur, vinden hunnen oorsprong in de primitieve eigenschap der hysterie, de verplaatsing van alle geestelijke processen in de richting van het onbewuste. De hysterische verlammingen en contracturen, die eene sterkere ontwikkeling van deze symptomen zijn, hebben dikwijls eene meer gecompliceerde wordingsgeschiedenis, door dat voornamelijk het idée fixe eene groote rol vervult in het optreden daarvan. Wij weten echter, dat het idée fixe slechts eene complicatie is van de primitieve hysterische stoornis, eene obsessie, die meer of min onbewust is geworden. De etiologie van amyosthenie en paralysen berust dus tenslotte op 't zelfde moment.

3. Tremoren.

De hysterische tremoren zijn in elk opzicht, wat hunne eigenschappen betreft, zeer wisselend. Zij kunnen alle mogelijke vormen aannemen, en kunnen talrijke andere vormen van Tremor nabootsen.

Wat hunne verdeeling betreft het volgende: de Tremor kan algemeen zijn; dan ziet men elke spiergroep in verschillende

intensiteit in beweging, zoodat de willekeurige bewegingen ernstig gestoord en bijna onmogelijk kunnen worden. Verder kan de tremor eenen hemiplegischen of paraplegischen vorm aannemen, wel of niet gecombineerd met hemianesthesie of hemiplegie, ook wel met contractuurverschijnselen; eindelijk kan de tremor een enkel lidmaat of een gedeelte daarvan aandoen; de arm, de hand, het hoofd kan trillen.

De instantiteit der trillingen is zeer verschillend, somtijds moeten zij gezocht worden; in andere gevallen zijn zij zoo sterk, dat de willekeurige bewegingen er onmogelijk door kunnen worden.

Eene vrij standvastige eigenschap der hysterische trillingen is de regelmaat daarvan, zij zijn bij hetzelfde geval onderling gewoonlijk even groot en even frequent; dit geeft eene bepaalde rythmus.

De tremoren kunnen door bewegingen zoowel versterkt, als verzwakt worden, soms zijn zij in de rust duidelijker, somtijds bij beweging, in andere gevallen worden zij door rust of door beweging eerst te voorschijn geroepen. Hieruit alleen blijkt reeds voldoende, hoezeer de hysterische trillingen verschillend zijn van die, welke eene organische oorzaak hebben, van die trillingen, die voorkomen bij kwik- en alcohol-intoxicatie, bij multiple, selerosse, dementia paralytica enz.

Een verder moment is de snelheid van de trillingen, die uitgedrukt wordt door de hoeveelheid daarvan, die per seconde plaats vinden. Dit aantal varieert van 4—9 en op grond hiervan heeft men eene verdeeling der tremoren gemaakt, in snelle, middelmatige en langzame, die in de verschillende leerboeken is opgenomen en die ik ook hier weergeef.¹⁾ Zij is afkomstig van *Charcot* en later door een zijner leerlingen gewijzigd. Het

¹⁾ Voor de telling der trillingen bedient men zich van een registreertrommel, waarop zij worden opgeschreven. In de praktijk zijn deze instrumenten niet in gebruik, de praktische medicus is dus niet in staat het hier medegedeelde te controleeren.

schema geeft een goed overzicht der tremoren, vooral ook met 't oog op den verschillenden vorm der organische tremoren, die door hysterie worden nagebootst.

1°. Vibreerende trillingen, (8—9 en meer per seconde).	Trillingen, die in de rust blijven voortbestaan, niet of weinig gewijzigd door gewilde bewegingen.	Bootsen na: Ziekte van Basedow, chronisch alcoholisme, dementia paralytica.
2°. Trillingen van een middelmatige rythmus $5\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ per seconde.	a. Remitteerende, intentioneële trillingen, die door beweging in intensiteit toenemen, en in de rust wel of niet aanwezig zijn. b. gelocaliseerd in de beenen, z.g. paraplegische vorm. c. zuivere intentie-trillingen, die in de rust niet bestaan en alleen bij gewilde bewegingen te voorschijn komen.	Bootst na de trillingen bij kwikvergiftiging en op onvolkomene wijze de trillingen bij multiple sclerose. Bootst na de trillingen bij spastische parese der beenen. Bootst na de trillingen bij multiple sclerose.
3°. Langzame trillingen, 4— $5\frac{1}{2}$ per seconde.	Trillingen, die in de rust bestaan en niet door gewilde bewegingen gewijzigd worden.	Bootst na de trillingen bij paralyse agitans en de senile tremor.

In aansluiting aan dit schema zullen wij nog enkele opmerkingen maken en daarbij in hoofdzaak den nadruk leggen op de differentiële diagnose met de trillingen bij organische aandoeningen van het zenuwstelsel.

De vibreerende vorm, waar het trillingsaantal per seconde 8—9 bedraagt, is continueel, wordt door bewegingen niet sterker

en hindert de bewegingen weinig. Alleen fijne bewegingen, zooals b.v. het schrijven, vertoonen stoornis en worden daardoor bemoeilijkt.

Dit snelle trillen vertoont eene verschillende mate van intensiteit bij denzelfden patiënt. Vooral gemoedsaandoeningen en hysterische accessen hebben daarop grooten invloed, de intensiteit er van wordt dan zeer verhoogd, terwijl de trillingsfrequentie dezelfde blijft.

Er bestaat tusschen dezen vorm van tremor en dien bij *dementia paralytica* en de ziekte van Basedow, groote overeenkomst. Afgezien van de gelijke frequentie, berust dit voornamelijk op de algemeenheid van de trillingen, die zich ook in het gelaat vertoonen, en vooral bij gemoedsbewegingen duidelijk worden. Hierdoor kan ook de spraak bemoeilijkt zijn. De differentieele diagnose tusschen deze verschillende ziekte behoeft geene nadere bespreking, de begeleidende verschijnselen wijzen van zelf den weg.

De volgende afdeeling der trillingen van eene gemiddelde frequentie van $5\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ per seconde is de meest voorkomende vorm. De drie onderverdeelingen hiervan, die in het bovengegevene schema zijn opgenomen, zijn meer of min kunstmatig. Men vindt verschillende overgangsvormen, vooral tusschen de 1^e en de 3^e cathegorie.

Het karakteristieke van den eersten vorm is, dat de trilling algemeen is, het geheele lichaam, de armen, de beenen, het hoofd, dikwijls de tong en de gelaatspiers trillen. Deze trilling bestaat ook, wanneer de patiënt gezeten is; de beenen, waarvan de voeten met de punt op den grond staan, zijn in trillende beweging in het kniegewricht, de armen trillen in het schouder- en in het ellebooggewricht, het hoofd schudt. Al deze trillingen zijn steeds voor het bloote oog waar te nemen. Ze worden door willekeurige bewegingen versterkt. Wanneer met de hand een glas naar den mond gebracht wordt, gaat de arm hevig schudden, zoodat dit met groote moeilijkheid gepaard gaat. Het schrijven is door de trillingen bijna onmogelijk, het spreken kan ondui-

delijk worden. Reeds het aannemen van de staande houding heeft eene toename der tremoren ten gevolge. Daarentegen verdwijnen ze of worden aanzienlijk verminderd, door de horizontale houding; een arm, een been of het hoofd, dat in de hoogte geheven wordt, gaat echter onmiddellijk weer trillen.

Gemoedsbewegingen, hysterische accessen hebben grooten invloed op de intensiteit van dit trillen. Een mijner patiënten had het dan alleen op eene voor hem hinderlijke wijze, wanneer hij in gezelschap was. Alle willekeurige bewegingen, zelfs het loopen, worden er door bemoeielijkt.

Deze vorm van trillen kan zich in de benedenste extremiteiten localiseeren. In dit geval heeft het denzelfden vorm als het trillen, dat men bij de spastische paraplegie waarneemt. De gelijktijdige spastische toestand der spieren waarborgt voldoende voor verwisselingen.

De derde vorm van trillingen, die men waarneemt, zijn de zuiver *intentioneële*. In de rust bestaan zij dus niet, maar bij elke willekeurige beweging kunnen zij zeer intensief optreden. Deze vorm bootst dus geheel het trillen bij *multiple sclerose* na. Deze soort komt slechts zeldzaam voor; wij zullen hier niet nader op de differentiële diagnose met *multiple sclerose* ingaan. In een gegeven geval kan dit moeielijk of tijdelijk onmogelijk zijn.

Ten slotte komen wij tot de trillingen met langzamen rythmus van 4—5½ per seconde. Deze trillingen bootsen dus na, die van *paralysis agitans*. Zij komen weinig voor, zijn continueel, worden door willekeurige bewegingen niet versterkt en zijn gewoonlijk over het geheele lichaam verspreid.

B. GELOCALISEERDE BEWEGINGSSTOORNISSEN.

1. Hemiplegie en Hemispasmus.

De verschijnselen der Hysterische hemiplegie bespreken wij het best door ze te vergelijken met de gewone, aan ons allen bekende verschijnselen, der organische hemiplegie.

Gewoonlijk zijn de beenen het sterkst aangedaan. Het geheele been wordt als eene inerte massa achter het lichaam aangesleept. De patiënt loopt als iemand, die zijn eene been niet kan gebruiken, omdat het lam is. Dit geeft een karakteristiek verschil met den gang bij de organische hemiplegieën. Bij deze laatste zijn niet alle spieren gelijkelijk aangedaan, maar overweegt de parese van de beenbuigers. Hierdoor kan, bij het brengen van het been naar voren, dit niet gebogen worden, en zou het dus tegen den grond stuiten. Dit wordt voorkomen door eene zijwaartsche draaiing van het bekken, waardoor het verlamde been eene boogbeweging maakt, rondom het gezonde, en op deze wijze daar vóór komt te staan. Daarna wordt het zieke been als steunpunt gebruikt voor het lichaam, om het gezonde been naar voren te brengen; dat is mogelijk, omdat van het zieke been de strekkers weinig of niet in hunne functie belemmerd zijn.

Bij de hysterische hemiplegie is een dergelijke gang niet mogelijk, omdat het geheele been, strekkers zoowel als buigers, verlamd is. Hier ziet men, dat het zieke been meegesleept, langs den grond getrokken wordt door de werking der Ileo-psoas; dan komt het *naast*, en niet *vóór* het gezonde been te staan, dient als zwak steunpunt van het lichaam en zoo spoedig mogelijk plaatst het gezonde been zich daar dan weer vóór. Op deze wijze verkrijgt men een gang, zooals kinderen dat doen, wanneer zij een trap opklimmen, altijd met het zelfde been vooruit.

De hysterische hemiplegie is in de groote meerderheid der gevallen aan het been sterker uitgesproken, dan aan den arm, wat bij de organische hemiplegie, niet, of liever juist omgekeerd, het geval is.

De intensiteit der hysterische hemiplegie is zeer verschillend. De geringste gevallen zijn die, waar de eene helft van het lichaam zwakker gevoeld wordt, dan de andere, en waar alle gewilde sterke bewegingen en alle fijner gecoördineerde bewegingen onmogelijk zijn; dit is eene hemi-amyosthenie. De sterkste gevallen zijn die, waarbij arm en been absoluut *niet* bewogen kun-

nen worden, waarbij de arm zelfs niet gebruikt kan worden tot steun voor een kruk. Daartusschen bestaan alle overgangen.

De reflexen zijn bij hysterische hemiplegie gewoonlijk normaal gebleven, afgezien van de pijnreflexen, die den algemeenen regel, zooals wij die reeds herhaaldelijk op den voorgrond hebben gesteld, volgen.

De pijnreflexen, die hun weg over het bewustzijn nemen, zijn behouden, indien het pijngevoel behouden is. Gewoonlijk echter is dit in de paretische helft afwezig, en dan verdwijnen ook de reflexen. De peesreflexen, die van het bewustzijn onafhankelijk zijn, blijven gewoonlijk onveranderd. Bij organische hemiplegie zijn de reflexen bijna altijd verhoogd.

Met de hysterische hemiplegie is gewoonlijk gecombineerd eene gelijkzijdige hemi-anaesthesie, zooals wij dat ook reeds besproken hebben voor de amyosthenie. Deze anaesthesie heeft de gewone hysterische eigenschappen. Ook de andere zintuigen aan de paretische zijde kunnen meer of min ongevoelig zijn.

Op grond van deze anaesthesie van de huid en van de zintuigen meende Charcot, dat de hysterische hemiplegie geheel overeen kwam met de organische hemiplegie, die veroorzaakt werd door aandoeningen van het achterste gedeelte der *capsula interna*. Dit is onjuist. In tegenstelling met wat Charcot meende, is het voldoende gedemonstreerd, dat organische veranderingen in de *capsula interna*, altijd gepaard gaan met *hemianopsie* en nooit met blindheid op een oog. Als diagnostisch kenteeken mag men stellen, dat blindheid op één oog slechts mogelijk is in twee gevallen: 1°. door organische aandoening van het oog en van de opticus tot en met de kruising in het *chiasma opticum*; in dit geval zijn of komen er organische veranderingen in het oog zelf en 2°. bij hysterie; dan is het eene blindheid door idée of door beperking van het bewustzijn. In dit geval zijn er *nooit* organische afwijkingen in het oog te constateeren, en bestaan er *nooit* afwijkingen in het zien zelf.

De afwijkingen in de lichaamsgevoeligheid en in de zintuigen,

speciaal het oog, zijn dus van groot belang voor de onderscheiding van hysterische en eene organische hemiplegie.

Eene andere eigenschap der hysterische hemiplegie bestaat hierin, dat het gelaat in de meerderheid der gevallen niet aan de verlamming deel neemt, in tegenstelling met de organische hemiplegie, waar het hangende gezicht en de naar de zijde der verlamming afwijkende tong een karakteristiek verschijnsel zijn. Er zijn echter ook eenige gevallen bekend van hysterische hemiplegie, waar het gelaat aan de verlamming deel nam. Bij de bespreking der facialis paralyse komen wij hierop terug.

De hysterische hemiplegie is gewoonlijk eene slappe verlamming, en blijft dit gedurende de geheelen tijd van haar bestaan. Ook hierin onderscheidt zij zich van den organischen vorm, waar contracturen zich op den duur ontwikkelen. Het komt evenwel nu en dan voor, dat ook bij Hysterische hemiplegie zich contracturen vertoonen. Deze onderscheidt men zonder veel moeite van de organische contracturen, doordat niet de eigenaardige stand daarvan aanwezig is, die voor den arm ontstaat door het overwegen der flexie-contractuur, voor het been door overwegen der extensie-contractuur. Bij hysterie vindt men eenen aan de borst gedrukten arm, in 't elbooggewricht gebogen en een dicht geknepen vuist; een been, dat in toto rigide is en dergelijke standen meer. Wij zien ook in dit verschijnsel wederom iets psychisch, iets, dat van de denkbeelden, al zijn het dan ook geen bewuste denkbeelden, van den patiënt afhankelijk is.

De contractuur is bij de hysterische hemiplegie een zeldzaam voorkomend verschijnsel.

De diagnose is gewoonlijk niet moeielijk te stellen, ook wanneer andere hysterische verschijnselen ontbreken.

In plaats van eene hemiplegie komt nu en dan, hoewel betrekkelijk zeldzaam, eene contractuur van eene geheele lichaamshelft voor. Deze contractuur treedt nog al eens op, tengevolge van hysterische accessen of van emoties. Het voorkomen van deze contractuur is nog al karakteristiek.

De arm ligt tegen de voorzijde van den borstwand aan, en is

in het elbooggewricht en in het handgewricht sterk gebogen, de duim is in de hand geslagen en bedekt door de gebogen vingers; de hand is dus tot een vuist gebald. Enkele gevallen zijn bekend, dat de arm in strekcontractuur gefixeerd is.

Het been is in strekcontractuur en gewoonlijk is het bekken een weinig naar boven getrokken. De punt van den voet naar beneden, de buitenrand naar beneden gericht, zoodat de voet hierop neergezet wordt. De planta pedis ziet naar binnen en boven.

Met de hemi-contractuur kan gepaard gaan eene anaesthesie; meer gewoon zijn echter hyperaesthesieën, die zich dikwijls bij contracturen voegen.

De diagnose der hysterische hemi-contractuur is gewoonlijk niet moeilijk. Wanneer zij volgt op eene hemiplegie, zou men aan organische secundaire contractuur kunnen denken. Het plotseling optreden er van, de localisatie, de aanwezigheid van hyperaesthesieën zijn karakteristieke kenmerken. Misschien, dat men bij kinderen het gemakkelijkst eene vergissing zou kunnen maken.

2. PARAPLEGIEËN EN PARASPMEN.

a. Van de beenen.

De symptomatologie hiervan bespreken wij het gemakkelijkst, wanneer wij ze vergelijken met de paraplegie uit medullaire oorzaak, waarmede zij in sommige gevallen verwisseld kan worden.

De intensiteit der hysterische paraplegie der beenen is zeer verschillend. Zeldzaam zijn de gevallen, dat de patiënt op bed ligt met volkomen onbewegelijke extremiteiten, meestal is eenige beweging, vooral onwillekeurige beweging, mogelijk. Een mijner patiënten klaagde zelfs over onrust in de beenen en er werden voortdurend kleine bewegingen verricht. Gewoonlijk is echter het loopen en het staan hoogst bezwaarlijk of onmogelijk. Door den patiënt aan te moedigen, ziet men meestal eenige verbetering optreden. Dikwijls gaan deze bewegingen dan met pijn gepaard. Men vindt niet, zooals bij organische paraplegieën, de bewege-

lijkheid in sommige spiergroepen *totaal* opgeheven, terwijl andere groepen meer of min gespaard zijn. De extremiteiten zijn *in toto* paretisch of paralytisch, dit is altijd een diagnostisch kenteeken van groot gewicht, waarop men 't eerst moet letten. Tengevolge van deze algemeene parese of paralyse der spieren, neemt de extremititeit in de liggende positie eene houding aan, zooals die door de zwaartekracht bepaald wordt. Met name ziet men dezen stand aan den voet, die met de punt naar voren en beneden gekanteld is. Ook de zwaarte der dekens is van invloed op de onderlinge verhouding der verschillende deelen. Charcot heeft gevallen medegedeeld, bij welke door langdurige fixatie van een gewicht in eene verkeerde houding, vergroeiingen waren ontstaan, die later, nadat de paralyse genezen was, eene operatie hebben noodig gemaakt. Men lette er dus op, dat de extremiteit haar normalen stand behoudt. Dit is door een steun van den voet en door bescherming voor den druk van de dekens gemakkelijk te bereiken.

De electriche reactie der spieren blijft normaal. Op dezen regel komen *misschien* enkele, in elk geval zeer weinige uitzonderingen voor. Dit is een belangrijk differentieel-diagnostisch kenmerk met alle paralyzen, die ontstaan, door aandoeningen van het periphere zenuwstelsel. Eene paraplegie, tengevolge van medullaire aandoeningen in het ruggedeelte, of hooger gelegen, geeft echter in dit opzicht dezelfde verschijnselen.

In overeenstemming met de normale electriche reactie komt organische atrophie der spieren niet voor. Wel ziet men in langdurige gevallen de musculatuur sterk vermageren en slapper worden. In 't algemeen worden deze stoornissen echter veroorzaakt door inactiviteit, en door den onvoldoenden algemeenen voedingstoestand, dien men nu en dan bij Hysterie tengevolge van digestiestoornis etc. kan waarnemen. Echte atrophie, te niet gaan van spierweefsel, zooals die voorkomt bij aandoeningen van het eerste motorische neuron, ontbreken bij Hysterie.

Spastische symptomen in de spieren kunnen voorkomen. Zij zijn niet frequent en dragen gewoonlijk een duidelijk hysterisch

cachet. Het geheele been is in stijve strekking en in adductie, waardoor de knieën tegen elkaar drukken. De voet is gewoonlijk gestrekt. Ook deze contracturen kunnen aanleiding geven tot fibro-tendineuse vergroeiingen.

De contracturen bij de hysterische paraplegie zijn dus geheel verschillend van die, welke door druk op het ruggemerg ontstaan, hoewel in sommige gevallen de differentiële diagnose moeilijkheden kan geven.

De sensibiliteit verhoudt zich bij de Hysterische paraplegie der benedenste extremiteiten verschillend. In vele gevallen, vooral wanneer de verlamming eene slappe is, vindt men eene anaesthesie van het geheele been, of eene anaesthesie, die door eene horizontale lijn begrensd wordt, of eenen anaesthetischen band om het been. Nooit vindt men anaesthesie volgens het verspreidingsgebied der periphere zenuwen. Ook kan de anaesthesie zich meer of min ver over den buik en den rug uitstrekken, en door eene horizontale lijn begrensd worden. In dit geval is er overeenstemming met de anaesthesie bij de transversale myelitis, en kan dit tot verwarring aanleiding geven. Men onderzoekte dan de gevoeligheid van genitaliën en van de anus. Bij Hysterie is deze dikwijls normaal, bij myelitis transversalis niet. De anaesthesie bij Hysterie volgt den algemeenen regel, die ons door Charcot geleerd is, dat zij zich associeert met de functie van het orgaan, en de genitaal-functieën behooren niet bij het been, ten minste niet in het idee van den patiënt.

Hyperaesthesieën komen bij de Hysterische paraplegie evenzoo voor, vooral indien er gelijktijdig contracturen aanwezig zijn. Men kan bij Hysterie zelfs als regel stellen, dat hyperaesthesieën en contracturen, en anaesthesieën en paralyzen bij elkaar behooren, en dat evenals anaesthesieën en hyperaesthesieën gemakkelijk in elkaar overgaan of met elkaar afwisselen, dit ook met paralyzen en contracturen het geval is.

In een geval, dat ik waarnam, bestond bij eene para-parese der benedenste extremiteiten, rondom de knieën en de voetgewrichten exquisiete hyperaesthesie, als een breede band daarom-

heen. Overigens waren afwijkingen der sensibiliteit, gedurende het geheele ziekteverloop afwezig, jaren achter elkaar.

De hyperaesthesieën kunnen verder een vorm aannemen, die aan tabes dorsalis doet denken, vooral wanneer daarmede samengaat het phenomeen van Romberg en blaasstoornissen, zooals dat wel voorgekomen is. In deze gevallen zijn het voornamelijk de oculo-pupillaire stoornissen en het ontbreken der kniepeesreflex, die tabes dorsalis met zeer groote waarschijnlijkheid doen aannemen. Ondanks dit, zijn er toch nog enkele vergissingen bekend geworden; en zijn er te Lourdes gevallen genezen, die door erkende autoriteiten als tabes dorsalis gediagnosticeerd en behandeld waren. Het is echter bekend, hoezeer religieuze praktijken gunstig kunnen werken op hysterische paraplegieën, zelfs op zulke, die jarenlang geduurd hebben.

Trophische stoornissen in de huid komen bij hysterische paraplegie weinig voor. Anaemie en vooral veneuse hyperaemie nu en dan wel. Zeldzaam is echter het ontstaan van doorlegwonden, zooals wij die bij aandoeningen van het ruggemerg vinden, en nooit zijn daarmede die ernstige verschijnselen gepaard, die wij bij medullaire aandoeningen waarnemen.

De peesreflexen verhouden zich bij hysterische paraplegie gewoonlijk normaal. Een ontbreken der kniepeesreflex wijst in elk geval op eene organische aandoening. In sommige gevallen zijn bij Hysterie de peesreflexen verhoogd; dit geldt voornamelijk voor de kniepeesreflex. Voetclonus is bijna nooit aanwezig. Komt het voor, dan neemt het gewoonlijk niet dien regelmatig-vorm aan, welke wij bij medullaire aandoeningen vinden, maar bestaat uit een meer onregelmatig schokken.

De huidreflexen zijn dikwijls afwezig, vooral geldt dit van de plantair reflex; dit laatste is een belangrijk differentiëel-diagnostisch kenmerk tegenover organische aandoeningen.

Om het klinische beeld der hysterische paraplegie te voltooien, moeten wij ten slotte nog de blaas- en rectum-stoornissen gedenken.

De stoornissen in de functie van het rectum zijn zeldzaam;

incontinentia alvi wordt alleen nu en dan waargenomen in zeer oude gevallen van hysterie, bij hystericae, die jarenlang zich met paraplegische extremiteiten hebben voortgesleept.

Stoornissen in de urineloozing zijn menigvuldiger. Toch komt incontinentia vesicae zeer zelden voor. Daarentegen dikwijls retentio urinae in den een of anderen vorm. Daarbij is gewoonlijk de gevoeligheid der urethra behouden, zoodat het inbrengen der sonde als pijn gevoeld wordt. Bij medullaire aandoeningen is dit meestal niet het geval. Voor de beschrijving der blaas- en rectum-aandoeningen verwijzen wij verder naar het later te behandelen gedeelte daarover.

Bij de beschrijving der hysterische paraplegieën zou men den indruk verkrijgen, dat de diagnose tegenover de verschillende organische paraplegieën gemakkelijk ware te stellen. Dikwijls is dit inderdaad het geval. Maar dit neemt niet weg, dat het in sommige gevallen met de grootste moeilijkheden gepaard kan gaan en zelfs op een gegeven tijdstip onmogelijk kan zijn.

De diagnose kan nooit uit enkele symptomen gemaakt worden, maar alleen uit eene combinatie daarvan. Een bijzondere vorm der hysterische paraplegie aan de benedenste extremititeiten is:

b. Astasie-abasie.

Hieronder verstaat men eene aandoening, waarbij de gecoördeneerde bewegingen en spierspanningen, die bij het staan en het loopen in actie treden, gestoord zijn, zonder dat de overige bewegingen eenige afwijking vertoonen.

Wanneer de patiënt in zittende of liggende houding zich bevindt, bemerkt men niet de geringste stoornis; alle bewegingen met de beenen zijn dan op normale wijze mogelijk. Hierdoor wordt voldoende aangetoond, dat er van geen paralyse, van geen ataxie of van verhoogde spanning van eenige spiergroep sprake kan zijn.

De stoornis treedt op, wanneer men den patiënt verzoekt te gaan loopen. In de goed uitgesproken gevallen is dit geheel onmogelijk; de lijder maakt allerlei ongecoördeneerde bewegingen,

die somtijds een atactisch, in andere gevallen een spastisch of een trillend en vibreerend karakter hebben; het resultaat is, dat geen stap gedaan kan worden, en dat de patiënt in elkaar zakt. Ook het staan is onmogelijk; evengoed als voor het loopen een gecoördineerd samenwerken van spierbewegingen plaats heeft, is dit noodig voor de houding rechtop. Ook dit mechanisme is gestoord, en wij zien den lijder in elkaar zakken. Al naar de verschillende stoornissen, die de spierbewegingen vertoonen, heeft men verschillende vormen van Astasie en Abasie onderscheiden. Men sprak van een trillenden, choreatischen, paralytischen, spastischen en een springenden vorm. Deze onderscheidingen zijn nutteloos en doen tot den aard van de stoornis weinig af.

De vruchteloze bewegingen om te loopen of om zich staande te houden gaan steeds gepaard met eenen reactieven angst, die niet eerder verdwijnt, voor dat de patiënt zich heeft laten vallen of in zittende of liggende houding is gebracht; dan zijn alle bewegingen wederom op normale wijze mogelijk.

De aandoening is gemakkelijk te herkennen en kan niet met eenige organische ziekte van het zenuwstelsel verward worden. Groote overeenkomst kan bestaan met eene dergelijke neurasthenische aandoening. Het schijnt namelijk nu en dan voor te komen, dat bij Neurasthenie, de Agoraphobie eenen dergelijken vorm aanneemt. Niet alleen, dat de lijder dan bang is ruimten te doorloopen, maar zijn angst strekt zich tot de handeling van het loopen zelf uit, en hij is daardoor in de onmogelijkheid een stap te doen. Het verschil tusschen de neurasthenische en de hysterische Astasie-abasie is in 't oogvallend. In het eerste geval bestaat er een bewuste vrees, de lijder zegt zelf, dat hij angst voor het loopen heeft; in het tweede geval bestaat deze bewuste angst niet, maar zegt de patiënt eenvoudig, dat hij niet *kan* loopen. Het onderscheid is dus duidelijk genoeg.

Behalve bovengenoemde stoornis komen bij hysterie nog andere analoge afwijkingen in de functie der spieren voor. Ik behandelde eene hysterica, die afgezien van talrijke andere verschijn-

selen, tijdelijk niet de spierbewegingen van het eten, het schrijven en het opstaan vertoonde. Gaf ik haar eene vork of eene pen in de hand, dan sloten de vingers zich krampachtig daaromheen en van eenige gecoördineerde beweging kon geen sprake zijn. Simulatie kon met zekerheid buitengesloten worden.

De genese van deze coördinatorische stoornissen voor bepaalde systemen van bewegingen, bij een volkomen intact zijn van andere systemen, die door dezelfde spiergroepen verricht worden, kan bij hysterie in sommige gevallen duidelijk zijn. Het spreekt vanzelf, dat de oorzaak eene psychische moet zijn. In het geheele periphere zenuwstelsel is geene aandoening denkbaar, die zou kunnen bewerken, dat alleen de spierbewegingen, die voor het loopen noodig zijn, wegvallen.

In het geval, dat ik boven beschreef, stond de stoornis in verband met vroegere afwijkingen. Voor eene voorbijgaande voedselweigering, was ik genoodzaakt geweest, patiënte tweemaal met de sonde te voeden. Daarna begon zij weer zelf te eten, dat wil zeggen, zij kon de bewegingen daarvoor niet verrichten, maar gebruikte de haar voorgehoudene spijs. In een geval van *Ballet* was Astasie opgetreden bij een' werkman uit eene cautchuc-fabriek, die twee zijner medearbeiders had zien lijden aan zwavel-koolstof intoxicatie, de een met paralyse der benedenste extremiteiten.

In vele gevallen zijn dus de verschijnselen terug te brengen tot een „idée fixe”. Reeds dikwijls hebben wij gelegenheid gehad, den grooten invloed te doen opmerken, die een dergelijk onbewust denkbeeld kan uitoefenen in het te voorschijn roepen der hysterische verschijnselen. Het is niet gemakkelijk, dit altijd met zekerheid aan te toonen; wanneer de verschijnselen zijn, zooals in de beide bovengenoemde gevallen, ligt het gegronde vermoeden voor de hand. Aangetoond is het echter alleen, wanneer de patiënt in hypnose of door distractie het zelf mededeelt.

De paralyse, die beperkt is tot de beide beenen, komt, zooals wij opgemerkt hebben, vrij dikwijls voor bij hysterie. Het valt in het oog, dat dezelfde verschijnselen aan de armen alleen, zoo goed

als nooit voorkomen. Ook bij de organische paralyzen is dit het geval. Hier heeft het echter eenen zeer begrijpelijken grond. De organische paraplegieën zijn bijna altijd van medullairen aard, en elk medullair proces, dat de armen aandoet, moet natuurlijk ook de beenen paretisch maken.

Bij hysterie zou dit niet aldus behoeven te zijn, omdat het ruggemerg hier buiten spel blijft. Wij hebben hier dus naar eene andere oorzaak te zoeken.

Het komt mij voor, dat de armen niet gelijktijdig verlammen, omdat zij zelden gelijktijdig gebruikt worden, terwijl bij de beenen dit bijna altijd het geval is. In het idee van den patiënt behooren de beenen bij elkaar en de armen niet; het eene been doet het andere na en als het eene lam wordt, wordt het andere dat ook, wat van de armen niet gezegd kan worden. De oorzaak is naar mijne opvatting dus eene psychische, maar geen *bewust* psychische, wat geheel overeenkomt met het standpunt, dat wij ten opzichte der hysterie hebben ingenomen.

Dat symmetrisch samenwerkende spieren bij hysterie samen ziek worden bewijst ons verder:

c. De hysterische aphonie ¹⁾

Deze aandoening is altijd dubbelzijdig, en als zoodanig behoort zij te huis onder de hysterische paraplegieën.

Één stemband afzonderlijk wordt in het normale leven nooit

¹⁾ De hysterische aphonie wordt in de leerboeken gewoonlijk behandeld onder het hoofdstuk der respiratie-stoornissen. Naar mijne meening zeer ten onrechte. De beweging onzer stembanden is eene bijzonder fijne en is in hooge mate van onzen wil afhankelijk, niet minder dan al onze willekeurige bewegingen dat zijn. De stoornis in dit mechanisme behoort dus te huis bij de stoornissen in de willekeurige bewegingen. Dat de beweging der stembanden ook verband houdt met de respiratie, is zonder twijfel juist. Dit is echter eene geheel andere functie, dan de gearticuleerde beweging der spraak en is van zuiver reflectorischen aard.

gebruikt en bij hysterie verlamt nooit één stemband alleen; altijd is het eene paraplegie.

Deze paraplegie der stembanden is een van oudsher bekend symptoom der hysterie, dat door zijne frequentie en door de gemakkelijkheden, waarmede het waargenomen wordt, eene zekere vermaardheid heeft gekregen.

De etiologie dezer hysterische aphonie biedt ons dezelfde momenten, als die der andere hysterische paralysen. Hysterische accessen en emoties spelen eene hoofdrol; in vele gevallen is een of ander idee fixe de oorzaak. Eene mijner patiënten leed aan hysterische slaapaanvallen. Gedurende hare lethargie konden door herhaald aandringen enkele uitingen van haar verkrijgen. Het bleek dan, dat zij zeer beangst was, omdat zij alles waarnam, wat om haar heen gebeurde en toch niet kon spreken, zich niet kon uiten. Na afloop van den aanval was zij aphonisch.

In dit geval ligt het voor de hand, verband te zoeken niet alleen tusschen den slaapaanval en de aphonie, die in aansluiting daaraan optrad, maar bovendien meer speciaal tusschen het denkbeeld in den aanval, dat zij niet kon spreken, en de latere aphonie. Patiënte zelf was vergeten, dat zij in den aanval niet kon spreken, en wist dus ook niet, dat dit de oorzaak voor hare aphonie was. Het niet kunnen spreken was idee fixe geworden en uitte zich door aphonie.

Hoezeer het idee fixe na den aanval zijn invloed deed gelden, bleek uit de karakteristieke uitdrukking van patiënte, „dat zij niets verwonderd was, dat zij niet kon spreken.” Het denkbeeld van niet te kunnen spreken bestond dus kennelijk na den aanval, ofschoon zij er zich niet van bewust was.

Eene andere patiënte was bevreesd aan phthisis te lijden en had daardoor eene aphonie.

Dikwijls zijn locale ontstekingen van de pharynx en larynx oorzaak voor hysterische aphonie. In sommige gevallen geeft eene acute laryngitis op zich zelf reeds heeschheid, en kan men in twijfel zijn of de onbewegelijkheid der stembanden niet door

het organische proces in de keel veroorzaakt wordt. Deze twijfel verdwijnt, wanneer men de laryngitis ziet genezen en de aphonie ziet blijven bestaan. Vele andere accidenten, die bij den normalen mensch geene aphonische verschijnselen geven, doen dat bij hysterie wel, en wij hebben dan weer voor ons het idée fixe, dat van zoo talrijke hysterische verschijnselen de oorzaak is.

Het laryngoskopisch beeld der hysterische aphonie is ons niet altijd duidelijk, en is ook in de verschillende gevallen niet hetzelfde. Eén ding vindt men constant, n.l. dat de stembanden bij de phonatie niet meetrillen en niet naar elkaar toegebracht kunnen worden. In de meeste gevallen vindt men de stembanden verder dan gewoonlijk van elkaar, wat kan komen door eene verlamming der adductoren, maar ook door een spasmus van de abductoren. Wij hebben reeds meerdere malen opgemerkt, dat verlamming en contractuur elkaar bij hysterie kunnen afwisselen. Voor de keel staan wij hier voor dezelfde moeilijkheden, als bij de bewegingen van het oog.

Wij nemen aan, dat in alle gevallen het bewuste of niet bewuste idée van niet te kunnen spreken, welk idée in talloze momenten zijn oorzaak kan vinden, de oorzaak is voor de aphonie. Deze aphonie komt physisch tot stand door onbewegelijkheid der stembanden, en dit is, te oordeelen naar hetgeen daarover bekend is, het eenige standvastige in het laryngoskopische beeld der hysterische aphonie.

De klinische verschijnselen der aphonie zijn spoedig genoemd. De patiënt kan geen geluid geven, maar kan wel spreken. De phonatie is opgeheven, de articulatie blijft bestaan. De patiënt spreekt duidelijk, maar fluisterend. Het is hem onmogelijk ook ongearticuleerde geluiden te voorschijn te roepen. Hierop kan men somtijds uitzonderingen waarnemen, doordat de patiënt plotseling onder den invloed van eene emotie, als het ware reflectorisch, een schreeuw kan geven. Verder zijn er gevallen bekend, waar in den droom overluid gesproken werd. Andere gevallen zijn nog zonderling; de patiënt kon alleen fluisterend spreken, maar kon luid zingen.

Het verloop der hysterische aphonie is in 't algemeen gunstig, zij geneest gewoonlijk, maar is tegelijkertijd zeer onberekenbaar en wisselvallig. Zij gaat, zooals zij gekomen is, plotseling, zonder dat onze therapeutische middelen van veel nut schijnen geweest te zijn. In andere gevallen geneest zij met bijna elk therapeuticum, om dikwijls spoedig weer te komen. De duur der aphonie is zeer verschillend, somtijds zijn het slechts uren of dagen, in andere gevallen zijn het maanden en jaren, dat de patiënt de fluisterspraak behoudt. Met de aphonie verwant is het:

d. Hysterisch mutisme.

De etiologie van het hysterisch mutisme is dezelfde als van de hysterische aphonie, en dit brengt ons op het vermoeden, dat beide aandoeningen ook nadere verwantschap in hare verschijnselen vertoonen.

Locale ontstekingsprocessen in de keel, emoties, vooral schrik, verder hysterische accessen spelen eene hoofdrol. Kennelijk is het idee wederom de machtige factor, in den vorm van een meer of min bewust idee fixe.

De verschijnselen zijn gemakkelijk te beschrijven en bestaan uit twee groepen:

1°. kan, evenals bij de hysterische aphonie, geen geluid meer gegeven worden. Meestal is dit meer absoluut, dan bij de gewone aphonie; waar soms nog gelachen of gezongen kan worden, waar soms overluid gedroomd wordt, enz.

Deze onmogelijkheid om geluid te geven openbaart zich in het laryngoskopisch beeld, door de onmogelijkheid om willekeurig de stembanden tot elkaar te doen naderen. Eene speciaal pathologische, standvastige plaatsing der stembanden, zooals men die bij periphere verlammingen vindt, worden hier, evenmin als bij aphonie, aangetroffen.

2°. Bestaat er onmogelijkheid om te articuleeren; er kan dus ook niet fluisterend gesproken worden, zooals bij aphonie, maar de patiënt is geheel stom. Zooals wij weten, berust de articulatie niet op de beweging der stembanden alleen, maar op de

fijn afgepaste bewegingen der keel, tong en aangezichts-spielen. Deze spieren zijn bij de hysterische mutismus niet verlamd in den gewonen zin van het woord, want alle andere bewegingen kunnen daarmee nog verricht worden; de patiënt kan b. v. nog fluiten. *Hij kan alleen die spieren niet gebruiken om te spreken.* Wij hebben hier dus volkomen dezelfde verschijnselen, als bij Astasie-abasie, waar de spieren van het been ook niet verlamd waren, maar waar zij niet gebruikt konden worden om te loopen. De hysterica kan niet loopen, niet zien, niet voelen, niet hooren enz., al naar het geval. Er valt eene functie weg, die in het idee van den patiënt een geheel is, en het idee van den patiënt is, zooals wij reeds zoo dikwijls gezien hebben, beslissend voor het karakter van de stoornis.

Deze opvatting van het hysterisch mutisme wijkt af van die der gangbare autoriteiten (Charcot, Pitres, Gilles de la Tourette, Natier, Cartaz, Löwenfeld, Mendel enz.), die alle het hysterisch mutisme beschouwen, als eene aphonie plus eene motorische aphasie.

Deze opvatting schijnt mij om verschillende redenen onjuist. Ik geef deze hier in 't kort op.

Motorische aphasie gaat altijd gepaard met een psychisch defect, en gewoonlijk met rechtszijdige hemiplegische verschijnselen, mutisme nooit. Andere cerebrale wegvalverschijnselen, die bij motorische aphasie zeer gewoon zijn, zóó b. v. agraphie, sensorische aphasie, komen bij hysterisch mutisme zoo goed als niet voor. Er schijnen enkele gevallen voorgekomen te zijn van gelijktijdige agraphie. Deze gevallen kunnen echter zeer goed op andere wijze verklaard worden. Het merkwaardige geval van Mendel van hysterisch mutisme met doofheid, van hysterische doofstomheid dus, wijst evenmin op aphatische stoornis.

Bij het hysterisch mutisme ontbreken dus de concomitteerende verschijnselen van eene op organische oorzaak berustende aphasie. Dit alleen reeds maakt het onwaarschijnlijk, dat bij mutisme sprake kan zijn van een cerebraal haardsymptoom.

Er is echter een andere grond, die de laatstgenoemde onderstelling geheel onmogelijk maakt.

Er is in de geheele kliniek der hysterie geen enkel verschijnsel aanwezig, dat door eene locale centraalaandoening verklaard kan worden. Altijd stuit men bij de verklaring der hysterische symptomen op een idee, eene emotie, een gevoel enz., en dit zijn geestesprocessen waarbij de *geheele* psyche betrokken is. Achter elke stoornis bij hysterie schuilt een psychologisch proces, en dit sluit eene anatomische localisatie in cerebro uit. Evenmin als men Astasie-abasie in cerebro kan localiseeren, evenmin kan men dit het mutisme doen; beide aandoeningen zijn z. g. gesystematiseerde paralyzen, waar een geheel systeem van psychische bewegingen buiten het bewustzijn blijft. Dit psychisch systeem is niet weg, is niet vernietigd, zooals bij een organisch proces het geval zou moeten zijn, want men kan het onder geschikte omstandigheden experimenteel weer te voorschijn roepen. Van daar, dat er ook nooit verschijnselen van een psychisch defect aanwezig zijn.

Op grond van het bovenstaande, maken wij dus niet dat principiele verschil tusschen aphonie en mutisme, dat Charcot en anderen aannemen, als zoude aphonie op een peripheer of een algemeen centraal proces en mutisme op een lokaal centraal proces berusten. Integendeel beide aandoeningen hebben veel gemeenschappelijks. Het zijn beide gesystematiseerde paralyzen, aphonie van het phonatie mechanisme en mutisme van het phonatie- en van het articulatie-mechanisme.

Hiermede is reeds het principiële verschil aangegeven tusschen mutisme en aphasie.

Mutisme is eene stoornis in de articulatie, die ontstaat tengevolge van een of ander psychologisch proces, is dus eene functioneele aandoening, waarbij het geheele cerebrum betrokken is.

Aphasie is eene locale aandoening van de directe cerebrale centra der articulatie. Men kan het ook aldus uitdrukken :

Bij **mutisme** ontstaat door eene algemeene cerebrale stoornis (de hysterische afwijking) eene locale, functioneele paralyse der cerebrale centra voor de articulatie en voor de phonatie.

Bij aphasie ontstaat tengevolge van eene locale aandoening der articulatie-centra, afgezien natuurlijk van de verschijnselen, die deze geeft, eene diffuse cerebrale stoornis, de meer of minder duidelijke graad van dementie. Bij beide heeft men dus eene locale en eene algemeene aandoening; bij mutisme is de algemeene aandoening primair en de locale is secundair, bij aphasie is het omgekeerd.

In vele gevallen bestaan naast het mutisme allerlei contracturen der spieren, die bij de spraak dienst doen, zoo b.v. van de tong, van de aangezichtsspieren enz. Of wel bij de pogingen om te spreken geraken sommige spieren in contractuur. In weer andere gevallen ontstaan bij de pogingen tot spreken contracties in de borst- of buikspieren.

Het verloop van het mutisme is zeer verschillend. In vele gevallen duurt het slechts kort. Löwenfeld meent, dat het daardoor dikwijls niet herkend wordt, zoo b.v. wanneer het na een hysterisch insult ontstaat, of bij mutisme door schrik. De duur van de aandoening kan ook zeer lang zijn. Er zijn gevallen van hysterische stomheid bekend, die tien jaar en langer geduurd hebben. De genezing kan plotseling tot stand komen. In andere gevallen gaat het langzaam; dan komt het voor, dat de patiënt eene periode van stotteren doormaakt. In het algemeen is de prognose gunstig.

Het hysterisch mutisme kan moeilijk met eene andere aandoening verward worden. Het meest zou men kunnen twijfelen, wanneer er zich eene hysterische rechtszijdige hemiplegie mee combineerde. Dan moet men letten op het hysterisch karakter daarvan: de facialisparalyse, de spasmus glosso-labialis, op de onmogelijkheid een enkel geluid te kunnen geven enz.

Het hysterische stotteren is nauw verwant met het mutisme. Men kan waarnemen, hoe een aanval van mutisme bij genezing somtijds overgaat eerst in stotteren, en daarna in de normale spraak. Aphasie geneest natuurlijk nooit op deze wijze. Het stotteren is eene ataxie van dezelfde spieren, als waarvan het mutisme eene verlamming, d. w. z. eene psychisch gesyste-

matiseerde verlamming is. Deze ataxie treedt echter alleen op bij het begin van woorden of van lettergrepen, terwijl, als het begin gemaakt is, de rest van het woord of van de lettergreep goed verloopt.

Het hysterisch stotteren is zelden zuiver. De etiologie daarvan komt evenals bij de aphonie en het mutisme in 't kort hierop neer, dat de patiënt bewust of onbewust het idée van eene spraakstoornis heeft, en onder deze omstandigheden is het niet te verwonderen, dat het zeer karakteristieke organische stotteren gebrekkig nagedaan wordt.

Wij vermelden de aandoening zonder er nader op in te gaan ¹⁾, en zijn nu genaderd tot de beschrijving der:

3. MONOPLEGIEËN EN MONOSPASMEN.

De hysterische monoplegieën hebben meer dan eenige andere aandoening eenen traumatischen oorsprong; vandaar, dat zij meer bij mannen voorkomen dan bij vrouwen.

Het zijn vooral de personen, die meer of min duidelijk de boven reeds besprokene *amyosthenie* vertoonen, die voorbeschikt zijn, om dikwijls na de onbeteekende oorzaak, spastische en paralytische verschijnselen te vertoonen. Deze zijn dan als het ware de sterkere uitdrukking van de reeds bestaande spierzwakte.

Een ander moment, dat grooten invloed heeft, zijn de hysterische accessen. Reeds korter of langer tijd, vóórdat het acces uitbreekt, worden de motilitets-stoornissen sterker; dan volgt het acces, en na het acces kunnen allerlei monoplegieën en monospasmen optreden.

Het trauma werkt natuurlijk niet organisch, maar zuiver psychisch. Dikwijls volgt na het trauma de reeds meerdere malen genoemde periode van meditatie, en het hangt van den geestestoestand van den patiënt en van de reeds vóór het trauma be-

¹⁾ De overige aandoeningen der spieren, die aan de phonatie en de respiratie deelnemen, behandelen wij bij de beschrijving der respiratiestoornissen.

staande verschijnselen af, welke de invloed van het trauma op de localisatie der paralyzen of der spasmen zal zijn.

Bij de behandeling der verlammingen en der spasmen zal het ons voldoende blijken, hoezeer zij afwijken van de organische verlammingen. Zeer dikwijls zijn zij gesystematiseerd, waardoor slechts een bepaald systeem van bewegingen, die eene physiologische of psychologische eenheid vormen, is opgeheven. Verder combineeren spasmen en verlammingen zich op de meest verschillende manieren. Vandaar, dat wij ze gezamenlijk behandelen.

Wij beginnen met:

a. Spasmus glosso-labialis.

Deze aandoening, hoewel niet zeer frequent, komt nu en dan wel voor. Zij ontleent hare belangrijkheid voor een gedeelte aan de vergissingen, waartoe zij aanleiding heeft gegeven.

Zooals de naam aanduidt, is het een spasme van de tong en der lippen. Van dezen contractietoestand bemerkt men in de rust niet veel. Men ziet nu en dan in de facialisspieren fibrillaire contracties, en bij vergelijk met de normale zijde, ziet men de naso-labiaal plooï duidelijker uitgesproken; maar dit behoeft niet zeer duidelijk te zijn.

Deze verschijnselen alleen zouden doen denken aan eene facialsparalyse der tegenovergestelde zijde. Deze vergissing wordt voorkomen, wanneer men op de oogspieren let, die normaal zijn.

De stoornissen worden echter zeer in 't oogvallend bij bewegingen; dan neemt men waar, dat de beide lippen excessief worden bewogen, de geheele mond staat scheef, is aan de gecontractureerde zijde veel wijder open, de tanden zijn meer ontbloot, de naso-labiaalplooï is veel sterker gemarkeerd. Hierbij komt nu verder de bewegingsstoornis in de tong. Vraagt men den patiënt, deze uit te steken, dan wijkt ze meer of min naar de gecontractureerde zijde af, staat gewoonlijk zelfs zeer scheef. Dit kan zóó sterk zijn, dat de tong, als een haak omgebogen, met de punt tegen de wang aanstuit en niet of moeielijk naar buiten gebracht kan worden.

De spasmus glosso-labialis zou men kunnen verwarren met de secundaire contractuur, die op eene periphere facialis-paralyse kan volgen. Men is echter spoedig op de hoogte, wanneer men bedenkt, dat in 't laatste geval de oogspieren mede aangedaan zijn, en dat de secundaire facialis contractuur in de rust duidelijker is dan bij bewegingen.

De spasmus glosso-labialis kan zich over naburige spieren uitstrekken, en doet dat gewoonlijk in de meer ernstige gevallen. Zoo kunnen de oogspieren aan de kramp mededoen; het oog wordt dan bij lip- en tongbewegingen gesloten. In andere gevallen nemen verschillende halsspieren daaraan deel. Vooral komt dit voor bij de platysma, die, wanneer hij in kramptoe-stand verkeert, een demarkatielijn op de voorvlakte van den hals geeft. Andere halsspieren aan dezelfde zijde verleenen, wanneer zij in contractie toestand komen, aan het hoofd een gebogen stand. Er zijn enkele gevallen beschreven, o. a. een door Delprat, waar de spasmus aan beide kanten van het aangezicht aanwezig was.

De spastische verschijnselen in het gezicht zijn zeer variabel, nu eens zijn zij sterk uitgesproken, terwijl zij een volgenden dag nauwelijks aan te toonen zijn. In andere gevallen blijven zij tijden lang onveranderd bestaan.

Wanneer de verschijnselen zich voordoen, zooals wij die boven hebben beschreven, is de diagnose niet moeilijk. Dit is dikwijls niet het geval, omdat er, naast de spasmus, andere momenten aanwezig zijn, die de beoordeeling moeilijk maken, dit zijn de paralytische, de z.g.:

b. Hysterische facialis paralyse.

Deze aandoening heeft reeds eene geschiedenis achter zich. Langen tijd werd zij ontkend, en de stelling gold, dat indien bij eene hemiplegie de facialis was aangedaan, men met eene organische hemiplegie te doen had. Dit is onjuist. De hysterische paralyse der facialis komt niet dikwijls voor, maar zij is zonder twijfel meerdere malen waargenomen en beschreven. In de

meerderheid der gevallen is zij gecombineerd met eene hysterische hemiplegie, en de verschijnselen hiervan brengen ons vanzelf op het spoor van den aard der facialis-paralyse. Gecompliceerd worden de verschijnselen echter hoofdzakelijk door de gelijktijdig bestaande spastische symptomen aan de tegengestelde zijde. Bedenkt men, dat spasmen altijd meer of min den indruk geven van eene paralyse van den tegenovergestelden kant, dan is het niet te verwonderen, dat het niet altijd gemakkelijk is, de verschijnselen naar hunne rechte waarde te schatten.

Wanneer de facialis-paralyse ongecompliceerd is, ziet men ongeveer het volgende.

In de rust bemerkt men niet veel. De naso-labiaal plooi aan de geparalyseerde zijde is meer of min verstreken, de mond staat een klein weinig scheef, hangt even aan den verlamden kant. De stoornissen worden duidelijker, wanneer de patiënt de aangezichtsspieren gaat bewegen. Dan ziet men de zieke zijde minder aan de bewegingen deelnemen; bij het openen van den mond zijn de tanden aan de gezonde zijde verder ontbloot, bij het spreken doet de zieke kant niet mede, als de patiënt blaast of fluit wordt de zieke zijde passief opgeblazen enz. Gewoonlijk is de intensiteit dezer stoornissen niet zeer sterk, minder dan bij den organischen vorm der facialis-paralyse. Zelden of misschien wel nooit zijn de oogtakken van de facialis aangedaan; dit is dus een doorgaand verschil met de organische periphere facialis-paralyse.

Het bovenstaande is de beschrijving der paralyse, wanneer zij in een zuiveren vorm voorkomt. Dit is zelden het geval.

In de eerste plaats vindt men dikwijls, dat de paralyse z. g. *gesystematiseerd* is. Zooals wij weten, verstaan wij hieronder, dat niet *alle*, maar slechts een bepaald *systeem* van bewegingen onmogelijk is geworden. Zoo b.v. wanneer de patiënt zijn mond opent, of wanneer hij fluit, bemerkt men niets, terwijl de stoornis in de beweging duidelijk wordt, zoodra hij gaat spreken. Ook gevallen, waarin het omgekeerde plaats had, zijn waargenomen. Wij vinden hier dus dezelfde verschijnselen als bij *astasia-abasia* of als bij hysterisch *mutisme*.

In de tweede plaats vertoont de *facialis* paralyse complicaties, doordat zij in de meeste gevallen gepaard gaat met contractuurtoestanden in andere spieren, vooral van de tong en van de gelaatsspieren der tegenovergestelde zijde. Dit kan, zooals te begrijpen is, tot zeer samengestelde complicaties aanleiding geven, die niet altijd gemakkelijk zijn te ontleden, te meer daar zij van den eenen dag tot den anderen kunnen veranderen.

Kenmerkend voor de hysterische *facialis* paralyse zijn ten slotte de sensibele stoornissen, die bijna altijd aanwezig zijn. Deze vindt men zoowel bij de spasmen, als bij de paralyse. Gewoonlijk is dit eene anaesthesie in de streek van de verlamde spieren. In andere gevallen komen oogstoornissen daarbij, een amaurose op het oog aan de verlamde zijde is meerdere malen waargenomen.

De diagnose en speciaal de differentiële diagnose tegenover den organischen vorm is gewoonlijk gemakkelijk. Soms is moeilijker de differentiële diagnose tegenover de organische hemiplegie. Men heeft dan echter het karakteristieke der hysterische hemiplegie en verder de eigenaardige sensibiliteitsafwijkingen der geheele lichaamshelft, waaraan ook het gelaat deelneemt.

c. Contracturen en paralyzen der oogspieren.

De klinische beschrijving der afwijkingen in de motiliteit der oogen is zeer moeilijk. Wij hebben hier, zooals ook elders, eene combinatie van verlamings- en contractuurverschijnselen, die voor het oog, zoowel wat de inwendige als de uitwendige spieren betreft, slechts zeer gebrekkig uit elkaar zijn te houden. Hierbij komt verder, dat wij nog niet geleerd hebben voor de bewegingen van het oog uit elkaar te houden de *gesystematiseerde* en de *gelocaliseerde* paralyzen, zooals wij dat b.v. voor de beenspieren en de musculatuur van den larynx en van het gezicht hebben kunnen doen. Eene laatste moeilijkheid is de gecompliceerdheid van de oogmusculatuur, een spierstelsel, dat aan den eenen kant in hooge mate van den wil afhankelijk is, maar dat aan den

anderen kant zeer gecompliceerde automatische en reflectorische functieën verricht, die alle afzonderlijk stoornissen kunnen aanbieden. Deze stoornissen worden nog moeilijker te beoordeelen, omdat er zich afwijkingen mee kunnen combineeren van de inwendige oogmusculatuur, die van onze willekeur onafhankelijk is, en die zoowel door het animale, als door het vegetatieve zenuwstelsel beheerscht worden.

De oogspierstoornissen zijn nog een bijna onontgonnen terrein van de hysterie. Wij behandelen ze hier slechts zeer kort, en bepalen ons tot enkele opmerkingen.

De rij afgaande komen wij het eerst tot de: *Blepharospasmus hystericus*. Deze aandoening, die nog al eens wordt waargenomen, ontstaat dikwijls in aansluiting met hysterische accessen. In andere gevallen kan men eene periphere aandoening vinden b.v. een lichte conjunctivitis, een corpus aliënum in het oog enz. Deze periphere aandoening is dan de druppel, die den gevulden beker doet overloopen, evenals wij dat b.v. voor de paralyzen der keelspiers hebben aangetroffen. Door de periphere aandoening ontwikkelt zich het idee fixe, dat zijne werking doet gevoelen, nog langen tijd, nadat de periphere prikkel is verdwenen.

In andere gevallen laat zich voor de *Blepharospasmus* geene oorzaak vinden, en schijnt hij te zijn eene spontane uiting van de hysterische ziekte, die ons voorloopig onverklaarbaar blijft.

Onder *Blepharospasmus* verstaat men eene actieve contractie van den m. Orbicularis oculi. Deze openbaart zich, doordat de oogleden actief gesloten zijn, en dat er meer of minder sterke weerstand geboden wordt bij elke poging, die men doet om de oogleden uit elkaar te trekken. De oogleden zijn door dwarse plooien gevouwen, en het bovenste ooglid ligt boven het benedenste. Bij de pogingen van den patiënt de oogen te openen, is dit in 't geheel niet of slechts onvolkomen mogelijk. Men ziet dan in de oogleden gewoonlijk fibrillaire contracties ontstaan, die zelfs ook aanwezig kunnen zijn, wanneer de oogleden gesloten blijven en eene belangrijke aanwijzing zijn voor het constateeren van den kramptoestand.

Met de Blepharospasmus zijn verschillende sensibele en sensorieele verschijnselen verbonden. Het oog of de oogen kunnen beperking van het gezichtsveld vertoonen, de conjunctiva kan ongevoelig zijn. Gewoonlijk echter bestaan er allerlei irritatieverschijnselen, voornamelijk lichtschuwheid, verhoogde secretie van tranen en roodheid der conjunctiva, bovendien nu en dan sensibele prikkelingsverschijnselen in de orbita en de omgeving daarvan.

De Blepharospasmus doet één of beide oogen aan; is zij dubbelzijdig, dan zijn de sensibele verschijnselen gewoonlijk sterk ontwikkeld, terwijl de enkelzijdige geheel pijnloos kan verlopen.

Niet altijd zijn de verschijnselen van actieve contractuur even duidelijk uitgesproken. Het best kan men dat bij zich zelf weergeven, door het oog actief sterk en weinig sterk te sluiten. In beide gevallen is het geheel gesloten, maar de intensiteit der contractie is zeer verschillend. Zoo is het bij hysterie ook het geval. Er komen gevallen voor, dat de dwarse plooiën in het ooglid ontbreken, dat de weerstand bij opheffing van het ooglid zeer gering is en dat het ooglid terugvalt, zoodra men het, na het openen, heeft losgelaten. Gewoonlijk zijn dan ook de sensibele prikkelingsverschijnselen gering.

In deze gevallen bestaat er groote overeenkomst met de paralytische vormen van ptosis. Deze overeenstemming wordt nog grooter, wanneer men den patiënt vraagt het oog te openen. Hij brengt dan het hoofd naar achter, tracht door de contractie van den M. Frontalis het ooglid op te heffen en komt er zoo gewoonlijk toe eenige uiteenwijking der oogleden tot stand te brengen. Dit zijn dus dezelfde manipulaties, die men waarneemt bij den organischen vorm van paralytischen ptosis.

Eene differentiële diagnose tusschen dezen vorm van hysterischen Blepharospasmus en de paralytische ptosis is van gewicht. Charcot heeft hiervoor opgegeven den stand van den wenkbrauwboog; bij den paralytischen vorm is deze hooger, bij den spastischen vorm lager, dan aan de gezonde zijde. — Verder neemt men bij den spastischen vorm waar, het eigenaardige

fibrillaire trillen van het bovenste ooglid, dat wij reeds boven noemden; het ooglid valt bij den spastischen vorm, wanneer men het naar boven trekt, altijd sterker naar beneden, dan bij den paralytischen vorm, en verder bedekt het bovenste ooglid het benedenste.

In deze gevallen van zwakke contractuur neemt men verder waar, eene anaesthesie der oogleden en van de conjunctiva en bovendien dikwijls eene anaesthesie van de retina.

Deze kenteekenen zijn voldoende dezen z.g. pseudo-paralytischen vorm van de Blepharospasmus te onderkennen van de organische paralyse van het bovenste ooglid.

Eene hysterische paralyse der oogleden komt, voor zooverre wij weten, niet voor.

Spastische verschijnselen aan de uitwendige oogspieren komen in verschillenden vorm voor. Het meest bekende symptomen-complex is het hysterische scheelzien.

Bij het hysterisch Blepharospasme, vooral bij die vormen, welke met sterke contractuur gepaard gaan, zijn de oogappels dikwijls naar binnen gedraaid en bestaat dus een spastisch convergent scheelzien. Dit geeft natuurlijk geen verschijnselen. In het hysterisch acces komt het als voorbijgaand verschijnsel dikwijls voor. Als permanent symptoom ziet men het zelden, en met Mauthner kan men vermoeden, dat dit zijn oorzaak vindt in de moeielijkheid om willekeurig scheel te zien. Enkele gevallen, zoowel van convergent, als van divergent scheelzien, zijn beschreven.

Bij de overige oogspieraandoeningen heeft men de groote moeielijkheid paralyzen te onderscheiden van contractuur der antagonisten. Vele onderzoekers beweren, dat paralyzen niet bestaan, en dat alle afwijkingen berusten op spastische toestanden, die zeer gering kunnen zijn, evenals dat met den bovenbeschrevenen pseudo-paralytischen vorm van ptosis het geval is.

Ook zuivere systematische paralyzen en spasmen worden zelden waargenomen. Het komt voor, dat het oog in zijn geheel onbeweeglijk is, het kan dan niet naar boven, beneden, links of rechts gedraaid

worden. Verder komt voor de z.g. geconjugeerde deviatie van beide oogen, zooals wij die uit de organische neurologie kennen. Dit zijn de beide eenige systematische afwijkingen, die in de oogbewegingen voorkomen.

Op allerlei andere manieren kunnen de oogbewegingen nog gestoord zijn. Klachten over dubbelbeelden, die bij sluiting van één oog verdwijnen, zijn bij hysterie niet ongewoon. Gewoonlijk laten deze oogstoornissen zich onvoldoende tot hare componenten terugbrengen. Wij gaan er dan ook niet nader op in. De hysterische natuur daarvan blijkt gewoonlijk voldoende uit de begeleidende hysterische verschijnselen, uit de wijze, waarop zij ontstaan en weer verdwijnen. Wij hebben hier een terrein, dat nog ontgonnen moet worden.

Ook over de aandoeningen der inwendige oogspieren zijn wij onvolkomen onderricht. Wanneer men daarvan een verslag wil geven, komt dit neer op de mededeeling der afzonderlijk waargenomen gevallen, wat in een leerboek als dit, niet geoorloofd is. Wij spreken er dus slechts met enkele woorden over.

Bij hysterie komt voor een kramp der accommodatie-spiers, gepaard met eenen myotischen toestand van de pupil, en evenzoo eene verlamming van beide spierstelsels.

De pupillen kunnen abnormaal wijd of nauw zijn, het eerste neemt men dikwijls waar gedurende hysterische accessen.

Ook stoornissen in de reflectorische werking van de pupil komen voor, hoewel uiterst zeldzaam, in den vorm van pupilstijfheid en pupiltraagheid, tegelijk kan men waarnemen eene ongelijke wijdte der pupilopening. In een geval, dat ik waarnam, ontstond pupilstijfheid na een deliranten hysterischen aanval.

d. Contracturen en paralysen der hals- en rompspiers.

Wij beginnen de behandeling hiervan met de *torticollis spastica hysterica*. Het is eene aandoening, die nog al eens wordt waargenomen, en die, wanneer zij bestaat, langeren tijd onveranderd

kan duren, terwijl zij in andere gevallen plotseling komt en verdwijnt. Het laatste neemt men nog al eens waar op den kinderlijke leeftijd, na emoties.

Evenals bij de spieren van het gelaat, neemt men ook hier gewoonlijk waar, dat er eene anaesthesie van het gecontractureerende lichaamsdeel mede verbonden is. Verder ziet men in sommige gevallen, dat de contractuur zich niet tot den hals bepaalt, maar dat ook andere lichaamsdeelen er aan deel nemen. Wij hebben reeds gezien, dat de contractuur der plastysma nu en dan de contracturen van het aangezicht vergezelde. Ook de overige halsspieren kunnen daarbij betrokken zijn. Verder komt het voor, dat er eene contractuur van den gelijkzijdigen arm aanwezig is, die, zooals in een geval van Richer, als een stijve stok langs den voorwand van het lichaam uitgestrekt kan zijn.

Bestaat er torticollis alleen, dan nemen bijna in alle gevallen verschillende spieren daaraan deel. Nooit komt één spier alleen in contractuur. De eenige uitzondering, die mij daarop bekend is, is de contractuurtoestand van den Sterno-cleido-mastoideus, die door Gilles de la Tourette eenmaal is waargenomen. Wij hadden bij hysterie niet anders kunnen verwachten.

De verschijnselen der *Torticollis spastica* zijn spoedig beschreven. Het hoofd is naar de zijde gebogen; dit is dikwijls zoo sterk, dat het oor op den schouder komt te liggen; daarbij is dan de schouder te gelijkertijd naar boven geheven. Oor en schouder zitten stevig tegen elkaar aan. In sommige gevallen bestaat tevens eene meer of minder sterke draaiing van het hoofd naar de tegengestelde zijde van de contractuur.

De diagnose levert geene moeilijkheden op, wanneer men let op de gewoonlijk aanwezige stoornissen in de sensibiliteit. Zijn deze afwezig, dan zouden er gevallen kunnen voorkomen, waar door een onderzoek in chloroformnarcose eene organische aandoening der gewrichten zou buitengesloten moeten worden.

Eene enkele maal is ook paralyse der halsspieren waargenomen. De stand, die hierbij ontstaat lijkt veel op die der contracturen; men mist echter het scherp afgeteekend zijn der spierbuiken

en der pezen. Gemakkelijk is de differentiële diagnose door de repositie van het hoofd. Bij contracturen is deze onmogelijk, bij paralyzen zeer gemakkelijk.

Contracturen en verlammingen der rompspieren komen nu en dan, voor zoover ik weet niet dikwijls, voor. Verhaagen beschrijft een contractuur van den *M. serratus anticus*.

Als contractuurtoestand wordt de hysterische scoliose beschreven. Zij komt bijna uitsluitend in het lendengedeelte der wervelkolom voor, terwijl in het halsgedeelte eene lichte secundaire compensatieve scoliose zich kan ontwikkelen. Deze lendenscoliose berust op eenen eenzijdigen contractuurtoestand der verschillende lendenspieren en gaat bij zijn ontstaan gewoonlijk gepaard met uitstralende pijnen in deze streken. Wanneer andere hysterische stigmata aanwezig zijn, is de diagnose gewoonlijk niet moeielijk. Eene eigenaardige complicatie was aanwezig in een geval, waar de scoliose zich acuut ontwikkelde, bij eene gelijktijdig bestaande paraplegie der benedenste extremiteiten. De eerste mogelijkheid, waaraan men in een dergelijk geval denkt, is natuurlijk wervelcaries. De differentiële diagnose is zelden moeielijk, wij behoeven er niet nader op in te gaan.

e. Contracturen en paralyzen aan den arm.

In de groote meerderheid der gevallen gaat aan deze aandoeningen een trauma vooraf. Ook een hysterisch acces kan, bij een gegeven aanleg, als oorzaak optreden.

De arm kan op zeer verschillende manieren verschijnselen van contractuur vertoonen. Men kan er van zeggen, wat van alle andere contracturen geldt, dat zij standen te zien geeft, die men willekeurig na kan maken. Het is niet doenlijk alle waargenomen vormen van contractuur te beschrijven, men zou per se onvolledig blijven en gevaar loopen, dat de eerstvolgende contractuur, die men waarnam, niet in de beschrijving was opgenomen. Enkele opmerkingen zullen wij maken.

De arm kan in toto en strekstelling gecontraheerd zijn. Hij is dan gewoonlijk als eene stijve stang eenigszins naar voren

gebracht door contractie der schouderspieren, en is aan de voorzijde der borst gelegen. De hand is gewoonlijk gebogen en de vingers zijn in vuiststelling.

In andere gevallen is de arm in het elleboogsgewricht of in het handgewricht gebogen. De hand kan op verschillende manier gecontraheerd zijn. Dikwijls zijn de vingers en de duim in vuiststelling gebracht, met den duim over de vingers heen of door de vingers omsloten. In andere gevallen zou men de contractuur eene systematische kunnen noemen, omdat eene bepaalde houding, zoo b. v. de houding van de hand bij het schrijven, nagebootst wordt.

De contractuur is dikwijls van hyperaesthesie vergezeld. Vooral komt dit voor, wanneer er een of ander arthralgie gelijktijdig met de contractuur aanwezig is. De localisatie is dan weer voor hysterie karakteristiek, en breidt zich in geometrische segmenten rondom den arm, en boven de gecontraheerde spieren, uit.

De diagnose der hysterische contracturen is niet moeilijk. Duren zij langen tijd, dan kunnen zij gepaard gaan met spieratrophiëën en trophische stoornissen der huid. Verwisselingen met andere aandoeningen, speciaal met arthritische, is door de manier van ontstaan en door de begeleidende verschijnselen niet licht mogelijk.

De verlamningsverschijnselen aan den arm, doen deze in haar geheel of slechts gedeeltelijk aan. De etiologie is dezelfde als van de contracturen. Zij komen vooral na traumatische inwerking nogal eens voor.

De paralyse doet den geheelen arm aan of een gedeelte daarvan; zoo b.v. den bovenarm, den benedenarm of de hand; buigers en strekspieren zijn te gelijk aangedaan.

De verschijnselen der arm-monoplegieën zijn nogal kenmerkend. Is de geheele arm lam, dan weet de patiënt niet meer, dat hij een arm heeft; het geheele lid hangt als eene inerte massa aan den romp. De sensibiliteit is bijna altijd in al hare qualiteiten gestoord. Het huidgevoel, in den vorm van tast-, pijn- en tem-

peratiergevoel, is opgeheven. Bovendien is het spiergevoel en het gevoel voor den stand der gewrichten verloren gegaan. Brengt men den arm in eenen bepaalden stand, dan kan deze door den gezonden arm bijgesloten oogen niet nagemaakt worden.

De localisatie der anaesthesie is de gewone. Is de hand lam, dan eindigt de anaesthesie met een' kring boven het handgewricht; is de benedenarm lam, dan is de grens boven het ellebooggewricht; is de geheele arm lam, dan wordt de anaesthesie begrensd door een cirkelvormige lijn rondom den schouder.

Trophische stoornissen komen bij deze armverlammingen nogal dikwijls voor. Soms zijn deze niet alleen tot de spieren beperkt, maar gaan over op de beenderen en op de huid, bij deze laatste dikwijls onder den vorm van rood, blauw of wit oedem, waarover wij later nog zullen spreken.

De electriche reactie der spieren is normaal, hoogstens in quantitatieven zin veranderd.

De diagnose heeft in de meerderheid der gevallen geene zwaarigheid. Bij de verlammingen tengevolge van aandoeningen van het ruggemerg en van de plexus cervicalis komt op den duur degeneratieve reactie der spieren tot stand, en is de localisatie der sensibiliteitsafwijkingen gebonden aan de verspreiding der periphere zenuwen.

Een gelocaliseerd organisch proces in de centraalwindingen of in de capsula interna kan eene monoplegie van den arm geven. Dan mist men echter de *karakteristieke* sensibiliteitsstoornissen, en op den duur komt het tot de eigenaardige contractuurstelling van den arm, met verhoogde reflexen.

f. Contracturen en paralysen aan het been.

Over de motiliteitsafwijkingen aan het been kunnen wij kort zijn.

Meer dan aan den arm combineeren zich de contracturen met hyperalgesieën, en voornamelijk met arthralgieën. Wij bespraken reeds de hysterische coxalgie, en zagen, hoe hier contractuur en hyperalgesie het ziektebeeld beheerschten. Dergelijke toestanden

kunnen, hoewel veel zeldzamer, rondom de andere gewrichten voorkomen.

Afgezien van deze verschijnselen komen andere contractuurverschijnselen voor, die ook dikwijls met hyperalgesieën gepaard gaan, maar die zich niet rondom de gewrichten localiseeren.

Het been kan *in toto* gecontraheerd zijn. Het is dan in stijve strekstelling, met de punten van de toonen naar beneden gericht. Het tegengestelde komt ook voor, dat n.l. het been in het heupgewricht gebogen is, en evenzoo in het kniegewricht, zoodat de kuit tegen de dij en de hiel op de nates komt te liggen.

De stand van den voet is verschillend. Dikwijls vindt men den gewonen equino-varus stand; de voet is gestrekt en van binnen naar buiten gedraaid, de teenen zijn gebogen. Ook andere posities komen voor, zoodat b.v. de patiënt op zijn hiel loopt.

Wij gaan op deze contracturen niet nader in; het kost weinig moeite ze als zoodanig te diagnosticeeren.

De hysterische monoplegieën aan het been komen, zooals wij reeds opgemerkt hebben, zeer zelden voor. In de gevallen, die waargenomen zijn bestonden meer of min duidelijke verschijnselen van hysterische hemiplegie, en was dus de beenverlamming een verschijnsel hiervan.

HOOFDSTUK VII.

Symptomatologie.

(*Vervolg.*)

D. HYSTERISCHE ACCESSEN.

De hysterische accessen behooren tot de belangrijkste verschijnselen der ziekte. Ongeveer de helft van de in hospitalen verpleegde hysterische patiënten vertoonen ze. Zij zijn van den grootsten invloed op het verloop en op de verschijnselen van de ziekte.

In vroegere jaren onderscheidde men ze niet, of gebrekkig van de epileptische aanvallen, waarmede zij niets te maken hebben. *Briquet* en later *Charcot* hebben echter definitief het onderscheid tusschen deze beide soorten van aanvallen in het licht gesteld, en tegenwoordig twijfelt niemand daar meer aan. Dit neemt niet weg, dat in een gegeven geval zij veel op elkaar kunnen gelijken, en dat de differentiële diagnose dan moeilijk kan zijn.

Wij laten de beschrijving der accessen direct op die van de psychische verschijnselen volgen; eigenlijk moest zij daarmede vereenigd zijn. De uiterlijke verschijnselen zijn echter zoo verschillend daarvan, en het alles is een zoo samenhangend geheel, dat eene afzonderlijke behandeling noodig is.

Reeds *Briquet* heeft opgemerkt, dat de accessen bijna uitsluitend na emoties optreden. Hierbij is het van belang op te

merken, dat, wanneer de accessen eenmaal begonnen zijn, de emotie niet telken male weer verschijnt, dat eene serie accessen éénmaal begonnen, als het ware automatisch verder afloopt. Het begin van de serie is echter eene emotie, een denkbeeld, eene waarneming of een ander psychisch proces. Ook bij het eerste optreden der accessen vindt men eene emotie, deze heeft niet direct aan het acces vooraf te gaan, maar kan van vroegeren tijd dateeren, kan onbewust geworden zijn, zoodat de patiënt ze vergeten is en niet de minste kennis heeft van den samenhang van het acces met de vroegere emotie. Het acces treedt dan quasi geheel spontaan op, en hoe men ook zoekt en vraagt, in het bewuste leven van den lijder vindt men niet den minsten samenhang tusschen beide.

Omdat het van het grootste belang is, zoowel uit een therapeutisch, als uit een wetenschappelijk oogpunt, de accessen tot hun ware oorzaak terug te kunnen voeren, moet men dan op andere wijze te werk gaan.

Wij staan hier weer voor hetzelfde verschijnsel van onbewuste, automatische geestesprocessen, waarop wij bij de psychische verschijnselen reeds hebben gewezen, en die bij de symptomatologie van de Hysterie zulk eene belangrijke plaats innemen. Een psychisch trauma, het behoeft in vele gevallen slechts zeer gering te zijn, wordt vergeten, onttrekt zich evenals b.v. het pijngevoel van de eene lichaamshelft, aan het bewustzijn, maar ondanks dit blijft de onbewuste herinnering daaraan voortbestaan niet alleen, maar plotseling doet de emotie eene hevige invasie in het normale geestesleven, en geeft aanleiding tot het zoo hevige hysterische acces.

Wanneer men zich op de hoogte wil stellen van de ziektegeschiedenis van eene hysterica met accessen, staat men voor een der moeielijkste vraagstukken, die de neurologie aanbiedt. Elk geval is afzonderlijk te beoordeelen, en eischt de kennis van het geheele vroegere leven van den patiënt. Geene bijzonderheid is zoo onbeduidend, dat zij kan overgeslagen worden. Men kan eigenlijk niet beginnen, voordat men vertrouwd genoeg met

den patiënt geworden is. Dan moet alles verteld worden, op elke emotie, elken schrik, angst enz. moet gelet worden. Is men zoo ver, dan is het van veel gewicht, dat men een acces bijwoont en nauwkeurig waarneemt.

In elk hysterisch acces komt de oorspronkelijke emotie, de oorzaak van het acces, meer of min te voorschijn, soms scheef, soms overdreven, maar zij is dikwijls te herkennen.

Is men van het vroegere leven van den patiënt goed op de hoogte, dan kan men somtijds op deze wijze reeds een belangrijk aanknoopingspunt voor eene rationeele suggestieve therapie vinden.

In vele gevallen echter zijn niet één, maar meerdere emoties de verborgen oorzaken voor de accessen. Verschillende idée's fixes bestaan naast elkaar, en in het acces zelf vindt men eene dusdanige verwarring en combinatie van elkaar weersprekende emoties, dat er niets uit is op te maken. Dit zijn moeielijke en meestal oude gevallen.

Men heeft gezegd, dat men de emotie niet in het acces terug vond, omdat de uitdrukkingsbewegingen in het acces zoo eenvormig waren. Het aantal feitelijk mogelijke en aanwezige emoties, die zich alle in het normale leven, door eene verschillende uitdrukking, en eene verschillende harmonische samenwerking van spieren openbaren, is veel grooter, dan men in het acces waarneemt.

Dit is tot op zekere hoogte wel waar, maar men kan hierbij verschillende dingen opmerken. Het aantal emoties in de hysterische accessen is zoo klein niet; men vindt uitdrukking van angst, toorn, vrees, verwondering, boosheid, vreugde enz. Bij denzelfden persoon echter verloopt het acces gewoonlijk tijden achtereen op dezelfde wijze, en eerst intercurrente emoties of denkbeelden kunnen het wijzigen.

Verder vertoont het hysterisch acces ons geene zuivere, geene normale uitdrukking van emoties; het is daarvan eene karikatuur; de emotie *ad absurdum* gevoerd, maar hevig, zooals die door eenen zeer zieken geest wordt opgevat, nadat ze langeren of korten tijd als idée fixe buiten het bewustzijn en buiten contrôle van

normale geestelijke remprocessen heeft bestaan. Dit laatste is ongetwijfeld eene der omstandigheden, waarom het *idée fixe*, als pathologische emotie, zoo plotseling en met zoo hevige kracht in het hysterisch acces kan uitbarsten. Al ons' gevoel staat onder contrôle, onder remming van ander bewust gevoel en denkbeelden; wat aan een bepaald gevoel verkeerd is, wat niet met ander gevoel overeenkomt, wordt gecorrigeerd; alles samen accomodeert zich aan elkaar en vormt een organisch geheel. Bij het *idée fixe*, bij de onbewust geworden emotie, is dit niet het geval. Zonder weten van den persoon zelf, kiemt hier eene door niets tegengehoudene woekerplant, een niet corrigeerbaar hevig gevoel, dat op een gegeven oogenblik explodeert. Dat onder zulke omstandigheden geene normaal uitgedrukte emoties voor den dag komen, spreekt wel vanzelf.

Deze emoties zijn altijd zeer hevig; het zijn altijd extreme graden, en bij toename van intensiteit der emotie, gaan zij alle in hare uitdrukkingsbewegingen op elkaar gelijken. Men kan huilen van vreugde, hevige vrees en hevige angst gelijken op elkaar. Met de hevigheid der emotie worden alle uitdrukkingsbewegingen steeds meer ongecoördineerd en doelloos, en dit is het, hetgeen wij in het hysterisch acces zien.

Afgezien van de uitdrukkingsbewegingen, kunnen wij in het acces bovendien nu en dan, door hetgeen de patiënt zegt, inlichting verkrijgen omtrent de denkbeelden, die in zijn' geest omgaan. Soms zijn dit korte zinnen, die denkbeelden van vervolging uitdrukken, soms angstitroepen of zinnelooze woorden. Soms tijds lange verhalen, met weinig samenhang, maar die door personen, die de voorgeschiedenis van den patiënt kennen, zeer goed begrepen kunnen worden. In een mijner gevallen werden verhalen gelispeld van eene afgeloopene en mislukte liefdeshistorie. In een ander geval beteekende de schreeuw: „Daar is hij,” een slagersjongen, die de patiënte indertijd met een mes gedreigd had.

Zooals wij reeds gezien hebben, bezitten wij nog andere middelen om ons over de onbewuste gedachten van onze patiënten inlichtingen te verschaffen.

Voor al het kunstmatig somnambulisme is hiervoor geschikt; wij kunnen dan somwijlen door den patiënt de directe oorzaak van zijne accessen hooren vertellen; vooral in de meer recente gevallen. De herinneringen, die in wakenden toestand ontbreken, kunnen in somnambulen toestand met helderheid aanwezig zijn, en kunnen ons over het ontstaan der ziekte merkwaardige inlichtingen leveren. In somnambulen toestand is, zooals wij reeds vermeld hebben, gewoonlijk ook de herinnering voor de gebeurtenissen van het normale leven goed bewaard.

J a n e t kon inlichtingen over het oorzakelijk moment verkrijgen door het z.g. automatische schrijven. Dit bestaat, zooals reeds medegedeeld, hierin, dat aan den patiënt, die op de eene of andere wijze in distractie is, wat bij de meeste hystericae gemakkelijk geschiedt, een potlood gegeven wordt. Op allerlei vragen kan zij dan antwoorden opschrijven, zonder dat zij later herinnering heeft, van wat zij heeft geschreven. Ook in een dergelijken toestand is dikwijls de oorzaak der accessen haar bekend en vermeldt zij het.

Wanneer de accessen eenmaal opgetreden zijn na een of ander idée fixe, is het niet noodig, dat dit telkenmale gereproduceerd wordt in zijn geheel. Langzamerhand vervalt het organisme gemakkelijker tot dezelfde pathologische emotieve reactie; de daarvoor gebruikte zenuwbanen komen steeds gemakkelijker in functie, en steeds is een kleinere prikkel voldoende om dezelfde reactie te veroorzaken. Een kleine prikkel, eene omstandigheid, die dikwijls in 't geheel niet in verband staat met de oorspronkelijke emotie, kan in vele gevallen voldoende zijn het acces op te wekken, dat dan altijd de eigenschappen van de primitieve emotie blijft behouden, wanneer ten minste de laatste prikkel niet zoo sterk is, dat zijne motorische resultaten mede in het acces worden opgenomen en dit dus gecompliceerder wordt. J a n e t kon, door suggesties in somnambulen toestand of in eene distractie, den oorspronkelijken vorm van het acces wijzigen.

Deze korte algemeene mededeelingen meende ik aan de klini-

sche beschrijving der hysterische accessen te moeten laten voorafgaan. Zij geven het standpunt aan, van waaruit de accessen beschouwd zullen worden. Het is een psychologisch principe, dat misschien nog niet in alle gevallen doorgevoerd kan worden, dat echter voor zoover ik weet, door geen enkel klinisch feit wordt tegengesproken, en dat dus in de toekomst wel aanvulling zal behoeven, maar waarvan de algemeene juistheid niet in twijfel zal kunnen worden getrokken. Dat dergelijke zeer van elkaar afwijkende toestanden onder één gezichtspunt gebracht worden, is niet alleen uit een wetenschappelijk oogpunt zeer gewenscht, maar heeft ook groote didactische waarde.

Uit het bovenstaande blijkt voldoende, hoe groot het verschil tusschen een hysterisch en een epileptisch acces moet zijn. Een epileptisch acces heeft eene organische oorzaak, heeft met de momentane gedachten en gevoelens van den patiënt niets te maken en is eene explosie in de schors der groote hersenen, die door eene of andere onbekende organische oorzaak te weeg gebracht wordt.

Het hysterisch acces is een psychologisch verschijnsel en geheel afhankelijk van een gevoel, eene gedachte of welk ander psychologisch proces. Natuurlijk is niet het psychologisch moment als zoodanig de oorzaak, maar dit werkt alleen, wanneer een abnormaal geestesleven reeds aanwezig is, wanneer dus alle andere psychische functiën reeds abnormaal zijn. Deze hypothetische verandering is de hysterische geestestoestand.

Het heeft dus verder geen zin, naar de localisatie van de hysterische accessen te vragen, zooals dat bij de epileptische accessen wel het geval is. Hier kan een bepaald gedeelte der hersenschors het uitgangspunt van het epileptisch acces zijn. Bij het hysterisch acces is eene gedachte of een gevoel de oorsprong, en evenmin als men van eene localisatie van denkbeelden kan spreken, evenmin kan men dat doen van een hysterisch acces.

Wanneer dus het hysterisch acces een zuiver psychologisch proces is, dan neemt dit niet weg, dat wij gelijktijdig daarmede en tengevolge daarvan, de meest verschillende lichamelijke

afwijkingen vinden. Het is toch bekend genoeg, hoezeer emoties op de lichamelijke functiën inwerken en hoe de algemeene stofwisseling zelfs den invloed daarvan ondervindt. Bij eene dergelijke hevige emotie, als wij dat van een hysterisch acces moeten aannemen, zijn de lichamelijke gevolgen van het grootste gewicht. Wij zullen daarop nog meerdere malen terugkomen, en volstaan hier alleen, met er aan te herinneren, dat de samenstelling der urine tengevolge van het hysterisch acces in de eerste uren, die daarop volgen, belangrijke wijzigingen ondergaat.

Het voorkomen van het hysterisch insult bij de verschillende sexen en op verschillenden leeftijd is niet van belang ontbloot.

Bij vrouwen komen hysterische accessen veel meer voor dan bij mannen, dat was reeds aan B r i q u e t opgevallen. Het ligt voor de hand dit in verband te brengen met eene meerdere emotionaliteit bij de vrouw. Wanneer zij echter bij den man voorkomen, zijn zij veel heviger, gaan met grooter uitslag gepaard.

Het hysterisch acces is verschillend in de verschillende leeftijden. Het kind vertoont daarvan hoofdzakelijk het convulsieve element. Op zeer jeugdigen leeftijd komt het waarschijnlijk niet veel voor. Men heeft dit indertijd overdreven, en naar Gilles de la Tourette terecht opmerkt, heeft men vele aanstaande epileptici onder de hystericæ gerangschikt. Worden de kinderen ouder, dan begint zich langzamerhand het delirante gedeelte van den aanval te ontwikkelen.

Eene mijner patiënten, een meisje van 16 jaar, vertoonde naast eenige kleine krampen eene duidelijke delirante phase, die bijna het geheele acces uitmaakte. De volledige aanval met alle symptomen ontwikkelt zich tusschen 18 en 50 jaar. Dit is de bloeitijd van het hysterisch acces. Men kan niet zeggen, dat het geleerd moet worden, maar wel is het afhankelijk van wat de patiënt geleerd heeft en van zijne geheele geestesontwikkeling. Na 50 jaar worden de convulsieve openbaringen van de hysterie zeldzamer, om in den ouderdom geheel te verdwijnen. Dit wil evenwel niet zeggen, dat op lateren leeftijd de hysterie

niet meer bestaat. Verre van dien. De ziekte, om eene uitdrukking van Gilles de la Tourette te gebruiken, verliest haar uitwendigen vorm, maar wint in diepte der verschijnselen. Het zijn in den ouderdom voornamelijk viscerale verschijnselen en een massa pijnen, die het leven van den patiënt vergallen. De ziekte is in den ouderdom even taai, als zij actief was in den tijd der volledige organische ontwikkeling. Van eene werkelijke genezing door ouderdom alleen kan nooit sprake zijn; het is alleen de vorm, waaronder de ziekte voorkomt, die verandert.

De klinische beschrijving der hysterische accessen hebben wij in hoofdzaak aan Charcot te danken, reeds anderen zooals Briquet, Le Grand du Saule enz. waren hem hierin vóórgegaan, maar hunne waarnemingen waren meer fragmentair. Bovendien gaf Charcot een overzicht van alle vormen der aanvallen en leerde ons, in samenwerking met zijne leerlingen, menige belangrijke bijzonderheid daarvan kennen.

Wij beginnen onze beschrijving met den zoogenaamden volledige aanval. Deze aanval kan men als type beschouwen, daarin komen alle verschijnselen vereenigd voor, terwijl de andere soorten van aanvallen zich hieruit laten afleiden, als het ware een gedeelte vormen van den completeen aanval.

I. DE COMPLETE AANVAL.

Wij houden ons in onze beschrijving in het algemeen aan het schema, dat door de onderzoekingen van Charcot is vastgesteld, en brengen hierin alleen eenige vereenvoudigingen. De waarneming van een vrij groot aantal hysterische accessen, heeft mij de overtuiging gegeven, dat dit schema, ook in verband met de talrijke wijzigingen en de vele abortieve aanvallen, die men in de praktijk vindt, in 't algemeen juist is. Het schijnt mij echter toe, dat het te veel gespecialiseerd is, en dat, moge het in enkele gevallen geheel verwezenlijkt worden, eenige vereenvoudiging daarin de voorkeur verdient. Om echter aan de groote beteekenis van dit schema, ook uit een historisch opzicht, niet te kort te doen, geef ik het hier terug, en voeg daaraan

toe een vereenvoudigd schema, dat aan de door mij waargenomenen gevallen is ontleend.

Het schema van Charcot is aldus :

Voorafgaande periode.	Prodomen.	Psychische stoornissen en hallucinaties.
	Aura hysterica.	Stoornissen der organische functiën. Stoornissen in de beweging. Stoornissen in de sensibiteit.
1 ^e periode, epileptische periode.	Beginstadium	met bewegingen.
	Tonisch stadium	met tetanische onbewegelijkheid.
	Clonisch stadium.	
	Stadium van algemeene resolutie.	
2 ^e periode, periode der verdraaiingen en der groote bewegingen. Clonisme.		Stadium der verdraaiingen of van de attitudes illogiques.
3 ^e periode.	Stadium van de emotioneele houdingen of der plastische posen.	
4 ^e periode.	Stadium van den verderen duur, (deliren, hallucinaties, zoopsie, stoornissen in de beweging).	

De vereenvoudigingen, die wij in dit schema aanbrengen, komen hoofdzakelijk hierop neer, dat wij de 1^e met de 2^e en de 3^e met de 4^e periode vereenigen, en daarbij eene eenigszins andere omschrijving daarvan geven. Deze vereeniging ligt in den aard der verschijnselen; gewoonlijk zijn deze perioden niet scherp gescheiden, en maken zij door haren geleidelijken overgang ook den indruk een geheel te zijn. Het onderscheid tusschen wat ik noem de 1^e en de 2^e periode, is hoofdzakelijk dit, dat in de 1^e periode de bewegingen geene duidelijke psychische bedoeling hebben, niet de directe uitdrukking van emoties zijn, terwijl dit in de 2^e periode wel het geval is.

Men heeft dan het volgende schema.

1°. Prodromen en auraverschijnselen.

- | | | |
|--|---|--|
| 1 ^e periode (niet bedoeld psychische bewegingen). | { | Epileptische periode, met klonische en tonische krampen en opvolgende spierverlating, daarna groote bewegingen van tonisch en clonisch karakter. |
| 2 ^e periode (bedoeld psychische bewegingen). | { | Periode der groote uitdrukkingsbewegingen, hallucinaties (door herinnering) waandenkbeelden, delirante toestanden. |

Fransche schrijvers maken in de, aan het hysterisch acces voorafgaande periode onderscheid tusschen de z.g. *prodromen* en de *auraverschijnselen*, en gronden dit onderscheid voornamelijk hierop, dat na de voorafgaande verschijnselen het acces niet noodzakelijkerwijze behoeft op te treden. Alles kan na de prodromen nog gecoupeerd worden, dikwijls door eene psychische inspanning van den patiënt zelf; zijn eenmaal de auraverschijnselen aanwezig, dan neemt het acces zijn voor het individu kenmerkend verloop.

Deze onderscheiding schijnt mij eenigszins kunstmatig toe. Het feit als zoodanig, d. w. z. de invloed van den persoonlijken wil op het optreden van het acces is van beteekenis. Praktisch is een dergelijk vermijden van toevallen slechts weinig van belang; het tijdperk van malaise, dat er voor in de plaats treedt, is dikwijls voor den lijder schadelijker dan het acces zelf. Men heeft de opmerking gemaakt, dat hystericae met accessen, die een genoeglijken dag in 't vooruitzicht hebben, gewoonlijk geen toevallen krijgen; ook ik heb dit kunnen waarnemen. Een therapeutisch moment is dit echter niet in het minst.

Het hysterisch acces kondigt zich gewoonlijk aan door een tijdperk van malaise; dit kan zeer kort zijn, enkele minuten; maar ook eenige dagen duren. In het laatste geval verlangen de patiënten gewoonlijk, dat de toeval aanbreekt. Zij zijn onaangenaam gestemd, prikkelbaar en veeleischend. Des nachts

hebben zij gewoonlijk onaangename, schrikverwekkende droomen met hallucinaties. Zij worden wakker en kunnen hunne visioenen niet van zich afzetten; gewoonlijk zijn het hoofdzakelijk gezichts-hallucinaties, die in het hysterisch acces eene hoofdrol spelen, in tegenstelling met de hallucinaties van het gehoor.

In dit stadium maken vele hystericae, die weten, dat hun aanval zal komen, hunne preparatieven; zorgen, dat zij zich niet zullen verwonden etc.

Op deze prodromen volgen na korter of langer tijd de aura-verschijnselen. Deze zijn zeer verschillend; een zeer veelvuldig complex van verschijnselen gaat uit van de ovariaalstreek. Hier is dikwijls bij hystericae eene pijnlijke plek gelegen, waarover wij reeds hebben gesproken. Van hieruit ontstaan pijnen, die gewoonlijk naar boven opstijgen, de maagstreek bereiken en een gevoel van groote benauwdheid geven, dat nog vermeerderd wordt doordat ook in de hartstreek een gevoel ontstaat, dat veel overeenkomst heeft met *angina pectoris*. De hartswerking is gewoonlijk versneld en versterkt. Dit gevoel van benauwdheid stijgt verder naar boven, langs de oesophagus tot in de keel; de patiënt voelt daar een bol zitten, heeft het zeer benauwd en het gevoel, alsof hij gestranguleerd wordt.

Gelijktijdighiermede hebben zich gewoonlijk reeds andere gevoels-gewaarwordingen ontwikkeld, voornamelijk aan het hoofd. De ooren beginnen te suizen, de patiënt hoort allerlei geluiden, klokken luiden enz.; hij is duizelig, dreigt tegen den grond te vallen, het gezichtsveld wordt vernauwd of geheel verduisterd, de patiënt heeft onaangename reukgewaarwordingen of proeft onaangename smaken. Verder komen alle normaal bestaande pijnpunten in actie, van daaruit stralen pijnen over het geheele lichaam enz.

Deze storm van pijnen en oppressiegevoelens wordt vermeerderd met allerlei kramptoestanden van spieren, vooral de kramp der pharynx- en oesophagus spieren verhoogen het gevoel van dreigende suffocatie. Deze kramp der pharynxspieren kan zeer intensief zijn en tot feitelijke dyspnoe en ademnood aan-

leiding geven, waardoor in enkele gevallen een doodelijke afloop is opgetreden. Men hoort dan een heftige inspiratorische stridor, terwijl de expiratie normaal is.

Het gezicht wordt bleek of donkerrood, en de krampen gaan beginnen.

Het uitgangspunt van de aura in de ovariaalstreek is het meest voorkomende; het kan echter ook op alle andere plaatsen van het lichaam gelegen zijn. Gewoonlijk in eene z.g. hysterogene streek, plaatsen, die wij reeds hebben beschreven. In 't algemeen kan men zeggen, dat in de aura aan het acces voorafgaande alle pijnpunten en alle hysterogene punten in vermeerderde werkzaamheid komen.

Is het zoover, dan begint de eigenlijke aanval met het optreden van epileptoïde krampen. Deze periode heeft de meeste overeenkomst met een epileptisch acces, en kan daarmede dan ook licht verwisseld worden. Men onderscheidt ook hier drie stadiën, een tonisch, een clonisch en een stadium van resolutie.

Het bewustzijn is in het epileptoïde stadium van het hysterisch acces volkomen verloren gegaan, pijnprikkels worden niet meer gevoeld, en na den aanval bestaat er volkomen herinneringsverlies.

Het verlies van het pijngevoel is volkomen, zelfs de hyperaesthetische plekken van het lichaam hebben dit geheel verloren, en op geen manier is eenige reactie te verkrijgen.

Wanneer het bewustzijn verloren is gegaan valt de patiënt; de tonische krampen beginnen, het hoofd draait zich gewoonlijk naar ééne zijde of beweegt zich langzaam heen en weer, de oogen zijn naar ééne zijde gedraaid, de pupil is achter de oogleden verborgen, de mond is geopend, de tong beweegt zich dikwijls van de eene zijde naar de andere. Het voorhoofd is geplooid, de tanden knarsen op elkaar, het geheele gezicht maakt op eene langzame wijze grimassen.

De ademhalingsbewegingen zijn onregelmatig, en somtijds blijven zij gedurende eenige seconden weg. Hierdoor ontstaat een verschijnsel, dat wij ook bij epileptische insulten kunnen waar-

nemen, het opzwellen van de venen aan den hals en van den geheelen hals. Reeds op de schilderijen van Rubens vindt men dit verschijnsel weergegeven. Het berust op eene bemoeielijkte afvloeiing van het veneuse bloed naar het hart, en openbaart zich verder door een donkerrood worden van het gelaat.

De ledematen nemen aan deze tonische convulsiën deel. Aan de armen zijn het ronddraaiende bewegingen in het schoudergewricht, terwijl de arm gestrekt is; het handgewricht is gebogen en de hand gewoonlijk tot een vuist gebald. De beenen maken verschillende bewegingen, het voetgewricht is gewoonlijk gestrekt, terwijl in de knieën en heupen verschillende buigbewegingen verricht worden. De romp beweegt zich heen en weer.

Het einde van dit stadium, dat meestal slechts kort duurt, is eene tonische verstijving van het geheele lichaam, met sterke cyanose en opzwellen van den hals. Daarna beginnen de clonische contracties, die zeer onregelmatig zijn, en uit snel op elkaar volgende bewegingen der ledematen, van het gelaat en der rompspieren bestaan. Vooral de ademhaling is zeer onregelmatig, soms piepend en fluitend, zoodat de ademnood der eerste periode zich slechts langzaam herstelt.

De laatste phase van dit stadium is de nu volgende algemeene verslapping der willekeurige lichaamsspieren. De patiënt ligt, alsof hij vermoeid is op den rug, de ademhaling wordt regelmatig en langzamerhand verdwijnt de cyanotische kleur van het gelaat. Nu en dan blijven nog enkele contracturen bestaan, die aan het lichaam of aan een lichaamsdeel een bepaalden stand kunnen geven.

De geheele duur van dit epileptoïde stadium van den aanval bedraagt gewoonlijk niet meer dan eenige minuten. Zooals men ziet, komt het in meerdere opzichten overeen met een epileptisch acces (verlies van bewustzijn, tonische en daarna clonische krampen, algemeene verslapping der willekeurige lichaamsspieren).

Deze eerste periode van het acces is niet meer dan eene inleiding van hetgeen volgen zal. Met de periode der aura te

zamen zijn het de preparatieven van de zich baan brekende emotie. Evenals in het normale leven de hevige emotie zich in den beginne door eenige ongecoördineerde bewegingen aankondigt, die voor alle hevige emoties dezelfde zijn en hierop eerst de hevige uitdrukkingsbewegingen der emotie zelf volgen, zoo zien wij dat ook hier, maar in versterkte, in ziekelijke mate.

De tweede periode van den completeen aanval begint wederom met een tonisch contractie-stadium. Dit is de zoo algemeen bekende *arc de cercle*. Het lichaam rust hier met 't achterhoofd en de voeten op het bed, terwijl het lichaam in een meer of min sterk convexen boog naar boven gewelfd is; soms is ook het hoofd sterk naar achter gebogen, en rust het lichaam op het aangezicht. Is het lichaam in zijligging, dan kan ook de *arc de cercle* tot stand komen door dezelfde contractie der rugspieren; het blijft dan in zijne geheele lengte op de onder-vlakte liggen. In andere gevallen contraheeren zich de spieren aan de voorzijde van het lichaam, en komen de beenen en de romp naar voren, terwijl de rug convex gebogen op de onderlaag rust.

Op deze tonische contractie volgen clonische contracties met een zeer grooten uitslag. Men kan hier zeer verschillende bewegingen zien, sprongen, groetbewegingen, neigingen van den romp tot aan de voeten; de patiënten woelen en wentelen door het bed met groote kracht. Vooral bij mannen is dit stadium zeer hevig. Zij zijn slechts met moeite in hun bed te houden. In dit stadium beginnen de delirante denkbeelden, die in de meeste gevallen eenige herinnering nalaten.

Deze delirante denkbeelden, of wat op hetzelfde neerkomt de hallucinaties, die in dit stadium voorkomen, vormen de basis van het geheele hysterisch acces. De bewegingen, die de patiënt verricht, zijn de uitdrukking van de emoties, die hij ondervindt. Hierbij is bovendien het bewustzijn niet geheel opgeheven, zoodat men zich somtijds met den lijder in contact kan stellen, vooral wanneer men door omgang vertrouwd met hem of haar is. Het zijn vooral de gebeurtenissen van het dagelijksch leven, die op

eene of andere wijze gereproduceerd worden, vooral die, welke aanleiding gegeven hebben tot het optreden van het eerste acces. Men vindt hier de meest verschillende gemoedsuitdrukkingen van schrik, boosheid, toorn, vrees, angst, ook wel van vroolijkheid. In het algemeen zijn echter de emoties met negatieven gevoelston verzeerd in de overhand, zooals dat bij alle pathologische toestanden het geval is. Behalve door deze houdingen vinden de emoties en de denkbeelden van den patiënt uiting door woorden en vervolgingsdenkbeelden, deliren; ook uitroepingen van verwondering en vrees, hoewel kort en onduidelijk, kan men in dit stadium waarnemen. Beter dan eene beschrijving kan de mededeeling der ziektegeschiedenis van een patiënt van Janet dienen, om ons van dit stadium een denkbeeld te geven. Het is een duidelijk geval, zooals men er weinig zal vinden; maar dat daardoor als voorbeeld geschikt is.

„Marie veranderde bij het begin van elke menstruatie geheel van karakter, zij werd somber en heftig, wat zij anders niet was; verder had zij pijnen en zenuwschokken door alle ledematen. Overigens ging alles gedurende den eersten dag der menstruatie vrij normaal, maar ongeveer 20 uur na het begin hield de menstruatie plotseling op, en eene rilling ging door het geheele lichaam; daarna steeg eene hevige pijn uit den buik in de hoogte naar de keel en het acces begon. De krampen, ofschoon zeer hevig, duurden slechts kort en geleken niet op epileptoide krampen, maar zij werden gevolgd door eene zeer intensieve delireerende periode. Nu eens uitte zij hevige kreten van schrik en sprak onophoudelijk over bloed en brand, en zij vluchtte om aan het vuur te ontkomen; dan weer speelde zij als een kind, sprak tot haar moeder, klom op de kachel of op de meubels en bracht alles in de zaal in de war. Dit delire en deze krampen wisselden gedurende acht en veertig uur af met korte perioden van welzijn. Het acces eindigde met herhaalde bloedbraken en daarna was alles in orde. Na twee dagen rust, was Marie weer kalm en herinnerde zich niets van hetgeen gebeurd was.”

Dit is de beschrijving der hysterische accessen, waaraan patiënte bij elke menstruatie lijdende was, en die jaren lang in denzelfden vorm bestaan hadden. De andere verschijnselen, die nog aanwezig waren, gaan wij met stilzwijgen voorbij.

Door patiënt in diepen somnambulen toestand te brengen, kon men het volgende constateeren:

„De menstruatie was bij patiënte opgetreden op 13jarigen leeftijd, en tengevolge van een kinderlijk idee of tengevolge eenige niet goed begrepene uitlatingen, had zij zich in het hoofd gesteld, dat zoo iets onbehoorlijk was, en had zij naar middelen gezocht de vloeiing zoo spoedig mogelijk te doen ophouden. Twintig uur na het begin der menstruatie ging zij uit, en ging zij een koud bad nemen. Het succes was volkomen, de menstruatie hield plotseling op, en ondanks eene hevige koude rilling kon zij naar huis gaan. Zij was daarna eenigen tijd ziek en had daarna verscheidene delirante dagen. Alles ging echter voorbij, en de menstruatie bleef gedurende vijf jaar weg. Toen zij terugkwam, kwamen tegelijk daarbij de boven beschrevene stoornissen.”

Wij zien nu bij elke menstruatie de scènes, die bij de eerste menstruatie voorgekomen waren, zich in het hysterisch acces herhalen; elke menstruatie is tegenwoordig eene repetitie van de eerste. De geschiedenis van het koude bad, de rillingen komen telkens voor; tengevolge daarvan telkens ophouden der vloeiing, daarna den deliranten toestand, die alleen wat erger is, en zelfs de bloeding uit de maag komt elken keer terug.

Van dit alles weet de patiënte zelf niets, in wakenden toestand is de herinnering aan de eerste menstruatie niet verloren gegaan, maar wordt beschouwd als geheel onbeteekenend; alleen in somnambulen toestand weet ze zich er rekenschap van te geven en blijkt tevens de groote beteekenis van het idee fixe, dat automatisch, zonder bewuste reactie blijft voortbestaan, maar dat op gezette tijden explodeert.

Het bovengenoemde voorbeeld heb ik uitgekozen, omdat het met groote duidelijkheid de phasen van het hysterisch acces in

dit stadium weergeeft, en ze terugbrengt tot werkelijk doorleefde gebeurtenissen. Niet altijd is dit even duidelijk, omdat zeer verschillende gebeurtenissen van het vroeger leven in het hysterisch acces kunnen gereproduceerd worden, en ze dan moeilijker te ontwarren zijn.

Dat in dit stadium verschillende hallucinaties en gepassioneerde houdingen herkend kunnen worden, zonder dat men zijn toevlucht behoeft te nemen tot een onderzoek in somnambulisme, is bekend genoeg, en elk neuroloog zal uit zijne ondervinding daarvoor waarnemingen kunnen bijbrengen.

Eene mijner patiënten copieerde de hysterische accessen van eene harer medepatiënten; een ander zag den bedelaar, waarvoor zij erg geschrokken was, en herhaalde in elk acces de typische woorden op het typische oogenblik: „daar is hij.”

Meerdere malen komen in dit stadium mystische, religieuse en erotische toestanden voor, en maken zich door gebaren en houdingen kenbaar. Een mijner patiënten kuste haar beminde, bij een ander wisselden biddende en ectatische houdingen elkaar gedurende een half uur regelmatig af. Zeer gewoon zijn ook nog toestanden van schrikverwekkende hallucinaties (*zoöpsieën*), in welke de lijders allerlei beesten zien, en gedurende welke zij zeer angstig zijn.

De aanval eindigt met een steeds zwakker wordend delire; men bemerkt dit, doordat de emotioneele uitingen steeds minder worden, en het bewustzijn steeds helderder. Ongevoelig gaat het delire in den normalen toestand over. Dit kan verschillend lang duren.

Deze beschrijving beantwoordt aan het volledige hysterische acces; dit is een meer of min kunstmatig geconstrueerd type, dat men in de praktijk slechts zelden ontmoet. Het geeft alle verschijnselen, die bij de hysterische accessen worden waargenomen, weer.

Het aantal verschillende hysterische accessen is echter zeer groot, zooals wel te verwachten is van eene aandoening, die haar naaste oorzaak in eene emotie of een denkbeeld vindt. Elk

psychisch proces toch uit zich bij verschillende personen verschillend, vooral onder pathologische omstandigheden.

Toch is het opmerkelijk, hoezeer bij een zelfden patiënt de aanval hetzelfde blijft, d. w. z. geheel zijn zelfden vorm behoudt, zoolang hij blijft bestaan. De wijzigingen, die daarin voorkomen, hebben slechts plaats op den langen duur, onder invloed van nieuwe emoties en nieuwe idées fixes; ook suggesties in somnambulen toestand kunnen den aanval wijzigen.

Herhaaldelijk heeft men zich afgevraagd, hoe het met den toestand van het bewustzijn was gedurende het hysterisch acces. Is dit verloren, of wel bestaat het in meer of min veranderde mate gedurende het acces voort? Het is niet gemakkelijk deze vraag met voldoende zekerheid te beantwoorden, te meer omdat men het niet eens is over de criteriën, die men voor bewusteloosheid moet stellen. Wanneer het acces is afgelopen, herinnert de patiënt zich van zijn aanval zeer weinig, en van het eerste stadium niets meer. Verder is het gedurende het eerste stadium niet mogelijk eenig antwoord op eene gestelde vraag te verkrijgen, of iets waar te nemen, waaruit zou blijken, dat de patiënt iets van zijne omgeving percipieert.

Toch is het onwaarschijnlijk, dat ook in deze periode van den aanval bewusteloosheid bestaat, in dien zin, dat alle psychische processen opgehouden hebben, zooals wij dat voor epilepsie meenen te moeten veronderstellen. In sommige gevallen is het mogelijk door sterken druk op de ovariaalstreek het acces in de epileptoïde periode te doen ophouden. Richer deelt een geval mede, waar hij dit bewerkstelligen kon, en waar de patiënt hem mededeelde, dat hij door benauwde droomen gekweld werd.

In de tweede periode, die der psychische bewegingen, geeft de patiënt ons daardoor reeds voldoende te kennen, dat hij geestelijk intensief bezig is, ook is hij hier toegankelijk voor indrukken van buiten. In dien zin bestaat daar dus stellig geen bewusteloosheid. Toch is het herinneringsvermogen voor deze periode, na het ontwaken, zeer gebrekkig, en ziet men dit dikwijls alleen in somnambulen toestand terugkeeren.

Het aantal en de opeenvolging der hysterische accessen kan zeer verschillend zijn. De aanvallen behoeven niet volkomen op elkaar te gelijken; sommige perioden kunnen in opvolgende aanvallen ontbreken, lichte en zware aanvallen kunnen elkaar afwisselen. Het kan voorkomen, dat een nieuwe aanval begint, vóór dat de vorige nog geheel is afgelopen. Op deze wijze kan een z.g. status hystericus ontstaan, die in sommige opzichten veel overeenkomst heeft met de bekende status epilepticus. In beide gevallen is het bewustzijn opgeheven, of ten minste niet toegankelijk voor indrukken van de buitenwereld. De hoofdzaak is echter, dat de status epilepticus steeds gepaard gaat met eene snelle en aanzienlijke verhooging der lichaamstemperatuur, wat in de status hystericus niet of ten minste zeer zelden het geval is.

De duur der hysterische insulten is zeer verschillend, zoowel van den enkelen aanval, als van den status. De duur van den enkelen aanval is van eenige seconden tot eenige uren en langer. De duur der serie kan zich over weken uitstrekken, en is in 't algemeen veel langer dan de status epilepticus.

Nadat het hysterisch acces is afgelopen, gevoelt de patiënt zich in vele gevallen verlicht; het is, alsof hij in betere conditie is, dan voor den aanval. Vooral in gevallen, waar de accessen zeldzaam zijn, kan men dit opmerken. Een mijner patiënten was weken lang onprettig, prikkelbaar en driftig. Hij wist dan, dat een acces zou komen, dat eenige dagen kon duren en zich voornamelijk kenmerkte door delirante toestanden, die hun oorzaak vonden in een idée fixe. Nadat alles was afgelopen, gevoelde hij zich veel beter, en kon hij zijne bezigheden verrichten, totdat eene nieuwe malaise een nieuw acces aankondigde.

Met bovengenoemde verschijnselen van het hysterische acces combineeren zich andere, die wij nu zullen gaan beschrijven en waarvan wij de kennis hoofdzakelijk aan Gilles de la Tourette en Cathelineau hebben te danken.

Het hysterisch acces wordt gevolgd door een tijdelijke *polyurie*. Deze polyurie is voor de eerste urineloozing na den aanval vrij

aanzienlijk. Eene gewone loozing bedraagt 150 à 200 gr., terwijl de eerste loozing nà het acces 700 gr. kan bedragen. Verder is deze polyurie slechts zeer tijdelijk en wordt onmiddellijk gevolgd door eene verminderde afscheiding van urine. Verzamelt men de urine, die in het tijdsverloop van 24 uur wordt afgescheiden, en begint men deze 24 uur te rekenen bij het begin van het acces, dan neemt men zelfs gewoonlijk een kleine vermindering waar, wanneer men deze hoeveelheid vergelijkt met de hoeveelheid urine, die in 24 uur wordt afgescheiden, wanneer de patiënt geen hysterische accessen heeft.

Men kan dus zeggen, dat de urine-afscheiding gedurende het acces verhoogd is, en dat reeds onmiddellijk nà het acces eene compensatie plaats vindt.

De urine onmiddellijk nà het acces is helder, heeft weinig reuk, een specifiek gewicht van 1004—1010. De daaropvolgende urine is geel, gesatureerd, wordt in verminderde hoeveelheid geloosd en heeft een specifiek gewicht 1025—1026.

De onderzoekingen van Gilles de la Tourette en Cathelineau over de samenstelling der urine nà het acces, vergelijken de urine, die in de eerste 24 uur na het acces geloosd worden, met de urine, die in 24 uur van de interparoxysmalen tijd wordt geloosd.

Hierbij blijkt nu, dat de hoeveelheid vaste bestanddeelen van de urine in de eerste 24 uur nà het acces regelmatig is verminderd; deze vermindering betreft alle samenstellende bestanddeelen ongeveer gelijkmatig. De voornaamste bijzonderheid, die deze urine kernerkt en die volgens beide bovengenoemde onderzoekers kenmerkend is voor de urine nà het hysterisch acces, bestaat hierin, dat de verhouding van het phosphorzuur, dat gebonden is aan de alcalische aarden (calcium en magnesium) vergeleken met de hoeveelheid phosphorzuur, die gebonden is aan de alcalimetalen (kalium en natrium) omgekeerd is aan de verhouding, die in normalen toestand bestaat.

In normale omstandigheden en ook bij hysterie, in tijden dat er geen accessen worden waargenomen, is de verhouding van het

phosphorzuur, dat gebonden is aan alcalimetalen, tot het phosphorzuur, dat gebonden is aan de alcalische aarden, ongeveer als 3 : 1. In de urine, die na het acces geloosd wordt, is deze verhouding als 2 : 1 of als 1 : 1. Hierbij is gelijktijdig de totale hoeveelheid phosphorzuur verminderd, evenals alle vaste bestanddeelen dat zijn.

Ongeveer 24 uur na het begin van het acces is de urine weer normaal, vóór het begin van het acces is zij dat ook. Wil deze verandering bemerkbaar zijn, dan moet het acces eene middelmatige intensiteit bezitten; de lichte accessen gaan niet met duidelijke veranderingen in de urine gepaard.

De vraag van de verandering der urine, tengevolge van het hysterisch acces, is, zooals men begrijpt, van het grootste belang, niet alleen uit een klinisch, maar ook uit een wetenschappelijk oogpunt. Verschillende Fransche medici hebben er onderzoekingen over verricht en in 't algemeen hebben zij de resultaten van Gilles de la Tourette kunnen bevestigen, die wij dan ook als juist aannemen.

Gilles de la Tourette onderzocht verder de samenstelling der urine na het epileptisch insult en vond, dat hier eene vermeerdering der vaste bestanddeelen kon aangetoond worden, terwijl de verhouding der phosphorzuren zouten dezelfde was gebleven. Hij beschouwt dit in twijfelachtige gevallen, als een belangrijk differentiëel diagnostisch moment tusschen hysterie en epilepsie. Zelfs in die gevallen, waar hysterie en epilepsie bij denzelfden patiënt gelijktijdig voorkomen, meent hij de aanvallen door het onderzoek der urine te kunnen onderscheiden.

De prognose van het hysterisch acces kan in het algemeen gunstig gesteld worden en een exitus lethalis behoort tot de groote uitzonderingen. Toch zijn enkele gevallen bekend, waar eene lethale afloop is geconstateerd. Dit geschiedt dan hoofdzakelijk op het einde der aura-verschijnselen door een kramp der larynxspieren, die zooals wij reeds gezegd hebben zeer hevig kan zijn.

II. DE AANVAL MET PREDOMINEEREN DER VERSCHIJNSELEN VAN DE AURA.

In het algemeen kan men zeggen, dat alle verschijnselen, die den completeen aanval vormen, op zich zelf kunnen voorkomen en voor zich alleen een hysterisch acces kunnen uitmaken. De gang van den completeen aanval nagaande, behandelen wij eerst die toestanden, waar alleen of in hoofdzaak alleen, aura-verschijnselen worden waargenomen.

Bij het optreden van aura-verschijnselen is het niet noodzakelijk, dat het hysterisch insult in zijn geheel volgt. Soms blijven de verschijnselen tot die van de aura beperkt, en volgt het acces niet.

Zoo komt bij hysterische personen voor, dat zij niet anders dan aura-verschijnselen vertoonen, zonder dat het ooit komt tot de convulsieve verschijnselen van het acces. Omdat deze aura-verschijnselen niet altijd zeer karakteristiek zijn, is het dikwijls moeilijk, de beteekenis daarvan naar waarde te schatten en kan men dikwijls alleen het vermoeden uitspreken, dat de aanvalsgewijze optredende verschijnselen met een hysterisch acces moeten geïdentificeerd worden. Om dit met eenige zekerheid uit te maken is het noodig, dat de algemeene diagnose van hysterie, door het aanwezig zijn van hysterische stigmata (gevoelsstoornissen of motorische symptomen) gewaarborgd is.

Dit gegeven, dan is het waarschijnlijk, dat verschillend gevoel van malaise, van melancholische ontstemmingen, van verheffingen van pijngevoel en paraesthesiën; in andere gevallen aanvallen van prikkelbaarheid, achterdocht, ongemotiveerde ijverzucht enz. binnen het kader der gewijzigde hysterische accessen vallen. Deze onderstelling wordt waarschijnlijker, wanneer men kan aantonen, dat zij ontstaan onder invloed van eene emotie of in verband staan met een idée fixe. Wanneer men op de eene of andere manier kan aantonen, dat bij een patiënt een of meerdere idées fixes bestaan, is het zeldzaam, dat men niet tegelijkertijd toestanden vindt, die niet meer of

min recht tot hysterische accessen teruggebracht kunnen worden.

Verschillende nerveuse verschijnselen, die aanvalsgewijze bij hysterici optreden, zijn naar onze meening in vele gevallen op te vatten als atrophische hysterische accessen.

Uit een therapeutisch oogpunt zou het in deze gevallen van belang zijn, het idée fixe te vinden, dat de oorzaak van deze aanvallen is. Voor zoover ik er ondervinding van heb, is dit slechts zelden mogelijk. De patiënt zelf weet van het idée fixe niet af, en in deze gevallen is het slechts zelden mogelijk in somnambulen toestand daarover nadere inlichtingen te verkrijgen, omdat naar mijne ervaring de lichtere graden van hysterie niet gepaard gaan met somnambulisme.

Enkele aanvallen van aura-symptomen verdienen nog genoemd te worden.

In de eerste plaats heeft men de aanvallen van glottis-krimp, de „attaques des spasmes” der Franschen. Deze zijn reeds door Briquet beschreven. De diagnose daarvan is alleen mogelijk of waarschijnlijk, wanneer andere hysterische verschijnselen aanwezig zijn.

De aanval bestaat hoofdzakelijk hierin, dat de glottiskrimp, die meer of min in elk hysterisch acces wordt waargenomen, een zeer hoogen graad bereikt, zoodat zij zelfs een lethaal verloop kan nemen. De aura-verschijnselen zijn de gewone. Na eene periode van onwelzijn, van prikkelbaarheid volgt een gevoel van benauwdheid en compressie in het epigastrium; daarna komen verschijnselen van uitstralende pijnen in de hartstreek, pijnen in den rug en in de lenden met sterke hartpalpitaties en benauwdheid en zeer versnelde ademhaling. Deze benauwdheid neemt in intensiteit toe en stijgt naar de keel, met een gevoel van strangulatie en hevigen ademnood. Dit kan van enkele minuten tot enkele uren duren en gaat gepaard met krampachtige bewegingen, terwijl het bewustzijn ongestoord blijft; daarna volgt een aanval van snikken en alles komt langzamerhand in orde.

Wanneer een dergelijke aanval bij hysterie eenmaal voorgekomen is, moet men bedacht zijn op herhalingen.

Men neemt hier waar, wat ook geldt voor alle andere hysterische accessen, dat, indien eenmaal eene bepaald type van acces zich ontwikkeld heeft, dit in de toekomst in denzelfden vorm blijft bestaan.

Het bestaan van dergelijke aanvallen is, naar het mij voorkomt, met voldoende zekerheid geconstateerd. Ik zelf nam ze nooit waar. Men heeft gevallen beschreven, waar de glottiskramp eene dusdanige intensiteit bereikte en zóó lang duurde, dat de dood daarop volgde.

De diagnose van dergelijke aanvallen is moeilijk. Organische hartsaandoeningen, angina pectoris, asthma moet men kunnen uitsluiten. Het herhaald voorkomen daarvan bij een ontwijfelbaar hysterischen patiënt en de ontwikkeling van eene duidelijk ontwikkelde aura, moeten ons den weg wijzen.

Een andere vorm van aanval, uitsluitend bestaande in aura-verschijnselen, is het acces, waarin een aanval van de ziekte *Ménière* wordt gecopiëerd. Wij hebben reeds gezegd, dat in de aura subjectieve gehoorswaarnemingen, suizen en fluiten in de ooren voorkomen, en dat daarna gewoonlijk spoedig het acces begint.

Dit verschijnsel kan zich in enkele gevallen tot eenen afzonderlijken aanval ontwikkelen. Men heeft dan de voorafgaande aura-verschijnselen, en daarna worden de oorsuizingen en de duizeligheid zóó hevig, dat de patiënt nedervalt, echter zijn bewustzijn behoudt. Deze verschijnselen duren verschillend lang, en daarna herstelt de patiënt weer.

Zooals men ziet, hebben dergelijke aanvallen veel overeenkomst met die van de ziekte van *Ménière*. De diagnose wordt gemaakt door de concomiteerende hysterische verschijnselen, door de aura en door de afwezigheid van doofheid. Het blijft echter altijd mogelijk, dat bij eene hysterica zich de verschijnselen der ziekte van *Ménière* ontwikkelen, in dat geval heeft men twee ziekten.

Volgens *Gilles de la Tourette* kunnen ook de pijn-gewaarwordingen in het gelaat, die op het laatst van de aura zich

kunnen vertoonen, zelfstandig een hysterisch acces constitueeren. Dit is dan een aaval van hysterische prosopalgie.

Ook andere pijn aanvallen kunnen waarschijnlijk equivalenten van hysterische accessen zijn. Een mijner patiënten kreeg na bijna elke emotie een acces van hevige halfzijdige pijnen, met verhooging der interparoximaal aanwezige hoofdpijnen; deze aanvallen duurden eenige dagen.

Gilles de la Tourette vond, dat na aanvallen van hysterische duizeligheid en prosopalgie, indien de aanval hevig was, dezelfde veranderingen in de urine aanwezig waren, als na den completen aanval.

III. DE HYSTERISCHE AANVAL MET PREDOMINEEREN DER 1^e PERIODE.

Hieronder zijn verschillende soorten van hysterische accessen te rangschikken.

Reeds *Briquet* heeft gezegd:

„Une attaque d' hystérie simple n'est que la répétition exacte des troubles, par les quels se manifestent les impressions morales vives et pénibles. Je choisis pour exemple, ce qui arrive à une femme un peu impressionnable, qui éprouve une émotion brusque et vive. A l'instant même, cette femme a de la constriction à l'épigastre, elle ressent de l'oppression, son cœur bat, quelque chose lui monte à la gorge et l'étrangle, enfin elle ressent dans tous les membres une malaise, qui la fait en quelque sorte tomber; on bien elle éprouve une agitation, un besoin de mouvement, qui lui fait contracter les muscles. C'est bien là le modèle exacte de l'accident hystérique le plus commun, du spasme hystérique le plus ordinaire.

Wij onderscheiden bij deze aanvallen

A. Den gewonen hysterischen aanval.

Dit zijn de aanvallen, die het meest worden waargenomen.

De aura-verschijnselen vertoonen weinig bijzonders, men heeft

het gewone gevoel van een naar de keel opstijgenden bal met strangulatie gevoel. In lichte gevallen sluiten zich daaraan eenige ongecoördineerde krampen en snikbewegingen, en na eene huilbui is alles weer in orde. Het bewustzijn is dan niet verloren geweest en door koud water, eau de cologne enz. is de patiënt gewoonlijk weer tot kalmte te brengen.

In zwaardere gevallen begint met het optreden der krampen de bewusteloosheid. Neervallen en zich verwonden, op de tong bijten en de ruwe epileptische gil komen gewoonlijk niet voor.

De krampen beginnen dikwijls met een algemeenen tremor, met een knippen der oogen en met een snel voorbijgaande algemeene stijfheid der willekeurige spieren. Hierop volgt een stadium van zeer onregelmatige bewegingen, waartusschen allerlei meer of min geïntendeerde en gecoördineerde bewegingen zich vertoonen. De armen en beenen worden op onregelmatige wijze gebogen en gestrekt, nu eens heen en weer geslingerd, dan weer in de hoogte geworpen. De rompspieren komen in plotselinge contractie, waardoor de romp in de hoogte geworpen kan worden. Soms ziet men coïtus-bewegingen. Het hoofd wordt heen en weer geworpen, de mond wijd opengesperd, de tong beweegt zich van den eenen mondhoek naar den anderen. Soms worden grijpbewegingen gemaakt, de patiënt steekt de gebalde vuist in den mond, of wil zich krabben. Wanneer men tracht den lijder vast te houden en hem rustig in 't bed wil laten liggen, volgen groote worstelpartijen, en het maakt den indruk, dat dergelijke lijders zeer sterk zijn, zoodat meerdere verpleegsters noodig zijn eene zwakke vrouw in haar bed te houden. Ik voor mij heb den indruk, dat hoe minder men dergelijke patiënten aanraakt, des te beter en des te minder zijn de bewegingen. Het schijnt soms, alsof eene worstelpartij gewenscht wordt. Vrees voor verwondingen behoeft men niet te hebben. De beste manier van verpleging schijnt mij te zijn in eene diepe, niet gematelasseeerde krib, die in een isoleerkamer staat. Hoe minder men op de bewegingen let, des te beter.

Tusschen dit spel van onregelmatige bewegingen, mengen zich

tonische strekkrampen, nu en dan een *arc de cercle*, na welke het spel der krampen met vernieuwde hevigheid begint. Ook enkele rustpauzen komen wel voor.

Deze aanval kan verschillend lang duren. Soms een kwartier, soms enkele uren. Na een lichten aanval is de patiënt direct weer goed; na een zwaren aanval volgt gewoonlijk een slaap van enkele uren.

Dikwijls komt het voor, dat in den aanval, de hystero-gene en hyperalgetische punten zeer prikkelbaar blijven, zoodat men bij druk daarvan eene zeer pijnlijke vertrekking van het gelaat kan opmerken. In andere gevallen kan door sterken druk op een hystero-geen punt de aanval bedwongen worden; dat hierbij psychische en suggestieve momenten medewerken, schijnt mij zeer waarschijnlijk toe.

B. Hysterische aanvallen van een epileptoid voorkomen.

Deze variëteit der aanvallen komt nu en dan wel voor, zij gelijken in vele opzichten op aanvallen van epilepsie, en het is van groot belang, ze daarvan te kunnen onderscheiden.

Het eerste punt van gelijkenis bestaat hierin, dat de aura korter wordt, dan men dit gewoonlijk bij hysterie waarneemt; ja, dat ze zelfs bijna kan ontbreken. Eindigt deze atrophische aura dan, tengevolge van den glottiskramp, met een luiden schreeuw en valt de patiënt op den grond, dan wordt de gelijkenis nog grooter. Het verloop van den epileptoiden aanval gelijkt verder in hoofdzaak op den vorigen, zooals wij dien beschreven hebben. Het verschil is, dat de groote bewegingen en de geïntendeerde bewegingen minder worden.

Men neemt na de aura eene algemeene tonische kramp waar, die meestal niet lang duurt, daarna volgen allerlei klonische krampen. Hierop volgt een resolutie stadium en alles kan hiermee geëindigd zijn. Wanneer men hierbij verder een congestief aangezicht, gezwollen hals en daarna bleekheid en stertoreuse

ademhaling ziet, dan is het duidelijk, dat een dergelijk hysterisch acces zeer veel op een epileptisch insult kan gelijken.

Hysterie kan ook de partiële epilepsie imiteeren. Een geval, dat ik waarnam, kan de beschrijving daarvan vervangen.

Een jongen van 12 jaar uit een arbeidersgezin kreeg elken dag klokslag tien uur een insult. Dit begon met eene tonische contractie in den linkervoet, daarna werd het onderbeen krampachtig gestrekt, en verspreidden de krampen zich langzaam maar zeer regelmatig naar boven. Bij het begin van de krampen was het bewustzijn behouden, en eerst langzamerhand bij het meer algemeen worden daarvan trad bewusteloosheid op. Het was een aanval van Jackson'sche epilepsie, zoo zuiver, als ik bij werkelijke organische epilepsie er zelden een heb waargenomen. De aanval was voornamelijk daarom zoo gemakkelijk te overzien, omdat de verschillende krampen elkaar langzaam opvolgden, en men het voortschrijden daarvan van been op arm, hals en gelaat gemakkelijk kon volgen. In de litteratuur zijn meerdere dusdanige gevallen beschreven, die bij het eerste onderzoek niet aan hysterie, maar aan een organisch proces in de buurt van de centraal-wendingen zouden doen denken.

Zoowel de hysterische accessen, die een epileptoid karakter vertoonen, als de aanvallen, die op partiële organische epilepsie gelijken, hebben de neiging, meer dan dat bij andere hysterische aanvallen het geval is, in seriën op te treden. Deze seriën kunnen zeer groot zijn, somtijds eenige honderden per dag. In zulke gevallen volgen de accessen kort op elkaar, de aura onderscheidt zich in niets van eene gewone aura, dan volgen spoedig de krampen, na een oogenblik rust of ook zonder dat weer een schreeuw en het begint van voren af aan. De accessen loopen z.g. in elkaar, en na het einde van een dergelijke serie ontstaat een z.g. *status hystericus*, die veel overeenkomst heeft met de op dezelfde wijze ontstaande *status epilepticus*.

Het is van groot belang, deze toestanden uit elkaar te houden, en wanneer men den patiënt van vroeger kent, is dat ook ge-

woonlijk niet moeilijk; dikwijls is dit echter niet het geval en moet men oordeelen naar de oogenblikkelijk aanwezige verschijnselen. Dan zijn de zwarigheden grooter, en komt het er op aan, elk symptoom naar juiste waarde te schatten. Bij de differentieele diagnose tusschen een hysterisch en een epileptisch acces heeft men op het volgende te letten.

Wanneer een hysterisch acces volkomen ontwikkeld is, kan van verwarring geen sprake zijn. De aura en de krampen zelf verschillen in elk opzicht. De aura is bij epilepsie veel korter en wanneer zij langer is, is zij veel eentoniger. Het is, niet die massa opeenvolgende en elkaar afwisselende sensaties, wier resultaat eindelijk de bewusteloosheid van het acces is. Bij epilepsie is de aura een gevoel, eene hallucinatie, eene pijn enz. en daarna plotseling een schreeuw en bewusteloosheid.

Bij epilepsie komen door het plotseling neervallen dikwijls verwondingen, verbrandingen enz voor, bij hysterie bijna nooit. De hysterica prepareert zich voor het acces. In het epileptisch toeval wordt herhaaldelijk op de tong gebeten, bij hysterie niet.

De krampen der epilepsie komen alleen overeen met de epileptoïde periode van het hysterisch acces. Ook hier vindt men echter dikwijls enkele groote bewegingen daartusschen, waardoor de hysterische natuur van het acces waarschijnlijk wordt. Onwillekeurige loozing der urine komt bij Hysterie zeer zelden voor.

Het hysterisch acces duurt in 't algemeen veel langer, dan het epileptisch acces, dat in 5—10 minuten is afgelopen. Na het hysterisch acces is de patiënt veel eerder tot zich zelf gekomen, vooral wanneer het geen zwaar acces was. Na een epileptisch insult blijft eene periode van sufheid na, met hoofdpijn en de patiënt valt in een zwaren slaap.

Het delirante stadium van het hysterisch acces kan overeenkomst vertoonen met een epileptisch delire, dat na of in plaats van een insult kan optreden. Het hysterisch delire wijst echter altijd terug op een idee, eene emotie, een doorleefd iets; het epileptisch delire doet dat niet en verschijnt zonder eenigen

psychologischen grond, als gevolg van een organischen prikkelingstoestand. Het hysterisch delire mist het brutale, agressieve, niets ontziende karakter van het epileptische, dat gevolgd is door eene volkomene amnesie, wat bij het hysterisch delire niet geheel het geval is, daar, zooals wij zagen, het bewustzijn met het begin der psychische bewegingen, meer of min begint terug te keeren.

In verband met hun oorzakelijk moment beschouwd, zijn een hysterisch en een epileptisch acces natuurlijk twee totaal verschillende zaken. Een hysterisch acces is eene psychologische gebeurtenis, wel is waar ziek en zwaar ziek ook, maar de componenten van een psychologisch proces, d. z. dus gewaarwordingen, waarnemingen, sentimenten, herinneringen enz. zijn aanwezig, verbinden en associeeren zich en hebben invloed op elkaar. In het epileptisch acces is dit nooit het geval, het is een storm, die gewoonlijk van een punt uit, het hersenoppervlak in beroering brengt, een storm, die in zijn' loop gebonden is aan de rangschikking der hersenelementen naast elkaar, en waarvan de organische oorzaak zich in de symptomen weerspiegelt.

Evenwel, wat wij bij hysterie reeds dikwijls hebben gezien, de psychologische symptomen der hysterie kunnen op bedriegelijke wijze verschillende organische zenuwziekten copiëeren, en zoo wordt ook het epileptisch insult nagebootst.

De onderstelling van Charcot, dat in deze gevallen van imitatie van organische zenuwziekten, er eene functioneele verandering aanwezig is in die gedeelten, in welke bij de organische zenuwziekte de organische verandering zetelt, schijnt mij niet waarschijnlijk toe. Voor alle hysterische symptomen is op de eene of andere wijze een psychologische grond aanwezig en dit sluit elke grovere organische afwijking, als oorzaak voor die verschijnselen, buiten.

Wij komen nu tot de onderscheiding van den *s t a t u s h y s t e r i c u s* en den *s t a t u s e p i l e p t i c u s*. Het cardinale punt is hier de loop van de temperatuur. Deze is bij den *status hystericus* normaal, terwijl men bij den *status epilepticus* van den beginne af aan eene stijging daarvan waarneemt, die tot 40

graden en hooger kan gaan. De stijging der temperatuur is, wanneer nog hoogere graden bereikt worden, een prognostisch ongunstig teeken, en de gevallen van status epilepticus, die mortaal verlopen, gaan dikwijls gepaard met temperaturen van 41 graden en daarboven. Zoo iets vindt men bij hysterie nooit.

Omgekeerd is het echter niet uitgesloten, dat bij status epilepticus, vooral wanneer die eenige dagen duurt, de temperatuur weer normaal wordt. De verhooging der temperatuur is voor een gedeelte stellig afhankelijk van het epileptisch insult als zoodanig, en in een status epilepticus kan elk afzonderlijk insult ontbreken.

De status epilepticus gaat dikwijls gepaard met acute trophische stoornissen in de huid; op het sacrum ontstaat dikwijls eene acute roodheid en zwelling der huid met daarop volgende decubitus. Ook dit wordt bij Hysterie niet waargenomen.

Het verloop van den status hystericus is niet zoo gelijkmatig, als van den analogen toestand bij epilepsie. Nu en dan komen er brokstukken van het hysterisch acces tusschen in, men neemt waar een of andere gepassioneerde pose, die uitdrukking geeft aan een gevoel of aan een herinnering daarvan, in andere gevallen mengt zich een lichte delirante toestand daarmede.

Als laatste kenmerkend verschijnsel voor de onderscheiding dezer beide toestanden kan het onderzoek der urine dienen.

Wij hebben bij de beschrijving van het complete acces er reeds op gewezen, dat elke aanval, in de 24 uren, die op het acces volgen, gepaard gaat 1° eene vermindering der hoeveelheid urine, 2° eene vermindering van alle vaste bestanddeelen, en 3° eene omkeering in de verhouding van het phosphorzuur, dat gebonden is aan de alcalische aarden en aan den alcalimetalen.

Deze veranderingen vindt men bij den status hystericus terug. Men vindt dan, bij het begin van het optreden van de accessen, dat al deze verschijnselen plotseling ontstaan, maar in plaats, dat deze daling van alle bestanddeelen zich spoedig weer herstelt, blijft zij als zoodanig bestaan. Gedurende de geheele status

vindt men eene vermindering van alle vaste bestanddeelen en eene omkeering in de verhouding der phosphorzure zouten. Tegen dat de status hystericus zal gaan eindigen, ziet men deze pathologische verhouding weer normaal worden. Gilles de la Tourette en Cathelineau, aan wie wij deze resultaten te danken hebben, meenen zelfs, dat men aan de snelle stijging van de vaste bestanddeelen der urine, kan voorspellen, dat de status hystericus den volgende dag zal eindigen.

Bij epilepsie en bij den status epilepticus is dit anders. Hier vindt men eene vermeerdering van alle vaste bestanddeelen van de urine, en niet de veranderde verhouding der phosphorzure zouten.

Uit al het vermelde is duidelijk, dat in de meerderheid der gevallen, wanneer men in de gelegenheid geweest is, den patiënt waar te nemen, er geene moeielijkheden zullen zijn om hysterische en epileptische accessen en de toestanden, die zich daaraan aansluiten, te onderscheiden. Wel kan dit het geval zijn, wanneer men zonder nadere inlichtingen, direct voor een geval komt te staan en daarom is het ook voor den praktischen medicus gewenscht, bovengenoemde criteria steeds goed voor den geest te hebben.

C. Aanvallen van Chorea Rhythmica Hysterica.

De eerste periode van het complete acces eindigde, zooals wij gezien hebben, met groote bewegingen, die, hoewel zij gecoördineerd waren, toch niet het kenmerk droegen, dat zij de bedoelde uitdrukking waren van gemoedstoestanden. Dit stadium van het acces kan zich tot een afzonderlijken aanval organiseren, en men heeft dan die accessen van St. Vitus dans, die in de middeleeuwen, bij wijze van epidemieën hebben geheerscht, en waarvan in teekeningen en in beschrijvingen de merkwaardigste voorbeelden bewaard zijn gebleven. Talrijke personen van beiderlei sexe sprongen en dansten, verwrongen hun lichaam in de meest avontuurlijke bochten en kronkelingen en vormden groote optochten.

Dergelijke epidemieën schijnen niet meer voor te komen, wat waarschijnlijk wel samenhangt met den veranderden tijdgeest. Het waren in vroeger tijd meestal religieuze exaltatietoestanden, die tot dergelijke epidemieën aanleiding gaven.

Wanneer deze toestanden nog epidemisch voorkomen, is het gewoonlijk bij jongelieden van 12—18 jaar, in kostscholen en pensionaten. Bij volwassen individuen wordt het slechts sporadisch gevonden.

Het heeft zijne bezwaren, deze eigenaardige rythmische krampen onder de accessen op te nemen. In vele gevallen komen zij aanvalsgewijze, maar in andere zijn het toestanden, die maanden lang zonder ophouden voortduren, zonder dat men dan gerechtigd is van een status hystericus te spreken. Ook in een ander opzicht komen sommige gevallen niet overeen met wat men als kenmerkend voor den aanval mag stellen. Dit is voornamelijk de toestand van het bewustzijn. Er zijn enkele gevallen gepubliceerd, waar het bewustzijn geheel behouden was, waar de patiënt de omgeving waarschuwde voor zijne gevaarlijke bewegingen. Een patiënt van Janet vroeg aan den dokter nog even te wachten, want dan was de aanval voorbij. In die gevallen, waar in verloop van tijd de toestand meer chronisch wordt en de aanvallen verdwijnen, om plaats te maken voor de verschijnselen van chorea rythmica hystERICA, is het bewustzijn gedurende de bewegingen geheel behouden.

Het bovenstaande in aanmerking genomen, komt het mij voor, dat onder chorea rythmica hystERICA verschillende toestanden samengevat worden, die bij vollediger onderzoek zullen blijken van verschillende aard te zijn. De gewoonte der Fransche auteurs volgende, behandel ik ze echter bij de accessen.

Wanneer de chorea rythmica in aanvallen voorkomt, volgt na eene korte aura, zonder vele epileptoïde beweging, een stadium, dat Charcot zeer kenmerkend „het clownisme” heeft genoemd. Dit kunnen zeer verschillende bewegingen zijn, die echter gekenmerkt zijn door een rythmus, altijd keert dezelfde beweging regelmatig terug en vormt op deze wijze een aanval. Frequent

zijn de z.g. groetbewegingen. De patiënt maakt, terwijl hij te bed ligt, diepe bewegingen van het bovenlijf, zoodat de kin op de knieën terecht komt, of wel omgekeerd de toonen op het voorhoofd.

In andere gevallen worden bewegingen met de ledematen gemaakt, alsof de patiënt een hamer hanteerde, of worden met de voeten voortdurend springbewegingen gereproduceerd. Ook snik- en huilbewegingen komen voor. *Charcot* vermeldt een geval van zeer samengestelde dansbeweging.

De beschrijving van deze aanvallen kan men zeer gedetailleerd verder vervolgen; voor ons doel is dit echter niet noodig en is het voldoende op den psychischen aard van deze bewegingen te wijzen, die dikwijls tot een idee fixe teruggevoerd kunnen worden en die een gebeurtenis voorstellen, die op de een of andere manier indruk op den patiënt heeft gemaakt, die verder, zooals wij dat reeds zoo herhaaldelijk hebben kunnen constateeren, onbewust is geworden, en zich daarna in het acces openbaart.

De suggestieve aard en daardoor ook de psychische infectiositeit van deze soort van aanvallen wordt begrijpelijk door een experiment van *Janet*, die door suggestie in distracten toestand, den inhoud van het acces, dat bestond in monotone herhalingen van woorden zonder beteekenis, kon wijzigen.

Deze accessen van chorea rythmica kunnen overgaan in een status hystericus, waarvan *Gilles de la Tourette* heeft aangetoond, dat zij met de gewone veranderingen in de samenstelling der urine gepaard ging, en waardoor hij meent, dat het hysterisch karakter daarvan overtuigend wordt bewezen.

Behalve dergelijke gevallen, waarbij ontwijfelbaar de chorea rythmica als hysterische accessen optreden, komen andere voor, waarbij dit minder duidelijk is. Men ziet dan na eene emotie en vooral na een trauma of na beide gelijktijdig bewegingsstoornissen ontstaan, die volkomen op de boven beschrevene gelijken, en die nu en dan erger worden, als het ware een acces vormen, maar een acces, waarbij het bewustzijn geheel behouden blijft. Deze bewegingsstoornissen kunnen dan tweërlei zijn, of wel het zijn z.g. gesystematiseerde bewegingen, waaraan een geheel

systeem van spieren deelneemt, en die daardoor in hooge mate de eigenschap der coördinatie vertoonen, of het zijn eenvoudiger bewegingen: buigingen en strekkingen van het hoofd, trekkingen in het gezicht, van de oogen, in het kniegewricht enz. Aan deze bewegingsstoornissen gemeen is haar rythmisch karakter. Omdat zij zich hoe langer hoe verder verwijderen, van wat wij onder een hysterisch acces verstaan, eindigen wij de bespreking hiervan te dezer plaatse, en verwijzen wij naar hetgeen wij daarover bij de motiliteits-stoornissen der hysterie hebben gezegd.

IV. DE AANVAL MET PREDOMINEEREN DER 2^e PERIODE.

De tweede periode van het groote hysterisch acces kenmerkte zich door bedoelde uitdrukkingsbewegingen. Deze zijn altijd de gevolgen van emoties of denkbeelden; in het algemeen genomen is het dus het delire, dat hier tot uitdrukking komt, en dat zich op de meest verschillende wijzen kan uiten.

Men onderscheidt tweeërlei vormen hiervan:

A. de hysterische slaapaccessen, en

B. aanvallen van hysterisch delire in engeren zin.

A. DE HYSTERISCHE SLAAPACCESSEN.

Onder dezen naam vat men samen eene groote verscheidenheid van allerlei toestanden, die in den loop der tijden onder den naam van hysterische apoplexie, narcolepsie, lethargie, schijndood enz., zijn beschreven geworden. Ofschoon het ons niet mogelijk is deze verschillende toestanden, zooals wij die bij oudere en nieuwere schrijvers vermeld vinden, met zekerheid te identificeeren, zoo is het toch aan geen twijfel onderhevig, dat veel hiervan behoort tot de hysterische slaapaanvallen.

Wanneer wij ons de beschrijving van het complete acces herinneren, dan zien wij in het eerste stadium na de epileptoïde krampen eene phase van resolutie ontstaan, in uitwendig voorkomen gelijkende op den slaaptoestand na een epileptisch acces. De hysterische slaapaanval wordt beschouwd als een equivalent van dit post-epileptoïde stadium van den grooten aanval. Het

komt echter zelden voor, dat het geheele acces bestaat in een gewonen aanval van slaap, meestal mengen zich daar allerlei andere verschijnselen bij en wordt vooral ook hierdoor de diagnose gemakkelijker.

Wij beginnen met de beschrijving van de meest typische gevallen, en laten daarop de naar verschillende richtingen voorkomende afwijkingen volgen.

In de meeste gevallen is een aura aanwezig. De verschijnselen van prikkelbaarheid en lichtgeraaktheid, gepaard met allerlei paraesthesieën kunnen uren lang voorafgaan. Een gevoel van malaise, verder maag- en hartstoornissen, van benauwdheid enz. keeren bij denzelfden patiënt gewoonlijk bij elken aanval in denzelfden vorm terug. Hierbij kunnen zich ook enkele krampen en trekkingen voordoen. In sommige gevallen volgt hierop een regelmatig ontwikkeld epileptoid stadium, in andere gevallen is dit zeer kort en slechts in sporen aanwezig. Ook neemt men waar, dat in den beginne dit krampstadium in normale sterkte voorkomt, maar dat, naarmate de phase van het slapen duidelijker wordt, de krampen meer en meer op den achtergrond komen en zelfs geheel kunnen verdwijnen.

Het stadium van den slaap kan plotseling intreden. Zoo komt het voor, dat te midden van gewone bezigheden de patiënt als het ware omvalt, echter niet zooals een epilepticus, die als eene levenlooze massa neerstort, maar de patiënt zakt meer ineen.

De diagnostische kenteekenen van den slaap zijn de volgende.

De patiënt is volkomen gevoelloos; sterke pijnprikkels komen niet tot bewustzijn. Dit is een differentiëel-diagnostisch kenteeken tegenover den normalen slaap, waarbij ontwaken optreedt na sterke pijnprikkels. Wij hebben in deze anaesthesie dus waarschijnlijk niets anders te zien, dan eene verhooging der bij hysterie bijna altijd aanwezige locale anaesthesie. De anaesthesie strekt zich ook uit over de andere zintuigorganen, zoodat hel licht, sterke geluiden of sterk riekende stoffen evenmin in staat zijn om den patiënt uit zijn' slaaptoestand te wekken, of om reacties te voorschijn te roepen. Niet altijd is deze anaesthesie volkomen,

somtijds ziet men, dat de patiënt zich beweegt, in andere gevallen, dat hij half ontwaakt om na het ophouden van den prikkel weer tot zijn vorigen slaaptoestand terug te keeren.

Ook de hysterogene punten kunnen ongevoelig zijn en de druk hiervan blijft zonder resultaat. Er zijn echter gevallen beschreven, waar men door druk op deze plaatsen een slaaptoestand, ten minste tijdelijk, kon doen ophouden, of waar men deze in een gewoon hysterisch insult kon veranderen.

De reflexen op pijnprikkels, zoo b.v. de reflex na aanraking der cornea, de pharynxreflex enz. zijn afwezig; de andere reflexen zijn behouden gebleven of verhoogd.

De motiliteit is, evenals in den normalen slaap, opgeheven. De willekeurige spieren zijn verslapt; wanneer men eene extremiteit omhoog heft, valt deze slap neder.

Deze verslapping der willekeurige spieren is gewoonlijk niet over het geheele spierstelsel gelijkmatig verdeeld. Eene merkwaardige uitzondering hierop zijn de oogspieren. Gewoonlijk ziet men in de oogleden contracties, die meer of min fibrillair zijn, maar die tevens gepaard gaan met eenen tonischen contractietoestand van de *orbicularis oculi*, waardoor men eenige kracht moet gebruiken, het oog te openen. Daarbij vindt men gewoonlijk de *bulbus oculi* naar binnen en boven gericht.

Evenzoo maakt een andere spiergroep in de meeste gevallen eene uitzondering op deze algemeene verslapping. Dit zijn de sluitspieren van de onderkaak; deze zijn meestal gecontractueerd, waardoor de kaken tegen elkaar gedrukt zijn en waardoor men kracht moet gebruiken den mond te openen. De algemeene spierverslapping kan ontbreken, hoewel de willekeurige bewegelijkheid geheel opgeheven is. Men neemt dan een contractuurtoestand waar, die alle spieren gelijkelijk aandoet. Elke poging tot passieve beweging ondervindt een meer of min grooten weerstand. Er zijn zelfs gevallen beschreven van sterke algemeene contractuur.

In een ander opzicht kan de spierverslapping onvolkomen zijn, doordat men kataleptische verschijnselen waarneemt en een

arm of been de houding blijft bewaren, die men het kunstmatig heeft gegeven.

In nog andere gevallen wordt de slaap door enkele clonische krampen onderbroken, of verkeerren sommige spieren in contractuur.

De respiratie is gewoonlijk kalm en regelmatig, 10—20 ademhalingen per minuut. Ze kan echter ook zeer zwak zijn, zoodat het moeite kost, of enkele gevallen misschien wel onmogelijk is, hare aanwezigheid met zekerheid te constateeren. De pols is niet frequent, kan zeer langzaam en zwak zijn. De temperatuur is normaal.

De psychische toestand kenmerkt zich hoofdzakelijk hierdoor, dat geen reactie is te verkrijgen. De slaap is kalm en regelmatig, en de patiënt is het toonbeeld van volkomen rust. Deze rust is echter slechts schijnbaar. Het blijkt n.l. in sommige gevallen, na het ophouden van den aanval, dat de lijder voor sommige zintuigindrukken eene herinnering heeft behouden, vooral wanneer men den patiënt spoedig na zijn ontwaken ondervraagt. Ook echter in die gevallen, waar na het ontwaken geene enkele herinnering is achtergebleven, gelukt het somtijds door andere methoden van onderzoek, vooral door het ondervragen in somnambulen toestand, inlichtingen te verkrijgen over de psychische werkzaamheid gedurende den slaapaanval. Dan blijkt het dikwijls, dat een of ander idee fixe, eene of andere emotie den patiënt geheel innam, dat hij wel verre van geestelijk geheel werkeloos, zeer intensief door eene emotie gefixeerd was. Het bijzondere was alleen, dat deze geestelijke werkzaamheid zich niet naar buiten kan openbaren.

In een geval, dat ik waarnam, bestonden aanvallen van verschillende intensiteit.

De aanvallen werden voorafgegaan door een gevoel van malaise, waardoor patiënte ze kon voorspellen. Ofschoon ik mij in somnambulisme niet kon overtuigen van eene aanleidende oorzaak voor den aanval, deelde zij mede, dat zij gedurende den aanval zeer angstig was, door het idee, dat zij alles om

zich heen waarnam, maar daarop niet kon reageeren, en zich niet kon uiten.

In de kleinere aanvallen kon zij door toespraak gewekt worden, in de grootere, die 2—3 dagen duurden, kon dit niet.

Kleine, zoowel als groote aanvallen werden regelmatig gevolgd door eene periode van hysterische aphonie. Kennelijk zette het denkbeeld van niet te kunnen spreken, zich als idee fixe voort in het wakende leven en veroorzaakte hier eene aphonie.

Een patiënt van Janet kreeg telkens een slaapaanval in de kerk, en draaide haar hoofd constant naar links. In somnambulen toestand vertelde zij, dat deze aanvallen begonnen waren, naar aanleiding van een van hare burens, een leelijk oud mannetje, en dat dit visioen zich bij elken aanval herhaalde.

De slaapaanval kan in sommige gevallen van zeer langen duur zijn; ze gaat dan geleidelijk over in een *status hystericus*, die wij ook voor andere aanvallen, speciaal voor de epileptoïde aanvallen, hebben beschreven.

Deze toestand kan weken en maanden lang duren, zonder dat eenige verandering in den toestand van den patiënt is waar te nemen. In andere gevallen wordt echter de slaap door enkele krampen of groote bewegingen onderbroken, ook kunnen contracturen van verschillende spiergroepen bestaan. Het ontwaken uit den aanval of uit een langdurige slaaperiode gaat somtijds gepaard met verschijnselen van krampen of delirante toestanden, somtijds ook met een hysterisch acces.

Belangrijk zijn de onderzoekingen over de samenstelling der urine gedurende den geprolongeerden slaapaanval van Gilles de la Tourette, onderzoekingen die ook door anderen zijn bevestigd.

Bij het optreden van den aanval ziet men, afgezien van eene mogelijke vermeerdering van de urineloozing, onmiddellijk na het intreden van den aanval, de hoeveelheid urine aanzienlijk verminderen en evenzoo het gehalte aan vaste bestanddeelen, zoowel absoluut, als procentisch. Hierbij komt wederom de reeds vroeger besprokene eigenaardige wanverhouding van het phos-

phorzuur, dat aan kalk en dat aan kali en natron gebonden is, het eerste vermeerdert relatief, terwijl de laatste zoowel absoluut, als relatief verminderen.

Het geheel der phosphorzure zouten is verminderd. Deze abnormaliteit in de samenstelling der urine blijft gedurende den geheelen tijd van de slaapperiode op dezelfde wijze voortbestaan.

Tegen het einde van den aanval, bij langdurige aanvallen gewoonlijk in de laatste dagen, die het ontwaken voorafgaan, bemerkt men eene aanzienlijke stijging van de hoeveelheid urine en van de vaste bestanddeelen daarvan. Alles keert vrij spoedig tot den norm terug. Als diagnostisch en prognostisch kenteeken is deze stijging van het volumen en van de vaste bestanddeelen van de urine dus van groote beteekenis. Neemt men het waar, dan kan men het einde van den slaaptoestand verwachten.

Het onderzoek der urine gedurende de status hystericus wijst er op, dat de stofwisseling tot een minimum is gereduceerd, wat ook overeenkomt met de zeer verzwakte hartswerking en de zwakke ademhaling. Men zou daarin kunnen zien een overeenkomst met de dieren gedurende hunnen winterslaap of in anderen zin, eene accommodatie van het lichaam aan een pathologischen emotie-toestand.

Het resultaat der onderzoekingen van de urine kan men niet verklaren door eenen eenvoudigen inanitie-toestand. In dit geval ziet men eene gelijkmatige vermindering van alle bestanddeelen en niet de plotselinge overgangen, die aan den slaaptoestand eigen zijn. Ook is de samenstelling der urine niet afhankelijk van de voedselopname, daar men de afwijking zoowel bij voedselonthouding, als bij kunstmatige voeding vindt. Men komt dus tot het besluit, dat de bovengenoemde afwijking in de urine veroorzaakt wordt door den eigenaardigen toestand van het lichaam gedurende het hysterisch acces.

De voeding gedurende den hysterischen slaaptoestand kan moeilijkheden geven. In vele gevallen is het mogelijk door ingieten in den mond de normale slikbewegingen op te wekken, omdat, zooals

wij weten, alle reflexen op normale wijze verlopen. Men kan hierbij echter bezwaren ondervinden door de dikwijls aanwezige trismus, waardoor de kaak slechts moeielijk geopend kan worden. In die gevallen is het aangewezen, de sonde door den neus in te brengen. Ook dit kan tot onaangename complicaties aanleiding geven, omdat de zwakke ademhaling en hartswerking slechts een gebrekkige maatstaf is om te beoordeelen of de sonde de oesophagus binnen gedrongen is. Ook kunstmatige voeding per anum kan toegepast worden.

De hysterische slaaptoestanden zijn reeds in vroegere eeuwen waargenomen; verschillende beschrijvingen zijn tot ons gekomen, die omtrent de diagnose geen twijfel overlaten. Wanneer een dergelijke slaaptoestand langeren tijd duurde en vooral, wanneer de vitale functiën tot een minimum werden gereduceerd, zooals dat in goed geconstateerde gevallen is waargenomen, kwam men tot de overtuiging, dat de patiënt overleden was. Dit is de z.g. hysterische schijndood. In dezen toestand zijn ademhaling en hartswerking zoo gering, dat zij door de gewone middelen niet waargenomen worden, de patiënt ligt roerloos, is zonder gevoel, en hoewel het zeer goed mogelijk is, dat enkele zintuigelijke waarnemingen tot bewustzijn komen, ontbreekt het vermogen daarop op eenigerlei wijze te reageeren. Wanneer men geloofwaardige beschrijvingen leest van gevallen, die tijdens de begrafenis tot levensuiting zijn gekomen, dan is de mogelijkheid niet van de hand te wijzen, dat er ook gevallen zijn voorgekomen, waar deze herleving eerst na de ter aarde bestelling heeft plaats gevonden.

Met onze tegenwoordige kennis toegerust, zal een differentiële diagnose tusschen den dood en den hysterischen schijndood geen bezwaren opleveren. De temperatuur is eene hoofdzak; deze moge bij den schijndood subnormaal zijn, het lichaam neemt nooit de temperatuur der omgeving aan, zelfs wanneer ademhaling en pols niet meer te constateeren zijn. Rigor mortis, elektrische spier- en zenuwprikkelbaarheid, eindelijk ontbindingsverschijnselen moeten ons ten slotte voldoende zekerheid geven.

De mogelijkheid, dat een ontwijfelbare hysterische slaaptoestand met den dood eindigt, is verder niet van de hand te wijzen, en het zou juist een dergelijk geval zijn, dat de grootste moeilijkheden zou geven.

De diagnose van een hysterisch slaapaccès is, wanneer men voldoende van de antecedenten van den patiënt op de hoogte gesteld kan worden, niet moeilijk. Slechts zeer zelden is de slaapaanval de eerste openbaring der hysterie; in de meerderheid der gevallen heeft deze aanval zich uit gewone accessen ontwikkeld en is daar eene vervorming van. Alle mogelijke andere hysterische verschijnselen kunnen voorafgegaan zijn. Niet altijd is men zoo gelukkig, dat te kunnen constateeren. Het kan gebeuren, dat een patiënt op straat neervalt en in een ziekenhuis gebracht wordt. Men heeft dan den toestand te beoordeelen naar de oogenblikkelijk aanwezige verschijnselen.

Wij behoeven de differentiële diagnose van het hysterisch slaapaccès met apoplexie, coma uit verschillende oorzaak enz. niet in bijzonderheden aan te geven; de temperatuur is eene hoofdzaak en verder heeft men op die symptomen te letten, welke wij boven in bijzonderheden hebben beschreven.

B. AANVALLEN VAN HET HYSTERISCH DELIRE.

De laatste periode van het complete hysterisch accès, kenmerkt zich, zooals wij gezien hebben, door eenen deliranten toestand, die gewoonlijk vergezeld is of veroorzaakt wordt door hallucinaties. Deze hallucinaties berusten dikwijls op vroegere waarnemingen, geven vroeger beleefde feiten weer, en staan in verband met het in vele gevallen aanwezige *idée fixe*.

Deze delirante toestand kan zich bij den aanval zeer verschillend sterk ontwikkelen en kan, even als dat met de andere perioden het geval is, zich tot een afzonderlijken aanval organiseeren. Men vindt dan van al de andere stadiën slechts meer of min duidelijke sporen, terwijl het delire den geheelen aanval beheerscht. Van dezen deliranten aanval onderscheiden wij twee

vormen: 1° het acces van hysterische catalepsie, en 2° den eigenlijk deliranten aanval; achtereenvolgens bespreken wij beide.

1°. De aanval van hysterische catalepsie.

Onder catalepsie verstaat men dien eigenaardigen toestand van het willekeurige spierstelsel, waarbij de spontane beweeglijkheid grootendeels is opgeheven, en waarbij verder de ledematen een eens aangegeven stand gedurende langen tijd blijven innemen, ook wanneer voor de fixatie in dezen kunstmatig aangegeven stand, groote spierinspanning noodig is. Verandert men kunstmatig de positie van het ledemaat, dan ondervindt men geen weerstand.

De catalepsie is geene afzonderlijke ziekte, men vindt het als symptoom bij verschillende ziekten, soms meer, soms minder duidelijk uitgesproken. De terminologie dezer ziekten is in 't algemeen nog al verward, vooral wanneer men Fransche en Duitsche schrijvers vergelijkt. Cataleptische verschijnselen komen in melancholische toestanden voor, bij de stille inactieve melancholie en verder bij hebephrenie, vooral in de latere stadiën dezer ziekte.

Bij hysterie komt juist als in de beide genoemde ziekten catalepsie als symptoom voor. Men neemt hierbij enkele bijzonderheden waar, die het de moeite loont te vermelden.

De cataleptische toestand kenmerkt zich, doordat een of ander ledemaat gedurende langen tijd in eenen bepaalden stand wordt gehouden. Het gevoel van vermoeidheid schijnt dus te ontbreken, en men heeft het recht dit verschijnsel, d. i. het ontbreken van een gevoel, op ééne lijn te stellen met de andere hysterische anaesthesieën, die in de meeste gevallen gelijktijdig aanwezig zijn. Toch is de tijd, dat de bepaalde stand aangenomen wordt, niet zoo bijzonder lang, na 15 à 20 minuten ziet men den in de hoogte geheven arm langzamerhand naar beneden zakken; een recht uitgestrekt been blijft nog korteren tijd in deze positie.

De aard dezer bewegingsstoornis bij hysterie draagt een duidelijk psychisch cachet. In vele gevallen zijn de cataleptische houdingen directe uitdrukkingen van een of anderen gemoedstoestand, vooral van een ectatisch karakter. Wij hebben reeds vroeger opgemerkt, dat de bewustzijnsinhoud bij hysterie gereduceerd is, dat de hystericae, wat hunne bewuste geestelijke capaciteit betreft, slechts armelijk bedeed zijn. In deze cataleptische toestanden is het bewustzijn door één enkele emotie geabsorbeerd; men neemt dan de uitdrukkingbewegingen van angst, verwondering, vrees, devotie enz. waar. Dikwijls waargenomen is de houding van den gekruisigde, de houding tijdens het gebed enz.

Opmerkenswaard in vele gevallen is de groote suggestibiliteit gedurende een dergelijken cataleptischen aanval, eene suggestibiliteit, die zich voornamelijk openbaart van uit het spierstelsel. Door n.l. aan de ledematen bepaalde standen te geven, door de handen samen te vouwen, wordt de geheele houding bij het gebed gesuggereerd; door de handen samen te knijpen ontstaat de houding van toorn enz.

Nog in een ander opzicht blijkt de psychische oorsprong van de bewegingsstoornis. Wanneer men den arm rechttuitstrekt, en deze die houding blijft bewaren, kan men een betrekkelijk aanzienlijk gewicht aan de hand laten hangen, zonder dat de stand van den arm verandert. Buigt men echter den arm of drukt men dien naar beneden, dan ondervindt men niet den minsten weerstand. In het eerste geval wordt dus kennelijk de vrij groote hoeveelheid kracht, die noodig is, om den met het gewicht beladen arm in de hoogte te houden, gesuggereerd, en de patiënt heeft onbewust het denkbeeld, dat hij den arm in de hoogte moet houden.

Dikwijls kan men dezen cataleptischen toestand kunstmatig opwekken door suggestie, en wanneer men den patiënt in somnambulisme kan brengen, vindt men die dikwijls. Zij komt geheel overeen met de spontane aanvallen van catalepsie.

De cataleptische aanvallen zijn dikwijls voorafgegaan door de

verschijnselen der aura. Zij duren verschillend lang en op de eene of andere wijze zijn zij vergezeld van ectatische verschijnselen. Nu en dan neemt men ook contracturen waar. Het einde van den aanval kan plotseling zijn.

Wanneer de aanval lang duurt, kan evenals bij den hysterischen slaapaanval, een *status hystericus catalepticus* optreden. In dat geval ligt de patiënt onbewegelijk, de ectatische houdingen verslappen dan en verdwijnen; de catalepsie blijkt echter duidelijk, doordat een bepaald gegeven stand zich tijdelijk fixeert. Hierdoor kan men dezen toestand altijd van een slaapaanval onderscheiden.

De veranderingen in de urine bij den aanval van catalepsie en bij den status catalepticus zijn volgens Gilles de la Tourette en Cathelineau dezelfde, als bij de andere hysterische aanvallen. Door de stijging van het volumen der urine en door de vermeerdering van het procentisch gehalte der urine aan vaste bestanddeelen, kan men dus ook hier het einde van den status voorspellen.

Uit de beschrijving van den cataleptischen toestand blijkt voldoende, dat wij hier een deliranten toestand voor ons hebben. De bewustzijnsinhoud, de hallucinatiën, de waandenkbeelden enz., zijn de oorzaak voor de catalepsie. Omdat deze uitdrukking van eenen gemoedstoestand een eigenaardige is, kan men ze als eene bijzondere soort van aanval opvatten. Wij komen nu tot:

2°. Den eigenlijken aanval van hysterisch delire.

De delirante aanvallen der hysterie zijn moeilijk te beschrijven, voornamelijk door hun polymorph karakter. Al wat in een menschengeest kan geschieden, kan in het hysterisch delire gereproduceerd worden. Alle psychische afwijkingen kunnen op hare beurt voorkomen. Men neemt deze aanvallen nog al eens waar bij kinderen, soms als eerste openbaring der hysterie. Omdat bij kinderen de hysterische stigmata dikwijls ontbreken, kan in die gevallen de diagnose moeilijkheden opleveren. De herinneringsstoornis voor het delire wijst ons echter in vele gevallen wel den weg.

Een mijner patiënten, een meisje van 16 jaar, vertoonde geen enkel hysterisch stigma. Zij leed aan dikwijls optredende delirante aanvallen. Deze begonnen gewoonlijk met enkele huilcrisen, met globusgevoel in de keel, en met angsttoestanden zonder eenig krampverschijnsel trad daarna een delirante toestand op. Zij reproduceerde dan op allerlei wijzen scènes uit haar vroeger leven, die indruk op haar gemaakt hadden. Zij zag de geschiedenis van het sterven van haar vader weer voor hare oogen passeeren, hoorde hem spreken, gedroeg zich als ware zij een kind; zij was in den aanval geheel gevoelloos, en er bestond na dien tijd eene hoogst gebrekkige herinnering aan den aanval. Een andere van mijne patiënten, eene dame van ongeveer 40 jaar, kreeg na eene sterke emotie, zij had eene ongelukkige liefde, een aanval van hysterisch delire, die 14 dagen achtereen duurde. In dien tijd maakte zij de geheele liefdeshistorie door, sprak er over, dikwijls op onsamenhangende wijze, maar toch zóó, dat het voor ingewijden geheel begrijpelijk was. Tegelijk hiermede was zij in eenen lethargisch-cataleptischen toestand en prevelde de woorden voor zich heen, scheen te slapen en vertoonde cataleptische verschijnselen der ledematen.

De aanval van het hysterisch delire kan tallooze vormen aannemen, te veel om te beschrijven. Hallucinaties en waandenkbeelden, die uit een idée fixe ontstaan en na den aanval eene onvolkomene herinnering nalaten, benevens verschillende stemmingsanomalieën en emoties, die met deze hallucinatiën en waandenkbeelden verbonden zijn, kenmerken den aanval; tijdens den aanval bestaat somtijds anaesthesie.

De duur van den aanval is onbepaald; duurt hij lang, dan spreekt men van een status. Volgens *Gilles de la Tourette* gaat deze status gepaard met de gewone veranderingen in de samenstelling van de urine, en kan men door het urine-onderzoek het einde van den aanval reeds een paar dagen te voren voorspellen.

In het voorgaande hebben wij een overzicht gegeven van de

verschillende vormen van het hysterisch acces. Van af de geringste zenuwcrisen, die als gedeelten van de gewone aura, eene afzonderlijke eenheid gaan vormen, tot aan de zwaarste vormen van acces, die uren en dagen kunnen duren, bestaan alle mogelijke overgangen. Nu eens zien wij dit gedeelte van het acces, dan weer een ander gedeelte daarvan, afzonderlijk optreden en de geheele hysterische crise vormen. Eene dergelijke polymorphie vindt men niet bij de organische aandoeningen, *sensu strictiori*, van het zenuwstelsel. Men vindt die ook niet bij de intoxicatiën, die, hoewel ze niet met grove anatomische veranderingen in het zenuwstelsel gepaard gaan, die voor ons tegenwoordig onderzoek toegankelijk zijn, toch niet zonder wijzigingen in de organische structuur van de zenuwelementen gedacht kunnen worden.

In een vorig hoofdstuk hebben wij getracht waarschijnlijk te maken, dat neurasthenie eene intoxicatie van het zenuwstelsel was, eene intoxicatie, met de ons tot nog toe onbekende vermoeidheidsproducten van het zenuwstelsel zelf. Vergeleken met Hysterie en speciaal met het hysterisch acces, vinden wij daarom bij neurasthenie eene grootere eenvormigheid der verschijnselen.

Het polymorphe karakter der hysterische verschijnselen maakt eenen psychologischen oorsprong daarvan waarschijnlijk. Elk psychologisch verschijnsel, eene waarneming, een denkbeeld, een handeling, gaat natuurlijk ook met organische veranderingen gepaard, en in dien zin zijn alle hysterische symptomen ook van organischen aard. Dit is echter geheel iets anders, dan wat wij gewoon zijn onder organische veranderingen te verstaan, in welke niet eene dergelijke verscheidenheid mogelijk is, als bij de gewone psychische processen. Wat wij onder organische processen verstaan, kan alleen eene functie te niet doen of in den beginne eene functie prikkelen, verhoogen in zekeren zin; maar kan niet op de qualiteit van de functie invloed uitoefenen, kan den inhoud van eene waarneming, van een denkbeeld enz. niet veranderen, tenminste niet van de meer gecompliceerde geestelijke processen.

Het hysterisch acces in al zijne vormen hebben wij getracht als eene emotie duidelijk te maken; aan de emotie kan allerlei

ten grondslag liggen, dikwijls een idée fixe, in andere gevallen volgt de emotie en dus het acces op eene waarneming. Het moge vreemd schijnen, dat de uitdrukking der emotie zulke ongewone vormen aanneemt, als wij dat bij het hysterisch acces waarnemen. Men bedenke echter de diepgaande verandering, die wij bij hysterie in den menschelijken geest moeten onderstellen.

Wanneer wij op de eene of andere manier er in geslaagd zijn het hysterisch acces te bedwingen, wil dat ook niet zeggen, dat de patiënt genezen is; het beteekent alleen, dat wij het idée fixe, dat aan den aanval ten grondslag ligt, onschadelijk hebben kunnen maken. De hysterie zou eerst genezen zijn, wanneer wij de psyche, die op zulk eene abnormale wijze reageert, hadden kunnen veranderen. In dit opzicht moet men zich bij hysterie geen illusies maken.

HOOFDSTUK VIII.

Symptomatologie.

(*Vervolg.*)

E. SOMNAMBULISME.

Wij komen nu tot een der duisterste punten in de geheele kliniek der hysterie, tot de bespreking van het somnambulisme.

Omdat het voorloopig onmogelijk is dezen toestand in eene definitie weer te geven, zullen wij trachten, door eene korte omschrijving der voornaamste verschijnselen, nader aan te duiden, wat daaronder gewoonlijk verstaan wordt.

Een persoon in natuurlijk of kunstmatig somnambulisme, behoeft zich oogenschijnlijk in niets van een normaal en gezond persoon te onderscheiden. Men kan met hem spreken, hem laten antwoorden en vragen stellen, die hij op geheel natuurlijke wijze beantwoordt. Men heeft verschillende kenmerken opgegeven, waardoor eene somnambule zich van een normaal persoon zou onderscheiden. Deze kenteekenen waren gewoonlijk zeer onbepaald; de stand van de oogen zou anders zijn, de gedachtengang zou vertraagd zijn enz. Van dit alles is mij uit mijne ondervinding niets gebleken. Het geeft mij den indruk, dat de wijze, waarop het somnambulisme verkregen wordt, op de verschijnselen van het somnambulisme zelf, van grooten invloed kan zijn. Verkrijgt men zooals gewoonlijk het geval is, het somnambulisme door middel van den z.g. hypnotischen slaap, dan zal men meestal zien,

dat in het somnambulisme verschijnselen van dezen slaap te voorschijn komen, men zal lethargische symptomen waarnemen, of indien men door een gesprek in den hypnotischen slaap aan te knopen, de verschijnselen van den slaap gedeeltelijk maskeert, zal men eenen abnormalen stand der oogen, een staren in de verte enz. daarvan overhouden.

Bij een van mijne patiënten, waarbij er mij veel aan gelegen was, om het ontstaan harer idées fixes na te gaan, suggereerde ik geen slaap, maar eene buitengewone helderheid van al hare herinneringsbeelden, eene gemakkelijkerheid om zich uit te drukken en hare gevoelens en denkbeelden weer te geven. Het was interessant om te zien, hoezeer deze suggesties zich in somnambulen toestand verwezenlijkten. Ik kon de kleinste bijzonderheden, die jaren geleden gebeurd waren, duidelijk in hare herinnering te voorschijn roepen. Ik kon haar uren lang verhalen laten doen over de meest onbeteekende gebeurtenissen, van jaren her, die in haar normale leven geheel vergeten waren. Het was een werkelijke hypertrophie van het herinneringsvermogen.

Een dergelijk voorbeeld bewijst weer, hoe er psychisch bij Hysterie nooit iets verloren gaat, en hoe de amnesieën, anaesthesieën, paralyzen enz. bij hysterie, alléén berusten op de tijdelijke of duurzame afwezigheid van het bewustzijn.

Deze vormen van somnambulisme, waarbij de persoon zich in niets van een normaal persoon onderscheidt, zullen wij het *volledig ontwikkelde somnambulisme* noemen, en aan dezen vorm laten zich het best de eigenschappen van het somnambulisme demonstree-ren; de minder duidelijke gevallen kan men daaruit afleiden.

Eene van mijne patiënten vertoont dit volledige somnambulisme. Zij geraakt momentaan in somnambulen toestand. Hare linkszijdige anaesthesie is plotseling geheel verdwenen; was zij boos, dan is de boosheid geheel over. Zij vindt die dan zeer ongemotiveerd, en begrijpt niet hoe zij daartoe kwam. Tegelijk zegt zij echter ook, dat zij gevoelt weer boos te zullen worden, wanneer zij weer normaal is. Zij herinnert zich in somnambulisme alles uit haar normale leven en tegelijk uit hare vroegere

somnambule toestanden. Bovendien herinnert zij zich de dingen, die gebeurd zijn, tijdens vroegere perioden van exaltatie en van verwardheid; eene herinnering, die zij onvolledig bezit in haar normale leven. De suggestibiliteit is niet veel veranderd. In normalen tijd is zij zeer suggestibel; dit is zij ook in somnambulen toestand. De meening, dat de suggestibiliteit in somnambulisme altijd zooveel grooter zou zijn, is onjuist.

Zoodra het somnambulisme is opgeheven, is dezelfde persoon weer terug. De hemi-anaesthesie en de andere hysterische stygmata verschijnen weder. Patiënt herinnert zich absoluut niets van haren somnambulen tijd en van de verschillende psychische aanvallen, die daarmee min of meer gelijkgesteld moeten worden. De herinnering in somnambulisme is dus vollediger, dan die van den normalen toestand, en bovendien zijn de ziekteverschijnselen, die gedurende den normalen tijd bestaan, in somnambulisme spoorloos verdwenen, zoodat de hysterica niet meer te demonstreeren is. Janet beschrijft een dergelijk geval van somnambulisme, waar het gelukt is om genezing te verkrijgen door het somnambulisme *ad infinitum* te verlengen. In mijn geval heb ik dat te vergeefs beproefd.

In dit complete somnambulisme heeft men dus eene volkomene verdeeling van de persoonlijkheid in twee afzonderlijke personen, die niet gelijktijdig, maar afwisselend na elkander bestaan. Deze beide personen zijn niet gelijkwaardig, de normale persoon, of liever de tusschen de aanvallen bestaande persoon, is de minderwaardige; dit is de zieke, met alle symptomen der hysterie; bovendien heeft deze persoon alleen kennis van zich zelf, herinnert alleen, wat hij zelf gedaan en gevoeld heeft. Afwisselend met dezen persoon bestaat een andere, de somnambule. Deze is gezond, zonder hysterische stygmata en zonder de psychische afwijkingen der hysterie. Bovendien heeft deze persoon een veel ruimer veld van herinnering, want hij herinnert zich niet alleen de gebeurtenissen van het somnambule leven, maar geeft ook de meest vertrouwbare inlichtingen over alles, wat in het normale leven gebeurd is.

In dit opzicht is dus de somnambule persoon meerderwaardig aan het individu in den gewonen toestand.

Van dit complete somnambulisme leiden allerlei overgangsvormen tot andere toestanden.

Het herinneringsvermogen kan meer beperkt zijn, en zich alleen bepalen tot soortgelijke toestanden als de somnambule. In dit geval is alles van het gewone leven vergeten. Er bestaan dus twee volkomen onafhankelijke personen naast elkaar, die niets van elkaar af weten.

In een ander opzicht ondergaat het somnambulisme wijzigingen door beperking van de psychische capaciteit in de somnambule periode. De persoon is niet meer geheel ongeschonden, en met name is de suggestibiliteit enorm verhoogd. Dikwijls is dan het geheele bewustzijn vervuld van één enkel denkbeeld en het individu heeft daar de uitdrukkingsbewegingen van. Een dergelijk denkbeeld kan eene gegevene suggestie zijn, maar ook een droom of een op andere wijze ontstaan natuurlijk denkbeeld. Eene dergelijke suggestie of denkbeeld eenmaal ontstaan, ontwikkelt zich automatisch verder, evenals een idee fixe dat kan doen, en kan gepaard gaan met hallucinaties en delirante toestanden, altijd in de richting van het oorspronkelijk idee. Daarbij is de geest meer of min voor de toevloeiende waarnemingen uit de omgeving gesloten. Dikwijls is de persoon anaesthetisch en reageert niet op toespraak.

Eene van mijne patiënten is in hare aanvallen van somnambulisme behept met het idee zich te verdrinken. Het eenige, wat zij zegt te gevoelen, is een groote angst en steeds door heeft zij de neiging in het water te loopen. In dien aanval is zij voor niets anders toegankelijk. Na den aanval is zij alles vergeten.

Een andere patiënt in kunstmatig somnambulisme is zeer hallucinable. Ik suggereer de hallucinatie, dat zij een katje op den schoot heeft. Zij absorbeert zich daar geheel in, heeft voor niets meer oogen, is anaesthetisch en vertoont een delire, dat zich concentreert rondom het denkbeeldige katje.

Deze vormen van somnambulisme hebben dus groote overeen-

komst met bekende hysterisch delirante toestanden, zooals die als afzonderlijke aanval of in het verloop van een hysterisch acces voorkomen. Ook voor deze toestanden is, zooals bekend, het herinneringsvermogen geheel of gedeeltelijk na den aanval opgeheven.

Nog eenvoudiger wordt de inhoud van het bewustzijn bij de cataleptische vormen van het somnambulisme. Hier is het spreken onmogelijk geworden, en er bestaat hoegenaamd geen contact meer met de buitenwereld. Het bewustzijn is met één idee vervuld, en als uitdrukking hiervan vindt men standen, die gemoedsbewegingen weergeven. Zoo ziet men uitdrukking van vrees, van schrik en angst. In sommige gevallen kan men door kunstmatig het lichaam in bepaalde standen te brengen, de gemoedsbeweging secundair te voorschijn roepen. Wanneer men b.v. de handen vouwde, nam de patiënt de houding van bidden aan. Dit wijst op eene zeer verhoogde suggestibiliteit.

Nog meer verminderd is de bewustzijnsinhoud bij de lethargische vormen. Hier heeft elke spontane beweging opgehouden en valt een ledemaat neer, wanneer het in de hoogte geheven wordt. Deze vormen van somnambulisme komen als equivalent van hysterische accessen voor als z.g. slaapaanvallen en hebben wij reeds beschreven. Wij hebben toen ook reeds vermeld, dat in sommige gevallen de perceptie bijna normaal kan zijn, maar dat voornamelijk elke mogelijkheid tot uiting ontbreekt.

Door deze overgangtoestanden zien wij dus, dat het somnambulisme door geleidelijke tusschenvormen verbonden is met allerlei andere bekende hysterische verschijnselen, waarvan allen gemeenschappelijk is, dat zij na den afloop geene herinnering nalaten.

Naast deze complete gevallen van somnambulisme, komen allerlei andere minder volledig ontwikkelde vormen voor.

Als hemi-somnambulisme heeft men beschreven, die gevallen waar, gedurende het wakende leven, handelingen gedaan werden, zonder dat de patiënt er weet van heeft, zoo b. v.

het automatische schrift. Dit kan men bij sommige lijdens op de volgende manier te voorschijn roepen. Door een gesprek boeit men de aandacht van een patiënte, en dit is bij eene hysterica gewoonlijk niet moeilijk. Onbemerkt geeft een andere persoon, liefst de hypnotiseur, aan patiënte een potlood in de hand. Dikwijls gaat zij daarmede schrijfbewegingen maken en al schrijvende antwoordt zij op haar gestelde vragen. Dit schrijven gaat onder het gesprek, dat haar bezig houdt door en na afloop van het gesprek heeft zij niet de minste notie van wat zij geschreven heeft. Door dit z.g. automatische schrift kan men van de patiënte allerlei inlichtingen verkrijgen over onder-bewuste geestesprocessen, over idée fixes enz., evenals dat bij het volledig ontwikkeld somnambulisme het geval is. Men heeft in deze gevallen 2 personen gelijktijdig naast elkaar; den normalen persoon, die spreekt en den somnambulen persoon, die schrijft. De normale persoon kent de somnambule wederom niet, terwijl men van den somnambulen persoon allerlei inlichtingen omtrent den normalen kan verkrijgen. De spiritisten hebben dit verschijnsel van het automatische schrift, dat hun reeds jarenlang bekend was, op geheel andere wijze verklaard. Zij zien daarin eene openbaring van een in den persoon zich bevindenden anderen geest en zijn niet geneigd, daarin een ziekelijk verschijnsel te zien.

Behalve door schrift kan deze tweede onder-bewuste persoonlijkheid zich op andere wijze door spraak en door andere handelingen openbaren. Altijd geldt de regel, dat alles, wat deze onder-bewuste persoon doet, door den normalen persoon niet geweten wordt.

Wij zien hierin principiëel hetzelfde verschijnsel als b. v. bij de hysterische anaesthesie, maar het is veel samengestelder. Bij de hysterische anaesthesie zijn het enkele rijen van eenvoudige gewaarwordingen, die niet met de bewuste persoonlijkheid verbonden en daardoor niet geweten worden. Bij het automatische schrift zijn het geheele rijen van voorstellingen en wilshandelingen, die op zich zelf blijven staan, en daardoor aan de normale persoonlijkheid onbekend blijven.

Bij de bespreking der verschillende sensible en sensorieele stoornissen en evenzoo bij de motorische verschijnselen, hebben wij gezien, dat het verband met de bewuste persoonlijkheid niet altijd totaal was opgeheven; de meerderheid der hysterische anaesthesieën zijn eigenlijk hypaesthesieën de meerderheid der paralyzen zijn paresen. Zoo is het ook met de somnambule-toestanden.

Bij lange na niet altijd is de herinnering voor den somnambulen toestand, 't zij die natuurlijk is, 't zij dat zij kunstmatig door suggestie is verkregen, geheel opgeheven. In vele gevallen bestaat daarvoor eene meer of min flauwe herinnering. Dikwijls neemt men waar, dat de patiënt de denkbelden, die hem in somnambulen toestand bezig hielden, na zijn ontwaken vervolgt. Niet, dat hij dit met bewustzijn doet; hij weet gewoonlijk niet, dat zij hem in zijn somnambulisme bezig hielden, maar deze gedachten of deze gesprekken zijn toch de geestelijke band, die beide toestanden aan elkaar verbindt.

Duidelijker wordt nog deze verbinding, wanneer er meer of min herinnering bestaat aan het somnambulisme. Deze is gewoonlijk het duidelijkst, onmiddellijk na het ontwaken uit het somnambulisme. Ditzelfde verschijnsel konden wij constateeren voor sommige delirante toestanden bij hysterie, b.v. bij 't eindigen van het hysterisch delire, na den grooten hysterischen aanval. Hetzelfde ziet men voor de droomen gedurende den normalen slaap.

Onmiddellijk na dergelijke toestanden wordt meer of min duidelijk herinnerd, wat gebeurd is; maar spoedig verdwijnt deze herinnering, wanneer zij tenminste niet kunstmatig levendig wordt gehouden. Bij het hysterisch acces is dit een der methoden, zich op de hoogte te stellen van den inhoud der delirante phase en daardoor de oorzaak van het acces op te sporen.

Bij het kunstmatig somnambulisme zien wij hetzelfde. Hier bestaan alle mogelijke graden van herinnering, al naar de diepte van het somnambulisme. Bij eene volkomene herinnering is het gewone dagelijksche leven doorgestaan, bij meer of min gebrekkige of volkomen opgehevene herinnering hebben wij de verschillende graden van het somnambulisme.

Bij hysterie ziet men bij de acute psychische verschijnselen dezer ziekte hetzelfde. Sommige delirante perioden, of ook wel andere kortere aanvallen, kunnen in 't geheel geene herinnering nalaten, andere slechts eene gebrekkige. Niet zelden is het mogelijk eenen dergelijken deliranten aanval, door den patiënt in de richting van zijn delire te suggereeren, in gewoon somnambulisme over te voeren.

Eene hystérica, in een acuten deliranten aanval, kon ik door suggestie somnambule maken, en op deze wijze was het mogelijk haar zonder eenige moeite te vervoeren.

Met het somnambulisme verwant is het verschijnsel, dat ik dikwijls in zwaardere gevallen van Hysterie heb waargenomen, dat de patiënt zelf aangeeft twee personen te zijn. — Hij is zich dan dus bewust van de verdeeling van zijnen persoon, en beide personen weten van elkaar af. Zij spreken tegen elkaar. Sommige handelingen worden aan den eenen persoon, andere aan den tweeden persoon toegeschreven. Een mijner patiënten weet zijn ziekteverschijnselen aan den zieken persoon en zijn gewone bestaan aan eenen anderen. Dikwijls sprak de patiënte: „*zij* heeft dit of dat gedaan; maar *ik* vond het niet goed,” of wel: *ik* heb het bed voor *haar* opgemaakt, dan kan *zij* er in gaan liggen, want *ik* wil niet,” of wel: „ben *ik* het nu of is *zij* het, die spreekt.”

Gewoonlijk bestaat er inzicht in een dergelijken toestand en de patiënt weet zelf, dat zoo iets niet mogelijk is. Hij beschrijft het echter als een gevoel, waarvan hij niet af kan komen. In acute psychische aanvallen gaat dit ziekte-inzicht verloren.

Het behoeft geen nader betoog, dat individuen, bij wie een dergelijke toestand als het somnambulisme is, kunstmatig te voorschijn geroepen kan worden, of in andere gevallen op z.g. natuurlijke wijze ontstaat, geestelijk zeer ziek zijn. Men beproeve bij een gezond persoon alles, wat men wil, maar nooit zal men een somnambulisme te voorschijn kunnen roepen.

Voor al door spiritisten zal deze bewering tegengesproken worden, en zij zullen verschillende voorbeelden aanhalen, dat volkomen normale personen in somnambulisme kwamen. Hieraan

geven zij dan dikwijls andere namen, helderziendheid, état second enz. Bij al deze gevallen valt echter op te merken, dat schijnbaar gezonde personen zeer zenuwziek kunnen zijn. Hysterie en evengoed andere zenuwziekten kunnen in aanleg aanwezig zijn, en bij een onderzoek blijkt dan dikwijls van de ziekte niet veel. Men zou dan kunnen vragen, hoe blijkt het dan, dat zulke personen ziek zijn, en waarin onderscheiden zij zich van gezonde personen. Het antwoord hierop is niet moeilijk, hoewel het bewijs dikwijls alleen à posteriori te geven is.

Dergelijke personen, die latent zenuwziek zijn, kenmerken zich vooral daardoor, dat de ziekte na eene uiterst geringe oorzaak in haar volle kracht uitbreekt. Men kan dan onherstelbare ziekten waarnemen, na zeer onbeteekenende oorzaken. Elk verschijnsel en dus ook elke ziekte heeft eene serie oorzaken, die in intensiteit evenredig zijn met de intensiteit van het verschijnsel zelf. Ontstaat eene *ernstige* ziekte na eene *kleine* oorzaak, dan is een gedeelte der serie van oorzaken voor ons verborgen, en zetelt in den ziekelijken aanleg, die op zichzelf slechts onduidelijke verschijnselen gaf.

Op deze wijze moet het somnambulisme verklaard worden, dat bij quasi gezonde personen is waargenomen. *Het somnambulisme zelf is altijd een ziekelijk verschijnsel van hoogst ernstigen aard.* Bovendien zijn de goed geconstateerde gevallen van somnambulisme bij geheel gezonde personen zeer zeldzaam, gewoonlijk bestaan daarnaast allerlei hysterische stygmata.

Eene andere vraag is, of somnambulisme bij andere zenuwziekten dan hysterie voorkomt, en of het constateeren daarvan voldoende is om de diagnose van hysterie te stellen.

Een volkomen zeker antwoord kan bij onze tegenwoordige kennis niet gegeven worden. Men kan echter zeggen, dat volkomen ontwikkeld somnambulisme nog bij geene enkele zenuwziekte buiten Hysterie, met voldoende zekerheid is aangetoond. Het is van belang hierop den nadruk te leggen, omdat men in den laatsten tijd heeft beweerd, dat aan het ziektebeeld der Hysterie eene ongemotiveerde uitbreiding werd gegeven, en dat

daardoor toestanden als Hebephrenie, Vecordia enz. op kunstmatige wijze binnen het ziektebeeld der Hysterie werden beschreven. Voor deze verschillende ziekten is echter *nog nooit aangetoond*, dat zij gepaard gingen met werkelijk somnambulisme, en zoolang dit nog niet het geval is, beschouwen wij elk somnambulisme als hysterisch, maar zijn ten volle bereid onze opinie te wijzigen, zoodra de feiten ons voorgelegd kunnen worden.

Een enkel voorbehoud zou men hiervoor voorloopig nog moeten maken. Onder epilepsie worden toestanden beschreven, die veel op somnambulisme gelijken. Dit zijn gevallen, waarbij personen maanden lang hebben rondgelopen en schijnbaar geheel bewust handelden, en waar na het verdwijnen van eenen dergelijken toestand absolute amnesie voor den duur van dezen tijd bestond. Het is echter aan zeer gegronnen twijfel onderhevig, of deze toestanden als epileptisch zijn op te vatten. Vroeger, toen men de hysterie niet kende, werden zij meermalen beschreven en als epileptisch beschouwd. Tegenwoordig, nu zij nauwkeuriger onderzocht worden, en men op Hysterie bedacht is, blijken het steeds hysterische toestanden te zijn. Men leze het interessante gerechtelijk geneeskundig geval van Demmers in de psychiatrische bladen, jaargang 1898, waar de somnambule aanval met een lethargischen toestand eindigde, en waar schrijver toch meent met epilepsie te doen te hebben.

Anders is het met de epileptische verwardheid en half-slaap en met de epileptische fugues. Deze laten ook geen herinnering na, maar kenmerken zich door de afwezigheid van leidende motieven, die in het somnambulisme altijd meer of min te vinden zijn. Zuiver somnambulisme komt naar mijne opvatting bij epilepsie niet voor.

Men mist bij deze epileptische toestanden het „*idée obsédante*”; het is eene „*Dämmer-*”toestand, zooals de Duitschers dien noemen, en door dit woord wordt reeds voldoende aangetoond, dat er stoornissen van de geheele geestelijke persoonlijkheid bestaan, die zich openbaren als sufheid, als traagheid, als gebrek aan associatieve werkzaamheid.

Uitgaven van SCHELTEMA & HOLKEMA'S BOEKHANDEL, Amsterdam.

ARNTZENIUS, Dr. A. K. W., De Pneumatische Therapie, f 1.25.

COSTER, Dr. D. J., Inleiding tot de kennis van de Plantaardige en Dierlijke Grondstoffen, vermeld in de derde uitgave van de Nederlandsche Pharmacopoea, f 1.50, met wit papier doorschoten f 1.80.

COSTER, Dr. D. J., De Bouw van de Plantaardige en Dierlijke Grondstoffen, vermeld in de derde uitgave van de Nederlandsche Pharmacopoea, f 2.90, met wit papier doorschoten f 3.50.

COSTER, Dr. D. J., Giften en Voedingsvormen der in de Pharmacopoea Nederlandica Ed. IIIa vermelde en van enkele andere oudere en nieuwere Geneesmiddelen. Tweede druk, geheel herzien door Dr. H. ZEEHUIZEN, f 1.—.

Met Medicamentorum Formulae in een geheel lederen bandje gebonden, f 1.75.

DIEREN, E. VAN, Berri-Berri, Eene Rijstvergiftiging. Critisch-Historische bijdrage tot de kennis der Meelvergiften, f 1.90.

DIEREN, E. VAN, Kanttekeningen op Dr. Vonderman's Berri-Berri, Rapport en nog iets, f 1.90.

EVERSBUSCH, Dr. O., De Verzorging van het Oog in huis en huisgezin. In het Nederlandsch bewerkt door Dr. C. H. A. WESTHOFF, f 0.50.

Medicamentorum Formulae in usum medicorum. Editio Septima, f 0.30. Met wit papier doorschoten en met Coster, Giften in een geheel lederen bandje gebonden, f 1.75.

Medisch Weekblad voor Noord- en Zuid-Nederland, gewijd aan de Practische Genees-, Heel- en Verloskunde, onder Redactie van Dr. D. DE BUCK, Dr. A. CLAUS, Dr. A. N. NOLST TRENTÉ, Dr. C. N. VAN DE POLL, Dr. W. RENSSEN, Dr. A. SIKKEL AZN., Dr. J. VAN DER SPEK, Dr. A. VOÛTE, J. A. VRIJHEID, Dr. C. H. A. WESTHOFF. Prijs per jaargang voor Noord- en Zuid-Nederland, fr. p. p. f 7.50 (fr. 15.75), voor de Koloniën f 9.—.

STRATZ, Dr. C. H., De Vrouwen op Java, Eene gynaecologische Studie. Met 41 afbeeldingen, f 2.50.

Temperatuurlijsten voor Geneeskundigen, vervaardigd volgens aanwijzing van een praktiseerend Doctor. 5 stuks in couvert f 0.45, 20 stuks in couvert f 0.90.

TREUS, Prof. Dr. HECTOR, Universität und Vaterland, Eine Wehrschrift, f 0.60.

WIJSMAN, J. W. H., Voorlesingen over Psychiatrie voor Studenten, Artsen en Juristen. Met een inleiding van J. VAN DEVENTER SZN. 7 afbeeldingen in den tekst, f 3.25.